

МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ  
ИМ. Г. А. АЛЬБРЕХТА»  
МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ

**II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
РАННЯЯ ПОМОЩЬ  
ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ:  
ТРАЕКТОРИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
РОСТА**

*Сборник статей*



Санкт-Петербург  
6 – 8 ноября 2019 года

**УДК 364.42/44**  
**ББК 60.99**  
**Р 22**

Ранняя помощь детям и их семьям: траектория профессионального роста: сборник статей II Международной науч.-практ. конференции, Санкт-Петербург, 6-8 ноября 2019 года / М-во труда и социального развития Российской Федерации; ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России; [Гл. ред. д-р мед. наук, проф. Г.Н. Пономаренко; ред. коллегия: д-р пед. наук Е.М. Старобина, канд. мед. наук О.Н. Владимирова, К.Н. Рожко]. – Санкт-Петербург: ООО «ЦИАЦАН», 2019. – 96 с.  
**ISBN 978-5-6042039-7-2**

В сборнике статей II Международной научно-практической конференции «Ранняя помощь детям и их семьям: траектория профессионального роста» представлены работы, посвященные обсуждению вопросов профессиональной подготовки специалистов системы ранней помощи и современных подходов к оказанию услуг ранней помощи детям с ограничениями жизнедеятельности / риском возникновения ограничения жизнедеятельности и их семьям.

Представленные в сборнике статьи адресованы специалистам в области образования, социальной защиты населения, здравоохранения, служб ранней помощи детям и их семьям.

**ISBN 978-5-6042039-7-2**

© Минтруд России, 2019  
© ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта  
Минтруда России, 2019  
© ООО «ЦИАЦАН»

THE MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN  
FEDERATION

FEDERAL STATE BUDGETARY INSTITUTION  
“FEDERAL SCIENTIFIC CENTRE OF REHABILITATION OF DISABLED  
PEOPLE N.A. G.A. ALBRECHT” OF THE MINISTRY OF LABOUR AND  
SOCIAL PROTECTION OF THE RUSSIAN FEDERATION

**II INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND  
PRACTICAL CONFERENCE  
EARLY CHILDHOOD INTERVENTION:  
PATHWAY OF PROFESSIONAL  
DEVELOPMENT**

*Proceedings of the Conference  
(Articles)*



**St. Petersburg  
6 – 8 November 2019**

Early childhood intervention: pathway of professional development: the Proceedings of the Conference (Articles) II International scientific and practical conference, St. Petersburg, 6 – 8 November 2019 / The Ministry of Labour of Russia; Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Centre of Rehabilitation of Disabled People N.A. G.A. Albrecht” of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation; [Chief Ed. Dr. Med. Sci., Prof. G.N.Ponomarenko; Ed. board: Dr. Ped. Sci. E.M. Starobina; Ph.D in Medicine O.N. Vladimirova; K.N.Rozhko]. – St. Petersburg: OOO “TSIATSAN”, 2019. – 98 p.

**ISBN 978-5-6042039-7-2**

The Proceedings of the II International scientific conference "Early intervention to children and their families: pathway of professional development " presents works devoted to the issues of professional training system for early care and modern approaches to the provision of early care services to children with disabilities / risk of disabilities and their families.

The Proceedings are aimed at professionals in education, social protection, health care, early assistance services for children and their families.

**ISBN 978-5-6042039-7-2**

© The Ministry of Labour of Russia, 2019  
© Albrecht Federal Scientific Centre of  
Rehabilitation of the Disabled, 2019  
© OOO “TSIATSAN”

## Оглавление

О РЕЗУЛЬТАТАХ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
Старобина Е.М. ....	10
МОНИТОРИНГ РЕГИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
Лорер В.В., Старобина Е.М, Владимирова О.Н. ....	12
МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ	
Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К. ....	17
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ	
Рахманина И.Н., Тимашева Л.В. ....	24
ОПЫТ ОКАЗАНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ ПО РАЗВИТИЮ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КОНСУЛЬТАЦИОННОГО ЦЕНТРА И САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ДЕТСКОГО ХОСПИСА	
Вечканова И.Г., Кушнарева И.В., Юдина Н.В. ....	28
РАЗВИТИЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ	
Гирилюк Т.Н., Кряжевских Е.Г., Тверская О.Н. ....	32
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЧЕРЕЗ ОРГАНИЗАЦИЮ КОНСУЛЬТАТИВНО- МЕТОДИЧЕСКОГО КЛУБА «ПОМОГИ СВОЕМУ РЕБЕНКУ»	
Горчакова Т.А., Цивилева Ю.С. ....	35
ТЕРАПИЯ ПРОЩЕНИЕМ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В АКТИВИЗАЦИИ РОДИТЕЛЬСКОГО РЕСУРСА ДЛЯ РАННЕГО ВКЛЮЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В РЕАБИЛИТАЦИЮ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Игнатенко О.Е. ....	38
ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Игнатъева С.А. ....	41
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ РАННЕЙ ПОМОЩИ: ПРАКТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Кириллова Е.О., Краснопеева Е.А. ....	45
ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
Кривошеина Н. П. ....	48

РАЗВИВАЮЩАЯ СРЕДА В СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ	
Кривошеина Н.П., Наумова М.Е. ....	51
МЕТОДЫ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПАРАДИГМЕ ПРИКЛАДНОГО АНАЛИЗА ПОВЕДЕНИЯ	
Лихонина И.А., Плеханова А.Ю. ....	55
ВЛИЯНИЕ СЕПАРАЦИОННОГО ПРОЦЕССА НА РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Мелихова В.И. ....	58
К ВОПРОСАМ О РАЗВИТИИ СЛУЖБ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ИРКУТСКЕ И ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ: СОЗДАНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, АКТУАЛЬНОСТЬ	62
Мельник С.Н. ....	62
ПРОБЛЕМЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Новоселова Ю.В., Кривошеина Н.П., Наумова М.Е. ....	66
ФОРМИРОВАНИЕ «ТУАЛЕТНОГО» НАВЫКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСОБЕННОСТЯМИ В РАЗВИТИИ	
Новоселова Ю.В., Наумова М.Е. ....	69
РЕАЛИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ С ДЕТЬМИ С РАС В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
Павлова А.Ю., Кривошеина Н.П. ....	72
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В АБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	
Парамошко В.В., Иванова В.А., Родина А.В. ....	74
ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА БАЗЕ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕСУРСНОГО ЦЕНТРА	
Силкова К.А. ....	76
РАННЕЕ ПЛАВАНИЕ ДЛЯ ОСОБЫХ ДЕТЕЙ - КАК ЛУЧШАЯ ОСНОВА, ФОРМИРУЮЩАЯ ЧУВСТВО БЕЗОПАСНОСТИ И ЛЮБВИ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ С РОДИТЕЛЕМ В ВОДЕ	
Ситникова Н.В. ....	79
РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ: ОПЫТ РЕГИОНА	
Соболева М.Е., Силинская Ю.П. ....	83
АНАЛИЗ ФОРМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ И РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ДЦП И ДРУГИМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. ОПИСАНИЕ СОВРЕМЕННОГО ПОДХОДА К ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ РЕБЁНКА С ДЦП И ДРУГИМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	
Тевкина Е.В. ....	85

МОБИЛЬНЫЕ БРИГАДЫ СПЕЦИАЛИСТОВ КАК РЕСУРС ДОСТУПНОЙ И  
КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ РАННЕГО  
ВОЗРАСТА

Токарева И.А., Соболева М.Е..... 90

РОЛЬ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА В ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ  
РАННЕГО ВОЗРАСТА

Шалкина А.Н..... 92

## Table of contents

ABOUT RESULTS OF FORMATION OF SYSTEM OF THE EARLY HELP IN THE RUSSIAN FEDERATION	
Starobina E. ....	10
MONITORING OF REGIONAL EARLY CARE SYSTEMS IN THE RUSSIAN FEDERATION	
Lorer V., Starobina E., Vladimirova O.....	12
INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING DISABILITY AND HEALTH IN THE EARLY INTERVENTION SYSTEM	
Shoshmin A., Besstrashnova Y. ....	17
SYSTEMATIC APPROACH TO THE PROVISION OF EARLY COMPREHENSIVE ASSISTANCE TO CHILDREN: THEORETICAL AND APPLIED ASPECTS	
Rakhmanina I., Timasheva L.....	24
EXPERIENCE IN PROVIDING OF ADVISORY ASSISTANCE TO PARENTS CONCERNING THE DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH SEVERE AND MULTIPLE DISABILITIES IN THE CONTEXT OF THE INTERACTION OF THE COUNSELING CENTER AND ST.PETERSBURG CHILDREN'S HOSPICE	
Vechkanova I., Kushnareva I., Yudina N.....	29
DEVELOPMENT OF EARLY AID IN THE EDUCATION SYSTEM OF THE PERM REGION: EXPERIENCE AND PROSPECTS	
Gereluk T., Kryazhevskikh E., Tverskaya O.....	32
PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL SUPPORT OF FAMILIES RAISING YOUNG CHILDREN THROUGH THE ORGANIZATION OF THE CONSULTATIVE AND METHODOLOGICAL CLUB «HELP YOUR CHILD»	
Gorchakova T., Tsivileva Y. ....	35
FORGIVENESS THERAPY: A MODERN APPROACH TO ACTIVATING THE PARENTAL RESOURCE FOR EARLY INCLUSION OF PARENTS IN THE REHABILITATION OF A CHILD WITH DISABILITIES	
Ignatenko O. ....	38
FEATURES OF COMMUNICATIVE AND SPEECH DEVELOPMENT OF YOUNG ORPHANS	
Ignatieva S. ....	41
INTERDISCIPLINARY COLLABORATION OF EARLY INTERVENTION SPECIALISTS: PRACTICE	
Kirillova E., Krasnopeeveva E. ....	45
ORGANIZATION OF EARLY ASSISTANCE IN THE EDUCATION SYSTEM OF THE KEMEROVO REGION	
Krivosheina N.....	48
DEVELOPING ENVIRONMENT IN A FAMILY RAISING A CHILD WITH FEATURES OF DEVELOPMENT	
Krivosheina N., Naumova M.....	51
METHODS OF WORK WITH CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN THE PARADIGM OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS	



Likhonina I., Plekhanova A. ....	55
INFLUENCE OF THE SEPARATION PROCESS ON SPEECH DEVELOPMENT OF A CHILD AT AN EARLY AGE	
Melikhova V. ....	58
FOR QUESTIONS ABOUT THE DEVELOPMENT OF EARLY HELP SERVICES IN IRKUTSK AND THE IRKUTSK REGION: ESTABLISHMENT, CHALLENGES, RELEVANCE	
Melnik S. ....	62
PROBLEMS OF EATING BEHAVIOR IN YOUNG CHILDREN	
Novoselova J., Krivosheina N., Naumova M. ....	66
THE FORMATION OF TOILET SKILLS IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES	
Novoselova J. Naumova M. ....	69
IMPLEMENTATION OF EARLY ASSISTANCE TO FAMILIES WITH CHILDREN WITH ASD IN KEMEROVO REGION	
Pavlova A., Krivosheina N. ....	72
INTERDISCIPLINARY APPROACH IN ABILITY CHILDREN OF YOUNGER AGE WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS	
Paramoshko V., Ivanova V., Rodina A. ....	74
FEATURES OF WORK OF THE SPEECH THERAPIST WITH CHILDREN OF EARLY AGE ON THE BASIS OF THE REGIONAL RESOURCE CENTER	
Silkova K. ....	76
EARLY SWIMMING FOR SPECIAL CHILDREN - AS THE BEST BASIS, FORMING A SENSE OF SECURITY AND LOVE IN RELATIONSHIPS WITH A PARENT IN THE WATER	
Sitnikova N. ....	79
DEVELOPMENT OF INDIVIDUAL EARLY ASSISTANCE PROGRAM: EXPERIENCE OF THE REGION	
Soboleva M., Silinskaya Y. ....	83
ANALYSIS OF FORMS OF INTERACTION BETWEEN SPECIALISTS AND PARENTS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY AND OTHER MOTOR DISORDERS. DESCRIPTION OF THE MODERN APPROACH TO THE ORGANIZATION OF ASSISTANCE AND SUPPORT FOR FAMILIES OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY AND OTHER MOTOR DISORDERS	
Tevkina E. V. ....	86
MOBILE TEAMS OF SPECIALISTS AS A RESOURCE OF AFFORDABLE AND HIGH- QUALITY ASSISTANCE TO FAMILIES RAISING YOUNG CHILDREN	
Tokareva I., Soboleva M. ....	90
ROLE OF A SPECIAL NEEDS TEACHER IN DETECTION OF DEVELOPMENTAL DISORDERS OF EARLY CHILDHOOD	
Shalkina A. ....	92

УДК 364.444

## О РЕЗУЛЬТАТАХ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Старобина Е.М.

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Россия, Санкт-Петербург

## ABOUT RESULTS OF FORMATION OF SYSTEM OF THE EARLY HELP IN THE RUSSIAN FEDERATION

Starobina E.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, Russia, St. Petersburg

**Аннотация.** В статье представлены результаты формирования системы ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации в соответствии с Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года. Раскрыты факторы, препятствующие организации региональных систем ранней помощи: понятийно-категориальные, информационные, нормативно-правовые, методологические, нормативно-методические, кадровые.

**Abstract.** The article presents the results of the formation of the system of early care for children and their families in the Russian Federation in accordance with the Concept of early care in the Russian Federation for the period up to 2020. The factors hindering the organization of regional systems of early care are revealed: conceptual and categorical, information, legal, methodological, regulatory and methodical, personnel.

**Ключевые слова:** ранняя помощь; дети целевой группы; ресурсные центры; межведомственное взаимодействие.

**Keywords:** early care; children of the target group; resource centers; interdepartmental interaction.

Единые подходы к формированию системы ранней помощи детям и их семьям на федеральном и региональном уровнях заложены в Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года. При этом должны быть учтены особенности каждого региона, и ранняя помощь детям и их семьям должна войти в формируемую в настоящее время систему комплексной реабилитации и абилитации и стать начальным звеном в процессе абилитации и реабилитации детей с ограничениями жизнедеятельности, стать своего рода средством профилактики инвалидизации детей.

В соответствии с Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года организация мониторинга оказания ранней помощи детям целевой группы и их семьям является одним из приоритетных направлений деятельности в области ранней помощи. Сравнительный анализ информации об организации ранней помощи из 85 субъектов Российской Федерации, полученной на 1.11.2018, показал следующее.

Приняты и реализуются программы (подпрограммы) по развитию ранней помощи в 63 субъектах (74,2%). В 54 субъектах (63,6%) координируют работу по разработке и реализации программы ранней помощи исполнительные органы государственной власти в сфере социальной защиты, в 7 субъектах (8,3%) - в сфере образования, в 8 субъектах - 9,5% - в сфере здравоохранения. В 11 регионах координатор не определен.

В 42 субъектах (49,5%) организованы ресурсные центры ранней помощи, которые должны выполнять координирующую, информационно-методическую, статистическую, аналитическую, экспертную функции, подготовку (переподготовку) и аттестацию специалистов ранней помощи. Однако, зачастую это непосредственно ведомственные центры, которые координируют работу только в подведомственных учреждениях.

Суммарное количество детей целевой группы по всем субъектам по состоянию на 1 ноября 2018 г. составило 316726 детей. Суммарное количество детей целевой группы,

получивших различные виды услуг (медицинские, образовательные, социальные, в том числе ранней помощи) в 2018 году - 222942 ребенка. Средний процент охвата детей по всем субъектам составил 73,65%. По состоянию на 2.10.2017 общее число детей целевой группы - 326014 чел., из них детей с ограниченными возможностями здоровья 111721 чел. (35%), детей-инвалидов 41056 чел. (13%), детей с генетическими нарушениями 26816 чел. (8,5%), детей группы риска 128689 чел. (40%). Группу риска составили дети с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности (89360 чел. - 70%), дети сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей (9083 чел. - 7%), дети из семей, находящихся в социально-опасном положении (30246 чел. - 23% ).

В процессе пилотного проекта, по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, который проводится в двух регионах - Свердловской области и Пермском крае - осуществляется разработка единой методологии организации ранней помощи и ее апробация, апробация и внедрение методических и нормативных документов; отработка методов и способов межведомственного взаимодействия; выявление факторов, препятствующих формированию системы ранней помощи; разработка предложений по нормативно-правовому регулированию и методическому обеспечению.

В пилотных регионах разработаны и апробированы несколько моделей организации ранней помощи и межведомственного взаимодействия [2]:

- линейная модель: маршрутизация детей целевых групп, в зависимости от возраста (Пермский край);

- веерная модель: дети целевой группы, выявленные в организациях системы здравоохранения, направляются к социальному участковому по месту жительства - координатору процесса оказания услуг РП в службах различной ведомственной принадлежности (Пермский край);

- муниципальная организационная модель оказания ранней помощи (Пермский край);

- 4 модели маршрутизации оказания услуг ранней помощи в зависимости от контингента детей в системе социальной защиты населения (Свердловская область).

Выявлены основные направления межведомственного взаимодействия при оказании ранней помощи [1, 3]:

- реализация межведомственного маршрута ранней помощи детей целевой группы;

- проведение межведомственных консилиумов для обсуждения и решения вопросов по разработке ИПРП, внесению изменений в ИПРА;

- проведение заседаний ведущих специалистов в области ранней помощи с целью проведения дополнительного диагностического обследования детей целевой группы;

- организация изучения и апробации инновационных технологий ранней помощи;

- организация совместных информационно-просветительских, обучающих и практических семинаров по вопросам ранней помощи;

- сотрудничество в едином информационном пространстве по вопросам размещения информации о детях целевой группы.

Выявлены группы факторов, препятствующих эффективной организации ранней помощи [1, 4]:

- факторы нормативно-правового характера: не урегулированы вопросы ранней помощи в законодательстве РФ, не регламентированы полномочия субъектов и порядок межведомственного взаимодействия, не решены вопросы финансирования услуг ранней помощи, оказываемых в организациях здравоохранения, здесь нужна запятая? через систему ОМС;

- факторы информационного характера: отсутствуют единые региональные базы детей, нуждающихся в услугах ранней помощи, здесь нужна запятая? и получивших их; недостаточно информированы родители детей о возможностях получения услуг ранней помощи; в ИПРА ребёнка-инвалида от 0 до 3 лет отсутствует отметка о нуждаемости в услугах ранней помощи;

- кадровые факторы: недостаточный уровень компетентности специалистов и руководителей; отсутствует единая для всех ведомств система повышения квалификации специалистов;

- понятийно-категориальные факторы: не согласован понятийно-терминологический аппарат в различных ведомствах.

Результаты пилотного проекта, информации о развитии ранней помощи в субъектах Российской Федерации позволили выявить высокую востребованность услуг ранней помощи, а также существующие проблемы при включении ранней помощи в систему комплексной реабилитации и при межведомственном взаимодействии.

#### **Список литературы:**

1. Бронников В.А., Боброва Я.В. Развитие службы ранней помощи в пермском крае // Технологии реабилитации: наука и практика: Материалы межд. научн. конф., СПб, 25-26апреля 2018 года. - СПб.: ООО «Р-КОПИ», 2018. - С.106-107.

2. Бронников В.А., Григорьева М.И., Складная К.А. Структурно-функциональная модель социальной реабилитации и абилитации инвалидов, детей-инвалидов в Пермском крае. // Реабилитация - XXI век: традиции и инновации: сборник статей II Нац. конгр. с межд. участием, Санкт-Петербург, 12-13 сентября 2018 года. - СПб.: ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ» - СПб., 2018. - С. 45-51.

3. Григорова Ю.А., Шукина Е.Ф. Опыт межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи // Технологии реабилитации: наука и практика: материалы межд. научн. конф., СПб., 25-26апреля 2018 года. - СПб.: ООО «Р-КОПИ», 2018. - С. 197-199.

4. Злоказов А.В., Онохова Т.С. Факторы (проблемы), препятствующие эффективному межведомственному взаимодействию реабилитационных организаций в Свердловской области и пути их минимизации (устранения) // Технологии реабилитации: наука и практика: материалы межд. научн. конф., СПб, 25-26апреля 2018 года. - СПб.: ООО «Р-КОПИ», 2018. - С. 47-54.

**УДК 364.444**

### **МОНИТОРИНГ РЕГИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Лорер В.В.<sup>1,2</sup>, Старобина Е.М.<sup>1</sup>, Владимирова О.Н.<sup>1</sup>

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Россия, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Россия, Санкт-Петербург

### **MONITORING OF REGIONAL EARLY CARE SYSTEMS IN THE RUSSIAN FEDERATION**

Lorer V., Starobina E., Vladimirova O.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, Russia, St. Petersburg

First St. Petersburg state medical University named after academician I. P. Pavlov,  
Russia, St. Petersburg

**Аннотация.** В статье представлены результаты мониторинга региональных систем ранней помощи на основании анализа проектов региональных программ по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов в Российской Федерации.

**Abstract.** The article presents the results of monitoring of regional systems of early care on the basis of the analysis of projects of regional programs for the formation of a system of

comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, including children with disabilities in the Russian Federation.

**Ключевые слова:** ранняя помощь; региональные системы ранней помощи, региональные программы, мониторинг.

**Keywords:** early care; regional systems of early care, regional programs, monitoring.

**Актуальность.** С целью обеспечения единого подхода при реализации мероприятий по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, а также ранней помощи Минтрудом России разработана методика разработки и реализации региональной программы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (типовая программа субъекта Российской Федерации) [1].

В соответствии с методикой в 2018 и 2019 годах субъектами Российской Федерации были разработаны проекты региональных программ по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (далее - региональная программа), в которых, в том числе, отражено состояние системы ранней помощи. Основная цель региональной программы заключается в повышении уровня обеспеченности инвалидов, в том числе детей-инвалидов, реабилитационными и абилитационными услугами, ранней помощью, а также уровня профессионального развития и занятости, включая содействие занятости, инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в субъекте Российской Федерации.

В соответствии с Типовой программой субъекта Российской Федерации система ранней помощи в субъекте состоит из следующих компонентов: потребность детей и их семей в услугах ранней помощи, нормативная правовая и методическая база по организации ранней помощи, условия для развития ранней помощи и специалисты по ранней помощи, прошедшие повышение квалификации (обучение, переподготовку). Каждый из указанных компонентов системы реализуется в региональной программе через комплекс мероприятий.

**Целью данной работы** является анализ региональных систем ранней помощи в Российской Федерации.

**Материалы и методы.** В качестве основного метода в исследовании был применен метод анализа и экспертной оценки проектов региональных программ по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Для анализа представлено 66 проектов. Проводился качественный анализ мероприятий по ранней помощи в соответствии с основными подразделами Типовой программы субъекта Российской Федерации:

- 1) мероприятия по определению потребности в услугах ранней помощи;
- 2) мероприятия по формированию и поддержанию в актуальном состоянии нормативной правовой и методической базы по организации ранней помощи в субъекте Российской Федерации;
- 3) мероприятия по формированию условий для развития ранней помощи;
- 4) мероприятия по подготовке кадров ранней помощи.

**Результаты и обсуждение.**

Анализ представленных региональных программ на предмет включения в них мероприятий по ранней помощи на 2020 год показал, что мероприятия по ранней помощи представлены во всех региональных программах по сравнению с 2019 годом, где мероприятия содержались в 80,4% программ. С позиции комплексного подхода мероприятия по ранней помощи по всем основным подразделам представлены в 50 (75%) программах.

**Мероприятия по определению потребности в услугах ранней помощи.** Первым этапом является выявление детей в возрасте до 3-х лет, потенциально нуждающихся в ранней помощи. Данное мероприятие осуществляется в медицинских организациях, в организациях социального обслуживания, в образовательных организациях, в центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в некоммерческих организациях, в

семьях. Следующим этапом является определение нуждаемости ребенка и семьи в услугах ранней помощи после проведения первичного приема и междисциплинарного консилиума. Определение нуждаемости ребенка и семьи в услугах осуществляется в службах (отделениях) ранней помощи междисциплинарной командой специалистов. Важной составляющей определения потребности в услугах ранней помощи является ведение статистического учета и создание базы данных детей, нуждающихся в услугах ранней помощи [2].

Анализ мероприятий по определению потребности в услугах ранней помощи показал, что наиболее часто встречаются мероприятия «Проведение систематического мониторинга потребностей семей в услугах ранней помощи» (50%) и «Выявление детей раннего возраста, имеющих отклонения в развитии и здоровье и установление нуждаемости ребенка и семьи в услугах ранней помощи» (50%).

Для выявления детей раннего возраста, имеющих отклонения в развитии и здоровье, в субъектах Российской Федерации планируется проведение таких мероприятий, как например: скрининг развития детей раннего возраста на педиатрических участках; организация проведения неонатального аудиологического скрининга, выявление у ребенка от рождения до трех лет нарушений функций организма в ходе профилактического медицинского осмотра, выявление наследственных, врожденных заболеваний у детей на базе родильных домов, родильных отделений областных учреждений здравоохранения, организация деятельности Центральной и территориальных ПМПК в части определения потребности в услугах ранней помощи детям-инвалидам, внедрение технологии раннего выявления детей с риском инвалидности на базах учреждений здравоохранения и системы социальной защиты населения.

В региональной программе Ханты-Мансийского автономного округа представлен комплекс мероприятий по выявлению медицинскими организациями детей целевой группы: выявление медицинскими организациями женщин с риском рождения ребенка с патологией; выявление и направление ребенка и семьи в организации, предоставляющие услуги ранней помощи; информирование медицинскими организациями о детях целевой группы службы ранней помощи; оценка уровня развития и реабилитационного потенциала детей целевой группы с использованием современного оборудования и эффективных диагностических практик; обучение родителей навыкам ухода и реабилитации в домашних условиях за детьми, имеющими особенности развития; создание служб ранней помощи.

На втором месте по частоте встречаемости отмечаются мероприятия по распространению среди населения информационных материалов по возможно более раннему выявлению признаков нарушения функций организма, в том числе психического, с целью оказания ранней помощи и профилактики инвалидности» (24%), проведению оценочных процедур с целью определению нуждаемости детей целевой группы в услугах ранней помощи (24%). Проведение оценочных процедур предполагается реализовать с помощью следующих мероприятий: междисциплинарная оценка основных областей развития ребенка (состояние здоровья; познавательная, социально-эмоциональная, двигательная, коммуникативная и речевая сферы; самообслуживание); внедрение технологии первичной диагностики домашнего визитирования (скрининг слуха, зрения и умственных способностей) в деятельности кураторов по раннему сопровождению организаций социального обслуживания»; внедрение в работу медицинских организаций и организаций социального обслуживания населения диагностических методик и технологий, позволяющих определить потребность детей с ограниченными возможностями здоровья в услугах ранней помощи; оценка уровня развития и реабилитационного потенциала детей целевой группы с использованием современного оборудования и эффективных диагностических практик.

Ожидаемый результат реализации мероприятий - увеличение доли детей целевой группы, получивших услуги ранней помощи, в общем количестве детей субъекта Российской Федерации, нуждающихся в получении таких услуг.

**Мероприятия по формированию и поддержанию в актуальном состоянии нормативной правовой и методической базы по организации ранней помощи в субъекте Российской Федерации.** Анализ мероприятий по формированию и поддержанию в актуальном состоянии нормативной правовой базы показал, что наиболее часто встречаемым является мероприятие «Разработка проектов нормативных и методических документов направленных на развитие ранней помощи» (50%), на втором месте - мероприятия «Разработка порядка межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи» (18%) и «Мониторинг действующих нормативных правовых актов для организации системы ранней помощи детям целевой группы» (16%).

Методическая база по организации ранней помощи в субъекте Российской Федерации представлена следующими мероприятиями: «Разработка методических рекомендаций по формированию условий для развития ранней помощи» (20%); «Подготовка и тиражирование печатных изданий по комплексному сопровождению детей раннего возраста, в том числе детей-инвалидов» (12%); «Разработка, утверждение и внедрение методик выявления отклонений в развитии детей раннего возраста» (6%); «Формирование банка технологий и методик оказания услуг ранней помощи детям с нарушением развития или риском их появления в возрасте от 0 до 3 лет» (Костромская область).

В данный раздел также включены мероприятия по организации и проведению методической работы: «Организация деятельности отраслевых ресурсных центров, на базе которых будет осуществляться методическая поддержка специалистов, обеспечивающих предоставление услуг ранней помощи» (18%); «Организация и проведение конференций, семинаров, круглых столов по вопросам ранней помощи» (8%); «Обеспечение методического сопровождения деятельности областных учреждений здравоохранения по вопросам ранней помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья» (6%), «Проведение методических сборов для специалистов в сферах здравоохранения, образования, социальной защиты, оказывающих раннюю помощь детям, родителям детей от 0 до 3-х лет» (Пензенская область).

Ожидаемый результат реализации мероприятий - увеличение доли реабилитационных организаций, подлежащих включению в систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, субъекта Российской Федерации, в общем числе реабилитационных организаций, расположенных на территории субъекта Российской Федерации

**Мероприятия по формированию условий для развития ранней помощи.** Проведенный анализ показал, что наиболее часто встречаемыми являются мероприятия: «Оснащение центров ранней помощи оборудованием, компьютерной техникой и оргтехникой в целях обеспечения комплексного подхода при оказании услуг ранней помощи» (48%); «Организация межведомственного взаимодействия при внедрении и реализации услуг по ранней помощи» (32%); «Организация оказания услуг ранней помощи» (32%); «Мероприятия по развитию сети служб ранней помощи, открытие отделений (служб) ранней помощи» (26%).

На втором месте находятся мероприятия по обеспечению информационной, консультационной и методической поддержки родителей, воспитывающих детей раннего возраста с нарушениями развития» (18%); разработка информационных брошюр, буклетов, стоек, размещение информации на сайтах ведомств в целях обеспечения информирования родителей о возможных проблемах в развитии детей и системе ранней помощи, освещение в средствах массовой коммуникации (14%); создание региональной информационной системы, обеспечивающей решение межведомственных задач по формированию системы комплексной реабилитации, услуг ранней помощи и сопровождения (12%); формирование и ведение реестра услуг ранней помощи и организаций, предоставляющих услуги ранней помощи (10%).

Реализация мероприятий по обеспечению информационной, консультационной и методической поддержки родителей, воспитывающих детей раннего возраста с нарушениями

развития, нужна запятая осуществляется в различных формах работы: реализация программ активной поддержки родителей, воспитывающих детей раннего возраста с нарушениями развития; проведение информационно-просветительских мероприятий для родителей о возможных отклонениях в развитии детей, способах ранней диагностики; разработка и реализация программ обучения родителей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ОВЗ, способам ухода и методам абилитации и реабилитации на дому, для осуществления дистанционного обучения и сопровождения родителей; выездные формы консультативной работы; обеспечение сопровождения семьи специалистом по социальной работе в случае рождения ребенка с врожденными нарушениями здоровья (по месту жительства) в рамках предоставления социального обслуживания на дому ребенка-инвалида, организация на базе учреждений социального обслуживания работы мобильной службы ранней помощи для осуществления выездов межведомственных групп специалистов в сельские поселения края в целях выявления нуждающихся в ранней помощи, оказания консультационных услуг и создание «Лекотек» для предоставления дидактических материалов для занятий на дому семьям, воспитывающим детей в возрасте от 0 до 3 лет, получающих услуги ранней помощи.

Ожидаемый результат реализации мероприятий - увеличение доли семей субъекта Российской Федерации, включенных в программы ранней помощи, удовлетворенных качеством услуг ранней помощи.

С целью внедрения услуг ранней помощи в систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в перечень мероприятий по формированию условий для развития ранней помощи включены мероприятия по организации и проведению реабилитационных и абилитационных мероприятий с детьми раннего возраста; мероприятия по разработке и реализации комплексных программ сопровождения ребенка и семьи, в том числе детей с тяжелыми множественными нарушениями развития, в том числе с расстройствами аутистического спектра; мероприятия по организации и проведению коррекционно-развивающей работы с ребенком; мероприятия по организации и предоставлению образовательных услуг ранней помощи; разработка программ дошкольного и дополнительного образования, поддержка и развитие вариативных форм дошкольного образования для детей раннего возраста (группы раннего развития, консультационные центры, адаптационные группы, детско-родительские клубы «Мамина школа» и т.д.); мероприятия по обеспечению высокотехнологичной медицинской помощью детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, осуществление медицинской реабилитации, в том числе детей, в соответствии с порядками и на основе стандартов оказания медицинской помощи; мероприятия по социальному сопровождению семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, организация и предоставление социальных услуг.

В перечень мероприятий по приобретению оборудования для реализации услуг ранней помощи включены мероприятия по приобретению медицинского оборудования для медицинских организаций, оказывающих услуги ранней помощи для детей с ОВЗ и детей-инвалидов, по приобретению коррекционно-развивающего оборудования, оборудования для реабилитации и абилитации детей-инвалидов, приобретение аппаратно - программного комплекса биологической обратной связи для развития технологии биологической обратной связи в рамках предоставления услуг ранней помощи.

К мероприятиям по развитию ранней помощи отнесены мероприятия по организации группы присмотра за детьми-инвалидами и групп кратковременного пребывания для детей с нарушениями развития или риском их появления, на базе социозащитных учреждений и организаций здравоохранения, а также организация предоставления услуг сиделки семьям, воспитывающим детей-инвалидов».

**Мероприятия по подготовке кадров ранней помощи.** Проведенный анализ показал, что в общем виде мероприятия, включающие повышение квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, обеспечивающих выполнение реабилитационных и (или) абилитационных мероприятий, оказание услуг по ранней помощи и сопровождаемому



проживанию инвалидов, в том числе детей-инвалидов, представлены в 70% региональных программах. В том числе, в сфере социальной защиты населения - 20%, в образовании – 8%, в здравоохранении - 6%.

Конкретизация мероприятия по обучению специалистов, оказывающих раннюю помощь, представлена в 8% региональных программ. Мероприятия по обучению специалистов технологиям и методам ранней помощи представлены в 28% региональных программ, в том числе специалистов организаций социального обслуживания - 20%, здравоохранения - 8%, образования - 6%.

Ожидаемый результат реализации мероприятий - увеличение доли специалистов субъекта Российской Федерации, обеспечивающих оказание услуг ранней помощи, прошедших обучение по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, в том числе по применению методик по ранней помощи, в общей численности таких специалистов субъекта Российской Федерации.

#### **Выводы.**

Таким образом, в 75% региональных программах по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов представлены мероприятий по развитию ранней помощи в субъектах Российской Федерации. Результаты детального анализа показали, что требует конкретизации мероприятия по подготовке кадров по ранней помощи, а также мероприятия по формированию условий для развития ранней помощи. В региональных программах недостаточно представлено мероприятий по организации и проведению мониторинга оценки качества оказания услуг ранней помощи детям и семьям, их воспитывающим и мероприятий, направленных на изучение степени удовлетворенности услугами ранней помощи».

#### **Список литературы:**

1 Приказ Минтруда России от 26.12.2017 № 875 «Об утверждении методики разработки и реализации региональной программы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (типовая программа субъекта Российской Федерации).

2 Организация предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям: Методическое пособие / Старобина Е.М., Владимирова О.Н., Ишутина И.С., Лорер В.В., Шошмин А.В., Ермолаева Е.Е., Самарина Л.В., Казьмин А.В., Мухамедрахимов Р.Ж. / под ред. проф. Г.Н. Пономаренко. ООО «ЦИАЦАН» - СПб., 2019. - 72 с.

#### **УДК 364.24**

### **МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ**

Шошмин А.В., Бесстрашнова Я.К.

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Россия, Санкт-Петербург

### **INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING DISABILITY AND HEALTH IN THE EARLY INTERVENTION SYSTEM**

Shoshmin A., Besstrashnova Y.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, Russia, St. Petersburg

**Аннотация.** Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) представляет биопсихосоциальную модель, позволяющую описать как нарушения функций и структур организма ребенка, так и его активность и участие под влиянием факторов окружающей среды на фоне персональных характеристик ребенка. МКФ позволяет описывать профиль функционирования отдельного

ребенка в данный момент времени и использовать его для отслеживания изменений в состоянии здоровья. Использование инструментов МКФ в системе ранней помощи детям и их семьям дает ключ к организации службы и к оценке состояния ребенка и семьи.

**Abstract.** The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) provides the biopsychosocial model that enables describing both impairments of child's body functions and structures, and activities and participation influenced by environmental factors at the background of the child's personal characteristics. The ICF allows to describe a functioning profile of a child at the moment and use it to follow up health conditions. The use of ICF tools in the early intervention system for children and their families gives a key to organizing the service and evaluating the condition of the child and the family.

**Ключевые слова:** ранняя помощь, дети, МКФ, реабилитация, абилитация

**Keywords:** early interventions. Children, ICF, rehabilitation, abilitation

### Введение

Время от времени в области здравоохранения появляются принципиально новые разработки, которые бросают вызов и потенциально трансформируют мышление и поведение. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), несомненно, является одним из этих преобразующих ресурсов и все шире используются в области детской инвалидности [5].

Специалисты, работающие с детьми с ограниченными возможностями здоровья и их семьями, во всем мире используют МКФ в своей рутинной работе. МКФ имеет целый спектр практических инструментов, построенных на определенной идеологии - модели здоровья [1, 3], которые позволяют комплексно подходить к работе с детьми, семьями и опекунами для формулирования целей абилитации и реабилитации. Проведен целый ряд тематических исследований для отдельных специалистов, для междисциплинарных команд, родителей ребенка, иллюстрирующих потенциальные разнообразные сферы применения МКФ, разработаны соответствующие методические документы на основе МКФ. Также рассматриваются показатели МКФ для оценки результатов (PROM), о которых сообщают пациенты.

### Философия МКФ

Служба ранней помощи детям и их семьям, как правило, работает не с заболеванием, а со здоровьем ребенка в широком смысле этого слова. В современном понимании здоровье рассматривается, запятая исходя из биопсихосоциальной модели функционирования и ограничений жизнедеятельности (рисунок 1) [МКФ].

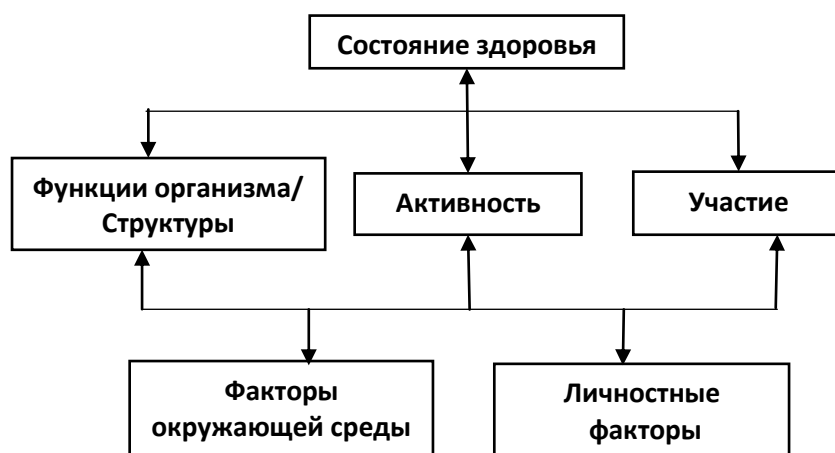


Рисунок 1 - Взаимосвязь между составляющими МКФ

Данная модель отражает функционирование ребенка как взаимодействие или сложные взаимоотношения между изменениями здоровья и факторами окружающей среды. Эти взаимодействия динамичны и воздействие на один элемент может привести к изменению другого (других) элементов (доменов). Взаимодействие практически всегда существует в двух направлениях, и наличие ограничений жизнедеятельности может изменить состояние здоровья. Поэтому крайне важно снижать ограничения жизнедеятельности, которые, уменьшая негативное воздействие на организм, приводят к уменьшению или даже предотвращению заболеваний, запятая особенно в раннем возрасте, когда нервная система крайне пластична. Исходя из представленной модели, очевидно, что снижение функционирования является следствием нарушений в одном или нескольких доменах. Для полноценного анализа ситуации крайне важно собирать данные в каждом домене независимо друг от друга и только после этого пытаться найти причинно-следственные связи между ними. Например, нарушение сна у ребенка может быть обусловлено как внутренними причинами, каким-либо заболеванием, так и внешними факторами, факторами окружающей среды (плохой гигиеной, нарушенными отношениями в семье, отсутствием навыков кормления у мамы и т.п.). Таким образом, предлагаемая модель демонстрирует ту роль, которую играют факторы окружающей среды и личностные (персональные) факторы в жизни ребенка. Эти факторы взаимодействуют с ребенком, имеющим изменения здоровья, и определяют уровень и степень индивидуального функционирования. Причем, к этим факторам относятся не только ближнее окружение ребенка (родители, лица, ухаживающие за ребенком), но и такие факторы как отношение общества, технические средства абилитации и реабилитации, архитектурные решения, законодательство и пр., которые систематизированы и классифицируются в МКФ.

В организации здравоохранения функционирование отвечает задачам сбора и анализа статистических данных, описывая результаты четырех основных стратегий общественного здравоохранения: профилактика, лечение, реабилитация и поддержка. Мы стремимся улучшить функционирование либо как первичный результат (лечение и реабилитация), либо как связанный результат (профилактика и поддержка) [4]. В этом случае, Международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) является концепцией [9]. Помимо классификации инвалидности, МКФ также предоставляет концептуальную основу для понимания функционирования.

В основе концепции здоровья и функционирования МКФ лежит понятие о том, что функционирование является многомерным и универсальным явлением, связанным со здоровьем. Функционирование человека понимается как континуум состояний здоровья, и каждый человек проявляет ту или иную степень функционирования в каждой области, на уровне тела, человека и общества.

Таким образом, мы имеем классификацию, которая основана на определенной модели здоровья, позволяющую описать как нарушения функций и структур организма ребенка, так и его активность и участие под влиянием факторов окружающей среды на фоне персональных характеристик ребенка. Более того, использование классификации может быть полезным при организации работы службы ранней помощи, в эпидемиологических исследованиях в субъекте Российской Федерации, в определении потребности в тех или иных видах услуг. МКФ предлагает концептуальную структуру информации, которая применима на уровне охраны здоровья ребенка, включая профилактику, укрепление здоровья и увеличения степени активности ребенка и участие его в жизни семьи и общества путем снятия или снижения социальных препятствий, обеспечивая социальной поддержкой и облегчающими факторами. В ООН МКФ принята как одна из социальных классификаций, в которой реализуются «Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности» [2].

**Международная классификация функционирования, инвалидности ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков (МКФ-ДП)**

Среди классификаций, утвержденных ВОЗ, существуют производные классификации, в частности была разработана МКФ-ДП. Опыт ее применения показал, что категории базовой классификации позволяют описать большинство случаев с детьми, в основном, отличаются методы и методики оценки степени выраженности нарушений. В связи с этим, в 2012 г. ВОЗ приняла решение о слиянии МКФ и МКФ-ДП [6]. С этого времени МКФ-ДП не сопровождается и не обновляется. В странах, в которых не произошло внедрение МКФ-ДП, ее использование, согласно этому решению, не приветствуется ВОЗ. МКФ была дополнена, и версия МКФ-2020 в качестве рекомендованной классификации будет содержать дефиниции, касающиеся детей и подростков. В связи этим решением ВОЗ и его реализацией существующие переводы МКФ-ДП на русский язык утратили свою актуальность. МКФ с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 г, с разрешения ВОЗ, издал ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Сотрудничающий центр ВОЗ по семейству международных классификаций в России [1].

Следует отметить, что все международные классификации ВОЗ, включая МКФ, - лицензионные продукты. Существует два типа лицензий: для коммерческого и некоммерческого использования. Это необходимо для поддержания единства классификации и ее сопровождения [7].

### Структура МКФ

МКФ состоит из двух частей: составляющие функционирования и ограничений жизнедеятельности; составляющие контекстных факторов (рисунок 2).



Рисунок 2 - Структура МКФ

Функционирование и ограничения жизнедеятельности включает две классификации для описания организма: функции систем организма и структуры организма и классификацию активности и участия, которая охватывает все категории, описывающие функционирование с индивидуальной и социальной позиции.

Контекстные факторы состоят из классификации факторов окружающей среды, систематизированных от непосредственно окружающих индивида до общего окружения и из личностных факторов, которые не классифицированы и могут характеризовать пол, возраст, расу, характер и т.п.

Единицей классификации является категория внутри каждого из доменов, сами дети не являются единицами классификации, МКФ классифицирует не людей, а только с

помощью категорий всех доменов позволяет описать ситуацию ребенка. Это описание всегда должно быть в контексте.

### **Определения в МКФ в контексте здоровья**

Функции и структуры организма и их нарушения (функционирование на уровне организма):

- функции организма - это физиологические функции систем организма (включая психические функции);
- структуры организма - это анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты;
- нарушения - это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенное отклонение или утрата.

Деятельность, которую человек выполняет, и ограничения активности, которые он или она испытывает (функционирование на уровне личности):

- активность - выполнение задачи или действия индивидом;
- ограничение активности - трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид.

Участие или вовлечение индивидуума во все сферы жизни и ограничение возможности участия, которые индивид испытывает (функционирование индивида как члена общества):

- участие - вовлечение индивида в жизненную ситуацию;
- ограничение возможности участия - проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации.

Факторы окружающей среды, которые влияют на этот опыт (и являются ли эти факторы облегчающими (фасилитаторами) или барьерами):

- факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время.

### **Определители**

Основное, что отличает МКФ от множества других классификаций, это возможность не только описать (расклассифицировать) явление, но и показать степень выраженности этих нарушений. Для этих целей, запятая не нужна используются определители, характеризующие эти нарушения.

Определители - это цифровые значения, которые записываются после соответствующего кода для обозначения величины «проблемы» в этом аспекте функционирования. Универсальный или основной определитель (пятибалльная шкала) обеспечивает обозначение величины нарушения, ограничения активности и возможности участия. Для факторов окружающей среды используют определитель как с негативной, так и позитивной шкалой для обозначения величины облегчающего действия фактора внешней среды или величины барьера для функционирования. Обычно определитель пишется после соответствующей точки.

Все составляющие измеряют с помощью одной шкалы. К соответствующему домену классификации необходимо подобрать подходящие определяющие слова, указанные ниже в скобках (знак xxx стоит вместо кода домена второго уровня):

- xxx.0 НЕТ проблем (никаких, отсутствуют, ничтожные,...) 0-4%
- xxx.1 ЛЕГКИЕ проблемы (незначительные, слабые,...) 5-24%
- xxx.2 УМЕРЕННЫЕ проблемы (средние, значимые,...) 25-49%
- xxx.3 ТЯЖЕЛЫЕ проблемы (высокие, интенсивные,...) 50-95%
- xxx.4 АБСОЛЮТНЫЕ проблемы (полные,...) 96-100%
- xxx.8 не определено
- xxx.9 не применимо.

При использовании определителей у детей анализируют не только сформированность необходимых для обеспечения личностной независимости навыков и умений, а, в первую очередь, степень развития этих навыков с учетом физического, психического и социального

статуса ребенка. Причем, периоды «созревания» этих способностей не предполагают определенно точной возрастной даты, а имеют «скользящий» график. Необходимо учитывать феномен формирования определенных способностей у ребенка в зависимости от его возраста, поэтому, некоторые из них можно оценивать буквально с первых месяцев жизни ребенка (например, использование зрения или слуха), а некоторые только с определенного возраста (например, повторение, выполнение отдельных задач и т.п.).

Следует учитывать, что деятельность может относиться к взаимодействию нескольких функций и структур. Например, речь (d330) требует умственных функций речи (b167), голоса (b310), артикуляции (b320), все это связано со структурами, участвующими в голосообразовании и речи (s3). Ходьба (d450) включают сочетание функций ориентированности (b114), вестибулярных функций (b235), контроль произвольных двигательных функций (b760), функций мышечной силы (b730) и тонуса (b735), подвижности сустава (b710), структурную поддержку костей (s7700), суставов (s7701), а также обеспечения таких факторов окружающей среды, как приспособленные дороги и пешеходные дорожки (e160).

В других случаях, например, для многих умственных функций, активность является единственным способом оценки функции тела. Например, для оценки функций внимания (b140) единственным доступным методом является наблюдение за деятельностью фокусирующего внимания (концентрация внимания - d160).

### **МКФ и реабилитация**

Структурирование процесса организации реабилитации легче проводить с использованием реабилитационного цикла, состоящего из оценки исходного состояния ребенка и его окружения, постановки целей реабилитации, вмешательства (собственно реабилитация) и оценки результата (рисунок 3) [11].

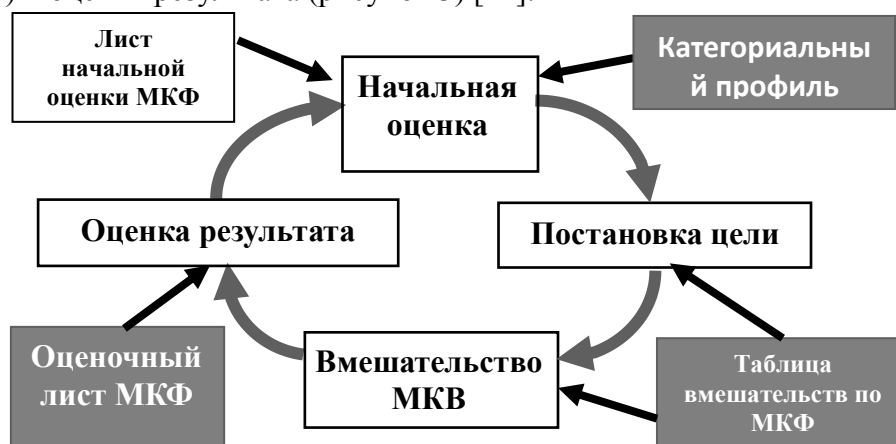


Рисунок 3 - Схема реабилитационного цикла.

В практике ранней помощи начальная оценка может быть этапной: первичное определение потребности в абилитации/реабилитации с использованием категорий верхнего уровня и углубленная оценка с подробным категориальным профилем, позволяющим поставить цели реабилитации и определить вмешательства, разработать индивидуальную программу ранней помощи.

Цели реабилитации имеют определенную иерархию, начиная от глобальной (как правило, достижение оптимального взаимодействия в семье, в обществе) и заканчивая более конкретными (например, подвижность, уход за собой, поддержание собственного здоровья). Достижение каждой из них требует определенных мероприятий: технических средств и услуг, которые должны быть направлены на снижение степени выраженности нарушений и барьеров окружающей среды, выявленных при составлении категориального профиля.

В частном случае объектом реабилитации (воздействия на реабилитируемого) является функция и/или структура организма, элементы активности и участия. Частной целью при таком воздействии является уменьшение (стабилизация) степени выраженности нарушений.

Целевым показателем реабилитации является уменьшение (стабилизация) степени выраженности нарушений функции и/или структуры организма и/или уменьшения ограничений активности и участия.

Глобальная цель, как правило, достигается только за счет реализации различных программ реабилитации, выполненных разными специалистами и организациями. В рамках своих реабилитационных циклов они устанавливают свои цели реабилитации. После определения целей реабилитации определяются мероприятия.

Для достижения целей необходимо соблюдать следующие правила:

- использовать только те категории МКФ, которые либо имеют положительный ресурс, либо несут отрицательное воздействие;
- могут быть изменены;
- влияют на цели одного или нескольких циклов реабилитации.

Нереалистичные целевые показатели реабилитационных услуг приводят к разработке неустойчивых стратегий абилитации/реабилитации детей, которые препятствуют получению долгосрочных положительных результатов.

Таким образом, возможность, предоставляемая МКФ, описывать профиль функционирования отдельного ребенка в данный момент времени открывает возможность использования профиля в качестве инструмента для отслеживания изменений в эволюции состояния здоровья.

Оценка таких изменений может рассматривать изменение как естественную историю, как изменения, вызванные внешним воздействием (например, лечением, абилитацией и т.п.), или как сравнение ожидаемого естественного развития и результатов внешнего воздействия.

Изучение последовательных категориальных профилей и их сравнение с референтными данными может помочь в формулировании функционального прогноза ребенка [10]. Кроме этого, можно использовать категориальные профили для оценки влияния различных воздействий (например, терапевтических процедур или изменений окружающей среды).

Удобнее всего выбирать реабилитационные мероприятия и технические средства реабилитации из справочников, определяющих соответствие категорий МКФ и мероприятий. В международной практике для этих целей могут использоваться Международная классификация медико-социальных вмешательств ВОЗ (МКВ) [8] или специально созданные справочники. В России в 2011 г. с этой целью был разработан Кодификатор категорий инвалидности исходя из инвалидизирующих нарушений функций, которые связаны с нарушениями структур и категориями активности и участия [12]. Для каждой категории активности и участия специалисты определили наиболее вероятные реабилитационные услуги и технические средства реабилитации. Такой подход позволяет независимо от нозологической формы заболевания определять реабилитационные мероприятия, основываясь только на нарушениях функций и категориях активности и участия.

#### **Выводы:**

Использование инструментов МКФ в системе ранней помощи детям и их семьям дает ключ, как к организации службы, так и к оценке состояния ребенка и семьи и в процессе абилитации и реабилитации.

Педиатры и другие медицинские работники, работники здравоохранения на муниципальном, региональном, федеральном уровнях, семьи, а также социальные работники, педагоги, психологи, лица, осуществляющие уход за детьми с ограниченными возможностями, сочтут инструменты МКФ незаменимым ресурсом.

#### **Список литературы:**

1 Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 год) проект. - СПб: Человек, 2017. - 262 с.

2 Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности Приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года. - URL: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disabled\\_intro.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disabled_intro.shtml) (дата обращения: 14.10.2019).

3 Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н. МКФ в реабилитации. - СПб.: ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ», 2018. - 238 с.

4 ICF Core Sets. Eds.: J. Bickenbach, A. Cieza, A. Rauch, G. Stucki. - Göttingen: Hogrefe Publishing, 2012. - 140 p.

5 ICF: A Hands-on Approach for Clinicians and Families. Eds. Olaf Kraus de Camargo, Liane Simon, Gabriel M. Ronen, Peter L. Rosenbaum. - London MacKeith Press, 2019. - 192 p.

6 Implementing the merger of the ICF and ICF-CY. 2012 - URL: <https://www.who.int/classifications/icf/whoficresolution2012icfcy.pdf> (дата обращения: 14.10.2019).

7 Information on Licensing WHO Classifications. - URL: <https://www.who.int/publishing/copyright/en/> (дата обращения: 14.10.2019).

8 International Classification of Health Interventions (ICHI). - URL: <https://www.who.int/classifications/ichi/en/> (дата обращения: 14.10.2019).

9 Kostanjsek N. Use of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. - BMC PublicHealth, 2011; 11(Suppl 4): S.3.

10 Mayo N.E., Wood-Dauphinee S., Côté R., Durkin L., Carlton J. Activity, participation, and quality of life six months post-stroke. - ArchPhysMedRehabil., 2002, 83. - P.1035-1042.

11 Rauch A., Cieza, A., Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. - EurJPhysRehabilMed., 2008, 44(3). - P.329-342.

12 Shoshmin, A. Lebedeva N., Besstrashnova Y. Instrument to Access the Need of Disabled Persons for Rehabilitation Measures Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. - Lecture Notes in Computer Science. 2013, 7798. - P.223-231.

**УДК 159.922.762**

## **СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ**

Рахманина И.Н., Тимашева Л.В.

ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», Россия,  
г. Астрахань

## **SYSTEMATIC APPROACH TO THE PROVISION OF EARLY COMPREHENSIVE ASSISTANCE TO CHILDREN: THEORETICAL AND APPLIED ASPECTS**

Rakhmanina I., Timasheva L.

Scientific and practical center rehabilitation of children «Correction and development»,  
Russia, Astrakhan

**Аннотация.** В статье рассмотрены проблемы, возникающие при организации ранней помощи детям и их семьям в рамках службы ранней помощи. Представлены компоненты системного подхода, представляющие собой основу, дающую возможность рассматривать раннюю помощь ребенку как единую систему, позволяющую облегчить процесс достижения целей функционирования этой системы с помощью ясного и четкого понимания работы подсистем и интеграции их в единое целое.



**Abstract.** The article deals with the problems arising in the organization of early care for children and their families within the early care service. The components of the system approach are presented, which are the basis that makes it possible to consider early childhood care as a single system, allowing to facilitate the process of achieving the goals of this system with a clear and precise understanding of the subsystems and their integration into a single whole.

**Ключевые слова:** системный подход; ранняя помощь; дети целевой группы.

**Keywords:** systematic approach; early care; children of the target group.

В настоящее время не вызывает сомнений проблема оказания ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Развитие системы ранней помощи в Российской Федерации является одним из приоритетных направлений политики в области защиты прав ребенка, однако вопрос ее организации не является решенным. Несмотря на то, что ранняя помощь детям целевой группы и их семьям представляет собой комплекс услуг, оказываемых на междисциплинарной основе, в стандарте оказания услуг ранней помощи отсутствует медицинское сопровождение ребенка [2].

Несомненно, что основным получателем услуг ранней помощи является ребенок, имеющий ограничение активности или возможности участия в естественных жизненных ситуациях вследствие нарушения структур или функций организма, а также влияния факторов окружающей среды. Вместе с тем, все эти особенности выражены у конкретного ребенка, с определенными соматическими проблемами, индивидуально-типологическими свойствами, нейродинамическим статусом.

Поэтому диагностика актуального уровня развития ребенка, а также весь процесс оказания ранней помощи, должен базироваться на принципах системного подхода, который позволяет исследовать человека как целостное существо, состоящее из неразрывной совокупности различных свойств (физиологических, нейродинамических, психологических, социально-психологических).

Системный подход в целом складывается из взаимодополняющих элементов: системно-структурного, системно-функционального и системно-генетического, (L.Bertalanffy, С.W. Churchman, М.И. Сетров, Е.Н. Князева, С.П. Курдюмов, И.В. Прангишвили, В.Н. Спицнадель, Ю.А. Цагарелли и др.).

Системно-структурный подход предполагает проведение полного диагностического обследования ребёнка, что позволяет получить стереоскопическое представление обо всех аспектах его развития. В случаях необходимости выборочного исследования системно-структурный анализ даёт возможность выявить наиболее значимые свойства, и представить их в иерархическом расположении по отношению к друг-другу.

Системно-функциональный подход соотносится с понятием функции и функционирования. Любая система взаимодействует с внешней средой, непрерывно обменивается с ней информацией, энергией, содержанием. Такое внешнее проявление свойств даёт возможность определить назначение и роль каждого элемента системы. В этом суть системно-функционального подхода.

Использование системно-функционального подхода при оказании помощи, во-первых, обеспечивает валидность методов диагностики благодаря раскрытию функциональной сущности изучаемого свойства. Во-вторых, системно-функциональный подход является теоретической основой применения методов функциональной диагностики. В-третьих, он способствует адекватной интерпретации выявленных корреляций исследуемых параметров, существенно зависящих от их функциональных особенностей.

Благодаря системно-генетическому подходу возможно обоснование порядка взаиморасположенности исследуемых качеств и свойств ребёнка с учетом их индивидуального и эволюционного развития. Известно, что на более ранних этапах как фило-, так и онтогенетического развития формируются свойства более низкого порядка, а на более поздних этапах - более высокого. Учитывая иерархичность в развитии свойств, при

системно-генетическом анализе мы лучше понимаем особенности и закономерности развития исследуемого качества [5].

В процессе филогенеза психические свойства послойно как бы накладываются друг на друга, образуя иерархическую структуру (Н.М. Пейсахов, Е.Н. Князева, С.П. Курдюмов). Подобным наслаиванием свойств отличается и процесс онтогенетического развития человека. Это можно представить в виде многоярусного усеченного конуса. В основании этой структуры расположен соматический уровень, на котором находятся физиологические и биологические свойства, функционирующие как элементы тела человека.

Тело представляет собой целостную систему, включающую в себя несколько подсистем (пищеварения, кровообращения, дыхания, обмена веществ, нервная система и др.). Каждая из них в качестве подсистемы включает в себя органы, которые также делятся на составляющие элементы.

Следующий уровень занимают психофизиологические свойства. К ним относятся свойства нервной системы, задатки, сенсомоторика, активация и функциональная асимметрия полушарий головного мозга.

Выше располагается уровень психических состояний, задающих определённое качество функционирования психики человека. Их традиционно рассматривают по двум критериям: количественному и качественному. Уровень активности человека является количественным критерием. Опираясь на него можно выделить следующие уровни психических состояний: сон, дремотное состояние, пассивное бодрствование, активное бодрствование и чрезмерное бодрствование.

Качественный критерий отражает упорядоченность психических состояний в направлении от физиологического - к социальному уровню. В таком понимании становится очевидной взаимосвязь уровня психических состояний со всей иерархической структурной организацией человека. По мнению В.А. Ганзена и В.Н. Юрченко, физиологический уровень психических состояний характеризуется нейрофизиологическими, морфологическими и биохимическими изменениями. Психофизиологический уровень - изменениями вегетативных, психомоторных и сенсорных реакций. Психологический уровень психических состояний связан с изменениями психических функций и настроений человека, а социально-психологический уровень - с характеристиками отношения, поведения и деятельности человека [1].

Уровень психических процессов находится еще выше. На нём расположены психомоторика и познавательные процессы (ощущения, восприятие, внимание, память, воображение и мышление). На этом же уровне находятся способности, представляющие собой психические процессы, благодаря которым возможно успешное выполнение человеком той или иной деятельности. Психические процессы между собой также находятся в иерархическом соотношении. Например, в сравнении с ощущениями восприятие занимает более высокое положение, а мышление по иерархии выше восприятия и т.д.

Над психическими процессами находится уровень психологических свойств личности, к которым обычно относят потребности человека, его мотивы, интересы и направленность личности, тревожность, эмоциональная реактивность и др. Они формируются в результате характерных для данной личности повторений соответствующих психических состояний и психических процессов, поэтому являются достаточно устойчивыми по своим характеристикам.

Подобно свойствам предыдущих уровней, внутренние структуры психологических свойств личности также организуют свою особую иерархию. Например, физиологические потребности принято относить к более низкому уровню, нежели потребности познавательные. Последние, в свою очередь, уступают социальным потребностям.

Более высокий иерархический уровень занимают социально-психологические свойства человека. Они обеспечивают развитие и функционирование его социальных способностей, делают возможным полноценное взаимодействие и общение между людьми

На высшей ступени иерархии находятся социальные свойства личности человека. Свойства этого уровня связаны с мировоззрением человека, его субъективной позицией по отношению к социальному миру и отношению к себе в этом мире. Они влияют на процесс социализации ребёнка.

Наиболее полно осуществить оценку актуального состояния ребёнка, с учетом выше обозначенных положений, позволяет международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП), которая дает возможность точно описать состояние здоровья на различных возрастных этапах. Коды классификации представляют функции и структуры организма, характеристики активности и участия, а также факторы окружающей среды, оказывающие воздействие на здоровье и жизнедеятельность детей и подростков.

На наш взгляд, для системной оценки функционирования ребёнка важно оценить его развитие в части доменов «структуры», «функции», «активность и участие», при этом оценить особенности ребёнка, в части первых двух доменов, может лишь врач. Кроме того, в комплекс услуг ранней помощи, в рамках индивидуальной программы ранней помощи, важно включить лечебно-профилактические меры, направленных на восстановление физиологических и психофизиологических реакций ребёнка, обеспечивающих его приспособление к определенным условиям быта в естественных жизненных ситуациях, иначе говоря, медицинскую реадaptацию.

Целостная структура человека и психологическая структура личности функционируют согласно ряду закономерностей, имеющих существенное значение для понимания сути ранней помощи в целом.

Закономерность системогенеза означает, что свойство, которое располагается на более высоком уровне в иерархической системе, является доминирующим по отношению к свойствам, находящимся на более низких уровнях [3],[4].

В соответствии с этой закономерностью, свойства структуры человека в процессе филогенеза и онтогенеза развиваются в направлении снизу - вверх, от соматического - к социальному уровню. (Н.М. Пейсахов). При этом вышестоящий уровень формируется на основе нижестоящих структур. Это можно сравнить с процессом возведения здания, которое может быть из нескольких этажей. При этом этажи и, тем более крышу, без основания не построить. Такая аналогия помогает понять, что формирование, например, социальных свойств закономерно основано на соответствующем уровне сформированности социально-психологических свойств. А на их развитие закономерно влияет сформированность психологических свойств личности, развитие которых, в свою очередь, зависит от свойств, находящихся на нижележащих иерархических уровнях и т.д. В связи с этим, необходимо выстраивать маршрут ранней помощи, понимая, что без учета соматического статуса ребёнка невозможно достичь ее эффективности.

Закономерность взаимосвязей описывает степень взаимной связанности между собой различных свойств какой-либо структуры. Согласно этой закономерности взаимосвязь между свойствами, находящимися на одном уровне носят непосредственный характер, а взаимосвязи между свойствами разных уровней носят опосредованный характер. При этом, чем дальше друг от друга находятся иерархические уровни, на которых находятся рассматриваемые свойства, тем больше опосредованность связи между ними. Если данная закономерность не учитывается, то происходит искажение представлений о степени взаимовлияния исследуемых свойств. Эту закономерность важно учитывать при комплексном подходе к оказанию ранней помощи.

Закономерность метронома описывает быстроту и диапазон изменения свойств, находящихся на разных иерархических уровнях структурной организации человека. Согласно этой закономерности порядок расположения того или иного свойства в иерархической структуре прямо пропорционален величине диапазона изменений данного свойства и обратно пропорционален скорости этих изменений. Иначе говоря, чем более высокий уровень в иерархии занимает определённое свойство, тем медленнее оно

изменяется, но при этом диапазон этих изменений будет больше, нежели у свойства, которое изменяется быстрее [5].

Так, психологические свойства личности изменяются медленнее психические процессы, но быстрее, чем социально-психологические свойства личности. При этом, диапазон изменения психологических свойств будет больше диапазона изменений психических процессов, но меньше диапазона изменений на уровне социально-психологических свойств. Происходит это потому, что психологические свойства занимают более высокий иерархический уровень, чем психические процессы, но более низкий, чем социально-психологические свойства личности.

Особенности развития ребенка в раннем возрасте, пластичность центральной нервной системы и способность к компенсации нарушенных функций обуславливает важность ранней комплексной помощи, позволяющей путем целенаправленного воздействия исправлять первично нарушенные психические и моторные функции при обратимых дефектах и предупреждать возникновение вторичных отклонений в развитии.

При оказании ранней помощи необходимо сочетание психолого-педагогических и лечебных воздействий, разработанных с учетом специфики аномального развития, возрастных особенностей ребенка, что требует привлечения к данной работе различных специалистов и семьи. Обязательное включение родителей в процесс обучения, начиная с первых лет жизни ребенка.

Принцип комплексного подхода в оказании ранней помощи предполагает совокупность мероприятий медико-психолого-педагогического комплекса в разном сочетании мер, направленных на оказание помощи ребенку раннего возраста с отклонениями в развитии. Взаимосвязь этих мероприятий обеспечивает эффективность за счет сочетания действий, направленных на совместное сотрудничество специалистов с семьей ребенка.

Опыт многолетней работы по оказанию ранней помощи доказывает, что грамотно организованная деятельность в данном направлении способна предупредить появление вторичных отклонений в развитии, обеспечить максимальную реализацию реабилитационного потенциала, а для значительной части детей открывает возможные включения в образовательный поток.

#### **Список литературы:**

- 1 Ганзен В.А. Системные описания в психологии. - Л.: Изд-во Ленинград. ун-та, 1984. - 176 с.
- 2 Методические рекомендации по организации услуг ранней помощи детям и их семьям в рамках формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов. - URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/274>.
- 3 Прангшвили И.В. Системный подход и общесистемные закономерности. - М., 2000. - 528 с.
- 4 Уемов А.И. Системный подход и общая теория систем. - М.: Книга по Требованию, 2012. - 272 с.
- 5 Цагарелли Ю.А. Системная диагностика человека и развитие психических функций. - Казань: «Познание» ИЭУП, 2009. - 492 с.

**УДК 376.24, 376.35**

### **ОПЫТ ОКАЗАНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ РОДИТЕЛЯМ ПО РАЗВИТИЮ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КОНСУЛЬТАЦИОННОГО ЦЕНТРА И САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ДЕТСКОГО ХОСПИСА**

Вечканова И.Г.<sup>1</sup>, Кушнарера И.В.<sup>2</sup>, Юдина Н.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБДОУ № 5 комбинированного вида Невского района Санкт-Петербурга,

<sup>2</sup>АНО «Детский хоспис», Россия, Санкт-Петербург

## EXPERIENCE IN PROVIDING OF ADVISORY ASSISTANCE TO PARENTS CONCERNING THE DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH SEVERE AND MULTIPLE DISABILITIES IN THE CONTEXT OF THE INTERACTION OF THE COUNSELING CENTER AND ST.PETERSBURG CHILDREN'S HOSPICE

Vechkanova I. <sup>1</sup>, Kushnareva I. <sup>2</sup>, Yudina N. <sup>2</sup>

<sup>1</sup> GBDOU kindergarten №5 combined type Nevsky district of Saint- Petersburg

<sup>2</sup>Children's Hospice, Russia, Saint-Petersburg

**Аннотация:** Положительный опыт взаимодействия образовательной организации и Санкт-Петербургского детского хосписа по оказанию помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР), а также консультативной помощи родителям детей, не получающим дошкольного образования (находящихся на домашнем визитировании, реабилитации или длительном лечении), показывает, что диагностическая и развивающая психолого-педагогическая работа способствует повышению степени активности и участия детей раннего возраста, изменению установок ближайшего окружения на возможности и восприятие особенностей личности ребенка с ТМНР.

**Abstract:** The positive experience of interaction between the educational organization and St.Petersburg Children's Hospice to assist children with severe and multiple impairments, as well as advisory assistance to parents of children who do not receive preschool education (who are on home visits, rehabilitation, or long-term treatment), shows that diagnostic, methodological and psychological-pedagogical work helps to increase the degree of activity and participation of young children, changing attitudes of the immediate environment on the possibilities and personality of the child with severe and multiple developmental disabilities.

**Ключевые слова:** дети с тяжелыми и множественными нарушениями развития, консультационный центр, паллиативная медицинская помощь, психолого-педагогическая реабилитация, детский хоспис.

**Keywords:** children with severe and multiple developmental disabilities, counseling center, palliative care, rehabilitation, children hospice.

**Актуальность:** убрать многоточие исследование обусловлена малой распространенностью в публикациях опыта взаимодействия медицинских и образовательных учреждений по сопровождению детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития, отсутствием научно-методической стратегии, обосновывающей единые медико-психолого-педагогические подходы к паллиативной медицинской помощи и психолого-педагогической реабилитации на всех этапах медицинской помощи, специального (инклюзивного) образования детей с ОВЗ, преемственности в проведении реабилитационных мероприятий. Это определило медико-социально-педагогическую значимость проблемы помощи детям раннего возраста с ТМНР и их родителями, поставило задачи разработки интегративной модели этой работы в условиях районного межведомственного взаимодействия.

**Цель исследования:** - разработка и апробация модели межведомственного взаимодействия командой специалистов по помощи родителям в развитии детей с ТМНР раннего возраста, апробация игр с детьми, повышающих показатели их активности и участия при реализации стиля жизни, нормативного для их сверстников, способствующих максимально возможной адаптации.

**Методы:** Ведущим методом являлись направленное наблюдение за детьми раннего возраста, опрос родителей, консультации по диагностике и развитию детей, а также метод экспертных оценок, обработки количественных результатов исследования. В исследовании приняли участие члены семей и дети 1-7 лет. Исследование проходило в течение шести месяцев 2019 г. в рамках договорных отношений ГБДОУ детского сада №5

комбинированного вида Невского района и АНО «Детский хоспис» С-Петербурга в формах работы консультационного центра.

Потребность в осуществлении комплексной помощи (паллиативной и консультативной по раннему развитию) обусловлена диагностической картиной тяжелых и множественных нарушений у детей, у которых в различных сочетаниях наблюдаются: органическое поражение ЦНС (20 человек), ДЦП спастический тетрапарез (11 человек); нарушения функций анализаторных систем (незрячие с ДЦП 4 ребенка - в хосписе, 3 ребенка - в ГБДОУ 5); симптоматическая эпилепсия (15 детей), онкозаболевания (1 ребенок в хосписе, 1 - в ГБДОУ 5). При этом у 7 детей была гастростома, с трахеостомой - 6 детей, находящиеся на ИВЛ. Среди нарушений наблюдались дети с генетическими синдромами: с синдромом Эдвардса (4 года), синдромом Лея (2,5 года), синдромом Прайдера-Вилли (5 лет). У всех детей отмечены тяжелые нарушения речи (задержка речевого развития, отсутствие, системное недоразвитие речи). У одного ребенка с синдромом мышечной атрофии и трахеостомой сохранилась шепотно-гортанная речь.

С помощью биопсихосоциальной модели, встроенной в Международную классификацию функционирования (МКФ) [2], междисциплинарной команде возможно было расширить перспективу восприятия инвалидности, исследовать не только медицинское и индивидуальное, но и социальное влияние, а также влияние окружающей среды на функционирование детей с ТМНР. Факторы окружающей среды (домен e130) создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок [2] различных людей (родителей (e410), специалистов (e450), с 3-х лет - родственников (e415)), которые могут повысить готовность и облегчить реализацию стиля жизни ребенка с ТМНР, соответствующего принятому стилю жизни в обществе, что и является целью психолого-педагогической реабилитации [3]. Часто родители сообщали, что не знали, что их ребенок может с помощью взрослого начать общение и играть, поскольку не знали, как это организовать. Важным для нашего исследования было то, что единый для всех детских возрастов показатель участия и активности в МКФ - это игровая деятельность (d880).

*Специфика игр и игровых занятий* дефектолога с детьми с ТМНР при посещении семьи в стационаре СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» и при домашнем визитировании детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, обусловлена необходимостью персонифицированного подхода к позиционированию (в 60% случаев только лежа) детей с трахеостомами, находящимся на ИВЛ, гастростомами, с синдромами мышечной атрофии. Возрастает актуальность контроля самочувствия детей при позиционировании сидя (со шкалой настроения и шкалой боли в виде пиктограмм/смайликов, которые вводятся при восприятии коротких потешек, песенок, сказок, например, «Кошкин дом» С.Маршака). Также необходимо обратить внимание на высокую актуальность персонифицированного подбора предметного и игрового материала - легкого по весу, доступного к размещению на кисти, запястье (с помощью браслетов), вкладыванию в руки и подъему (или, наоборот, только для скатывания вниз, поскольку доступны только движения вниз по наклонной поверхности), обрабатываемого дезинфицирующимися средствами. Таким образом, были учтены факторы окружающей среды до 2 лет - «Продукты и технологии, используемые для игровой деятельности» (e 152) и с 3-х лет «Дизайн..» (e150). В стационаре СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» и ГБДОУ №5 создана доступная среда, в том числе, учитывая фактор с 3-5 лет «Средства и технологии коммуникации» (e125), уже на этапе диагностики «неговорящим» детям представлялась возможность дать ответ альтернативными способами коммуникации: предлагались картинки, пиктограммы, фотографии.

Проводилось информирование для повышения компетентности родителей в вопросах воспитания и развития детей раннего возраста с ТМНР, совместное решение проблемы адаптации ребенка к играм к условиям позиционирования лежа, подбора ассистивных технологий при трудностях голосоподачи (при наличии трахеостомы), определение диапазона игр по развитию крупной моторики рук и ног при позиционировании сидя (при наличии гастростомы).

В играх дефектолог диагностировал возможности детей в соответствии с показателями, заложенных в МКФ с 3-х лет: «Разрабатывание способностей, используя слова, фразы или предложения для представления человека, предмета, события» (d 133), «Приобретение основных понятий, таких как размер, форма, количество, длина, сходство, противоположность» (d 137), «Выполнение отдельных задач (простых инструкций)» (d210). Например, особенно важным оказалось восприятие противоположностей направления движения рук вверх/вниз, отработка этих движений в играх, поскольку это облегчало проведение медицинских процедур у детей. Особую значимость также имело введение обозначение альтернативными способами (жест, пиктограмма) противоположных чувств («нравится/ не нравится, да/нет, приятно/не приятно, здорово/плохо») для определения самочувствия детей и инициативы детей в общении, деятельности, готовности к изменению положения.

Совместно со специалистами детского хосписа и консультационного центра подготовлена памятка для родителей о том, как развивать способности ребенка и обеспечить ему возможность проявления своей личности, реализуя право на образование и реабилитацию. В памятке сообщается, что дефектолог может вместе с родителями: 1) определить, что ребенок способен сделать сам и в чем могут помочь взрослые развиваться; 2) создавать мотивацию к развитию сенсорных ощущений, действий с предметами, пространственной ориентации в быту, в схеме тела, расписании дня; 3) формировать навыки конструирования построек, обыгрывания их с помощью игрушек; 4) учить считать, сравнивать, обобщать; 5) стимулировать развитие речи и интеллектуальных процессов.

Особенно интересовало не только родителей, но и персонал хосписа, что возможно предложить для детей, которые не говорят. Наибольшую активность во взаимодействии проявляли родители детей до 2,5 лет, например, родители ребенка 1 года, находящегося на ИВЛ (опухоль ствола ГМ и шейного отдела), отметили значительную динамику развития уровня коммуникации и предметной деятельности в течение месяца.

Дефектолог подбирал разные варианты коммуникации, чтобы понять, что хочет сам ребенок - например, играть или петь. Совместно с родителями, психологом детского хосписа определялись ассистивные технологии [1], способы альтернативной и дополнительной коммуникации (АДК) - жесты, предметы, фото, картинки, пиктограммы, коммуникаторы. Специальным приемам взаимодействия с помощью АДК дефектолог обучал родителей и близких, персонал, чтобы каждый взрослый смог (с помощью подписей) прочесть ответ, на который указал ребенок взглядом, жестом, звуком.

В консультационном центре реализуются разнообразные формы оказания консультативной помощи родителям (законным представителям) ребенка:

- в письменной форме по письменному заявлению о предоставлении консультативной помощи или в форме электронного документа одного из родителей (законных представителей) ребенка в «Электронной приемной» на сайте детского сада <http://5.dou.spb.ru/>. Коллективом ГБДОУ №5 был создан специализированный цифровой и медиа ресурс – сайт «Инклюзивное педагогическое бюро» (далее БЮРО) <http://buro.5.dou.spb.ru/>, где представлена цифровая среда дошкольного образования для всех его участников: в разных рубриках и закладках для педагогов и родителей опыт в виде разнообразных методических материалов (выход со страницы «Консультационный центр для родителей, осуществляющих семейное образование» <http://5.dou.spb.ru/konsultatsionnyj-tsentr> в раздел БЮРО);

- в устной форме по телефонному обращению одного из родителей;

- в устной форме по личному обращению одного из родителей (законных представителей) ребенка в период работы консультационного центра.

Заполнить анкету о потребностях в темах консультирования родители могут по ссылке <https://simpoll.ru/run/survey/bfc389af>. По запросу семьи команда специалистов диагностирует особые образовательные потребности ребенка, составляет индивидуальную программу развития. Сайт Бюро предназначен для онлайн просмотра методических

пособий й1 и рекомендаций, как платформа для Консультационных центров; в рубриках сайта для родителей и детей - Виртуальная Игротека и виртуальная мастерская по адресу <http://buro.5.dou.spb.ru/resursy-razvitiya.html>; а также возможно осуществление дистанционного сопровождения проектов детей, находящихся дома на длительном лечении и реабилитации.

**Результаты:** По результатам исследования информационных потребностей родителей, а также учитывая важность поведенческого аспекта их установок в построении взаимоотношений с детьми, другими взрослыми, успешно осуществилась апробация интерактивных технологий для развития компетенций и коммуникативной культуры всех участников процесса: родителей, детей, персонала. Создана была возможность по информированию родителей о реализации для детей права на образование при невозможности посетить образовательную организацию по индивидуальным показаниям; по знакомству с дефектологом и деятельностью детского сада по раннему развитию детей, педагогическому патронажу детей от 2-х месяцев до 7(8) лет. Такие примеры участия в проектах и просветительских развивающих мероприятиях формируют позитивные установки у родителей и социальных партнеров.

Проведение консультативной помощи родителям (законным представителям) стало возможно при визитировании семьи и в условиях стационара детского хосписа и консультационного центра в ГБДОУ №5, поскольку предоставляется методическая, развивающая психолого-педагогическая, диагностическая и консультативная помощь родителям (законным представителям), обеспечивающим получение детьми дошкольного образования в форме семейного образования или не получающим дошкольное образование, что содействовало социализации детей.

#### **Список литературы:**

1. Кожевникова Е.В. Ассистивные технологии в ранней помощи // Международная научная конференция «Технологии реабилитации: наука и практика»: Материалы междунаучной конференции, Санкт-Петербург, 25-26 апреля 2018 года / Минтруд России [Глав. ред. Г.Н.Пономаренко]. - СПб: ООО «Р-КОПИ», 2018. - С. 110.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. - Женева: ВОЗ, 2001. - 342 с.
3. Царев А.М. Организационно-методические вопросы образования детей на основе СИПР // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Образование обучающихся с тяжёлыми нарушениями развития» 6-8 ноября 2018 года, г. Псков. - Псков: Псковский государственный университет, 2018. - С.120-129.

**УДК 364+376.1**

### **РАЗВИТИЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ: ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Гирилюк Т.Н., Кряжевских Е.Г., Тверская О.Н.

Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет, Россия, Пермь

### **DEVELOPMENT OF EARLY AID IN THE EDUCATION SYSTEM OF THE PERM REGION: EXPERIENCE AND PROSPECTS**

Gereluk T., Kryazhevskikh E., Tverskaya O.

Perm state University of Humanities and education, Russia, Perm

**Аннотация.** В Пермском крае сложилась региональная модель ранней помощи, в которую входят три ведомственные модели систем образования, здравоохранения и



социальной защиты. В статье представлен опыт и перспективы развития ранней помощи в системе образования Пермского края, актуальные вопросы межведомственного взаимодействия.

**Abstract.** In the Perm region, a regional model of early assistance has developed, which includes three departmental models of education, healthcare and social protection systems. The article presents the experience and prospects for the development of early assistance in the education system of the Perm region, topical issues of interagency cooperation.

**Ключевые слова:** ранняя помощь, система ранней помощи, модель ранней помощи.

**Keywords:** early help, early help system, model of early help.

**Актуальность.** В 2016 г. Пермский край активно включился в процесс создания системы ранней помощи на основе изучения опыта других регионов РФ, разработки и апробации собственной региональной модели ранней помощи. В системе образования Пермского края сложилась ведомственная модель оказания ранней помощи детям с ОВЗ и их семьям. Актуальными остаются вопросы межведомственного взаимодействия, принятия региональных нормативно-правовых и методических документов, регламентирующих деятельность служб ранней помощи, вопросы обучения специалистов и расширения сети поставщиков услуг ранней помощи.

**Цель.** Анализ практики реализации в системе образования Пермского края модели ранней помощи семьям и детям, описание перспектив ее развития и межведомственного взаимодействия.

**Методы.** В статье представлен опыт развития региональной модели ранней помощи на основе методических рекомендаций, разработанными Министерствами образования и науки, труда и социальной защиты Российской Федерации.

**Результаты.**

Реализация Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года в Пермском крае осуществляется по этапам:

1 и 2 этапы (2016-2018) - разработка региональной модели ранней помощи и реализация пилотного проекта по апробации технологии ранней помощи;

3 этап (2019-2020) - развитие межведомственного взаимодействия в системе ранней помощи; обучение специалистов, оказывающих услуги ранней помощи детям целевой группы; создание сети поставщиков услуг ранней помощи, действующих на основе единого стандарта, в организациях различной ведомственной принадлежности

Потребность в услугах ранней помощи в Пермском крае испытывают не менее 9 000 детей в год, имеющих нарушения здоровья (2018) [2]: из них детей с ОВЗ - 8 411 человек; детей с инвалидностью - 1 209 человек.

По данным Министерства образования и науки Пермского края на 08.2018 г. Службы ранней помощи открыты в 44 образовательных организациях, а на 02.2019 г. - на базе 84 образовательных организаций (МДОУ, ГКУ ПК «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи», ГКБОУ «Школа-интернат для детей с нарушением слуха и речи», МКУ "ЦММТО" Центр диагностики и консультирования", МАУ "Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции", МБОУ для детей нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи "Центр психолого-медико-социального сопровождения", МБКУ «Психолого-медико-педагогическая комиссия», Территориальная ПМПК, МБУ "Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи"). Во вновь открытые Службы ранней помощи и лекотеки было закуплено оборудование и приобретены диагностические программы KID<R>/RCDI-2000 (47 комплексов).

Направления работы Служб ранней помощи в системе образования [1]:

- диагностическое;
- коррекционно-развивающее;
- консультативное;

- информационно-просветительское.

Разработан алгоритм деятельности Службы ранней помощи, состоящий из нескольких этапов [3]:

- этап включения семьи в программу Службы ранней помощи (обращение семьи в Службу ранней помощи, первичные прием, междисциплинарная оценка развития ребенка и составление индивидуальной программы сопровождения семьи и ребенка);
- этап реализации индивидуальной программы сопровождения (индивидуальная или подгрупповая реализация программы);
- этап окончания реализации программы сопровождения (определение дальнейшего образовательного маршрута).

Кроме Служб ранней помощи в Пермском крае психолого-педагогическая помощь детям в возрасте от рождения до 4 лет и консультационная помощь родителям, воспитывающим детей младенческого и раннего возраста с ОВЗ / инвалидностью оказывается в 26 лекотеках, 554 консультационных центрах, 18 центрах игровой поддержки, 119 адаптационных группах при образовательных организациях.

Проводится обучение специалистов совместно с ФГБОУ ВО «Пермский государственный гуманитарно-педагогический университет», АНО ДПО «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства», Краевым ресурсным центром ГКУ ПК «Центр комплексной реабилитации инвалидов», ГКУ ПК «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»: курсы повышения квалификации, семинары, стажировки, экспертные сессии по организации служб ранней помощи за 2017-2019 г.г. посетили более 800 педагогов Пермского края.

В 2019 году проводился краевой конкурс Служб ранней помощи, в котором приняли участие 60 образовательных организаций из 24 районов Пермского края.

Таким образом, можно констатировать, что в Пермском крае в системе образования сложилась модель ранней помощи, которую можно назвать переходной до принятия Федерального закона «О ранней помощи». В рамках данной модели отрабатываются технологии оказания услуг ранней помощи и программы работы с семьями и детьми. Проводится обучение специалистов, оказывающих услуги ранней помощи детям целевой группы. Актуальными остаются вопросы межведомственного взаимодействия в сфере ранней помощи и принятия Программы развития ранней помощи в Пермском крае.

**Выводы.** С 2016 г. в Пермском крае в системе образования разрабатывается и апробируется технология и модель ранней помощи, сформированы подходы к организации ранней помощи на базе образовательных организаций, подготовлены проекты локальных и региональных нормативно-правовых актов по вопросам оказания ранней помощи и межведомственного взаимодействия.

#### **Список литературы:**

1 Аюпова Е.Е., Меньшикова О.А. Создание службы ранней помощи в Пермском крае // Пермский педагогический журнал. 2018. №9. С.167-171.

2 Бронников В.А., Григорьева М.И., Морозова А.С. Модель ранней помощи в Пермском крае: опыт и перспективы развития // Физическая и реабилитационная медицина. 2019. Т.1, №1. С.23-32.

3 Межведомственная модель оказания услуг ранней помощи в системе комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов Пермского края: методическое пособие / под ред. В.А. Бронникова. Пермь: КГАУ «ЦКРИ», 2018.

УДК 37.04-053

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ,  
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЧЕРЕЗ ОРГАНИЗАЦИЮ  
КОНСУЛЬТАТИВНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КЛУБА «ПОМОГИ СВОЕМУ РЕБЕНКУ»**

Горчакова Т.А., Цивилева Ю.С.

БУ ВО «Областной центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»,  
Россия, г.Вологда

**PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL SUPPORT OF FAMILIES RAISING YOUNG  
CHILDREN THROUGH THE ORGANIZATION  
OF THE CONSULTATIVE AND METHODOLOGICAL  
CLUB «HELP YOUR CHILD»**

Gorchakova T., Tsivileva Y.

Regional center of psychological and pedagogical, medical and social assistance, Russia, Vologda

**Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающих детей с нарушениями в развитии. Представлена работа консультативно-методического клуба «Помоги своему ребенку», созданного на базе БУ ВО «Областной центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи».

**Abstract.** The article deals with the issues of psychological and pedagogical assistance to families raising children with developmental disabilities. The paper presents the work of the consultative and methodological club "Help your child", created on the basis of the regional center of psychological, pedagogical, medical and social assistance.

**Ключевые слова:** консультативно-методический клуб, ранняя помощь, ранний возраст, дети с ограниченными возможностями здоровья, психолого-педагогическое сопровождение родителей.

**Keywords:** Advisory and methodical club, early help, early age, children with disabilities, psychological and pedagogical support of parents.

В последние годы специалисты центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (далее - центр ППМС-помощи) уделяют особое внимание вопросам ранней помощи детям. С 2018 года в учреждении открыта служба ранней помощи, что позволяет семьям с детьми раннего возраста получить необходимую психолого-педагогическую помощь.

«Именно в период раннего возраста закладываются наиболее фундаментальные способности, определяющие дальнейшее развитие. В этом возрасте появляются такие ключевые качества, как познавательная активность, доверие к миру, уверенность в себе, доброжелательное отношение к людям, творческие возможности, общая жизненная активность и многое другое. Однако эти качества и способности не возникают автоматически, как результат физиологического созревания. Их становление требует помощи со стороны взрослых, совместной деятельности с ребёнком» [1].

В настоящее время у большинства детей раннее детство проходит в семье. Безусловно, семейное воспитание является оптимальным для маленького ребенка. Однако не все родители владеют достаточной информацией о возрастных особенностях детей до трёх лет и методах педагогического воздействия. Часто внимание родителей сосредоточено на физическом развитии детей. Некоторые родители не умеют или не считают нужным играть с детьми и организовывать совместную деятельность. А если ребенок имеет особенности в развитии, проблемы со здоровьем, то познавательное развитие отходит на второй план.

«В последние годы в Российской Федерации сохраняются негативные тенденции в динамике состояния здоровья детей. Практика показывает, что количество детей с ограниченными возможностями здоровья увеличивается и усложняется структура

нарушений их развития. Ранняя психолого-педагогическая помощь детям «группы риска», детям с ОВЗ и детям-инвалидам позволяет достичь максимально возможных результатов в развитии детей и компенсировать нарушенные функции» [2]. Наличие ранней, комплексной помощи ребенку позволяет эффективно компенсировать отклонения в психическом развитии малыша «группы риска» и, следовательно, позволит сократить долю детей, которые по достижении школьного возраста будут нуждаться в специальном образовании в условиях специализированных учреждений. Поэтому особое значение приобретает просвещение родителей об особенностях детей раннего возраста и разработка программ, направленных на развитие данной категории детей.

В 2018 году специалистами службы ранней помощи центра ППМС-помощи создан консультативно-методический клуб «Помоги своему ребенку».

Целью данного клуба является повышение родительской компетентности в вопросах развития, обучения, воспитания, абилитации и социальной адаптации детей раннего возраста «группы риска», с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью.

Данная цель реализуется посредством решения следующих задач:

- 1) обучать родителей способам организации совместной деятельности с детьми, способствующей их всестороннему развитию;
- 2) обучать родителей, воспитывающих детей раннего возраста, способам снятия психоэмоционального напряжения;
- 3) оказывать родителям информационную и психолого-педагогическую поддержку;
- 4) осуществлять методическое сопровождение развития, обучения, воспитания и социальной адаптации детей;
- 5) способствовать оптимизации детско-родительских отношений.

Целевая группа: родители (законные представители), воспитывающие детей с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью, детей «группы риска» раннего возраста. Занятия по данной программе проводятся совместно с детьми.

Программа предназначена для групповой работы с родителями (законными представителями) и их детьми от 1 до 3 лет, включает 20 занятий. Режим занятий - 1 раз в неделю. Продолжительность занятия - 40 минут. Оптимальная наполняемость группы составляет 5-6 пар «родитель-ребенок». В проведении каждого занятия задействованы два специалиста (педагога-психолога).

Каждое занятие включает два блока:

- 1) теоретический - психолого-педагогическое просвещение и консультирование родителей (лекторий, кейс) по актуальным вопросам обучения, воспитания и развития детей;
- 2) практический - практикум (совместное занятие), в рамках которого с родителями отрабатываются способы организации совместной деятельности с детьми, способствующей всестороннему развитию малышей.

Практический блок включает:

- ритуал приветствия;
- пальчиковый театр (разыгрывание сказок из серии «Уроки общения для самых маленьких» Е. Чеберды);
- беседу по сюжету сказки;
- ритмику, музыкальные игры (упражнения, требующие согласованности действий всей группы: дети дружно шагают, бегают, хлопают ладошками по мячу, выполняют другие задания в соответствии с ритмом и словами стихотворения). Эти упражнения создают положительный эмоциональный фон, повышают речевую и двигательную активность детей, помогают настроиться на совместную групповую работу;
- игры и упражнения на развитие познавательной активности;
- продуктивную деятельность (аппликация, рисование, создание индивидуальных и коллективных работ);
- упражнения в сенсорной комнате.

Все игры и упражнения, включенные в занятие, подобраны с учетом возрастных особенностей детей, объединены сказочно-игровым сюжетом.

После занятия по запросу родителей специалистами проводится групповая консультация (лекторий) по актуальным вопросам обучения, воспитания и развития детей. В ходе групповых консультаций родители обеспечиваются тематическими информационно-раздаточными материалами (памятки, буклеты, листовки).

В 2018-2019 учебном году клуб «Помоги своему ребенку» посетили 12 семей с детьми раннего возраста с различными нарушениями в развитии (4 ребенка с нарушениями зрения, 2 с нарушением опорно-двигательного аппарата, 3 с интеллектуальными нарушениями, 3 с задержкой речевого развития). Было проведено 20 занятий. Родители получили консультации по вопросам:

- 1) «Правильно ли развивается ваш малыш? (ориентировочные нормативные показатели возраста)»;
- 2) «Ведущие линии развития ребенка раннего возраста»;
- 3) «Принципы воспитания ребенка раннего возраста»;
- 4) «Речевое развитие детей раннего возраста»;
- 5) «Развивающие игры и пособия для ребенка раннего возраста»;
- 6) «Развиваем ребенка в игре»;
- 7) «Осторожно: игрушка!»;
- 8) «Ребенок сосет палец. Что делать?»;
- 9) «Ребенок кусается и дерется. Что делать?»;
- 10) «Формирование сенсорных эталонов»;
- 11) «Детская истерика»;
- 12) «Как приучить ребенка к горшку?» ;
- 13) «Как ходить в магазин без истерик?»;
- 14) «Нужны ли наказания в раннем возрасте?»;
- 15) «Какой праздник нужен малышу?»;
- 16) «Как приучить ребенка спать одного?»;
- 17) «Роль семейных традиций в детско-родительских отношениях»;
- 18) «Как правильно выбирать и смотреть мультфильмы?»;
- 19) «Кризис трех лет. Развитие самостоятельности»;
- 20) «Адаптация ребенка к дошкольному учреждению».

Вышеперечисленные темы консультаций были выбраны по запросу родителей.

Опыт работы в консультативно-методическом клубе показывает, что специально организованный процесс и взаимосвязь специалистов с родителями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья, дают положительный результат: 100% родителей получили знания и овладели практическими умениями по взаимодействию с детьми раннего возраста, у 96% детей была отмечена положительная динамика в развитии, 31% родителей отмечают нормализацию эмоционально-положительного климата в семье после занятий в клубе.

Таким образом, консультативно-методический клуб является важным механизмом, позволяющим обеспечить эффективную психолого-педагогическую помощь семьям, имеющим детей раннего возраста с нарушениями развития. Занятия в клубе повышают доступность и качество психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста и их семей. Консультативно-методический клуб является дополнительной формой получения образования детьми раннего возраста с особенностями в развитии и обучения родителей.

Работа консультативно методического клуба в настоящее время продолжается, развивается и совершенствуется.

#### **Список литературы:**

1 Оказание ранней помощи: Метод. рекомендации. - М., 2016. - URL: [http://viro.edu.ru/vmk\\_doc/attachments/article/271/okazanie\\_RP.pdf](http://viro.edu.ru/vmk_doc/attachments/article/271/okazanie_RP.pdf).

2 Приходько О.Г., Югова О.В. Система ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям / О.Г. Приходько, О.В. Югова ; АНО «Совет по вопросам управления и развития». - М.: ООО «ЛексПраксис», 2015. - С.145.

**УДК 159.9+159.97**

**ТЕРАПИЯ ПРОЩЕНИЕМ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В АКТИВИЗАЦИИ РОДИТЕЛЬСКОГО РЕСУРСА ДЛЯ РАННЕГО ВКЛЮЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В РЕАБИЛИТАЦИЮ РЕБЕНКА С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Игнатенко О.Е.

Региональный ресурсный центр «Семья и дети» ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет», Россия, г.Новосибирск

**FORGIVENESS THERAPY: A MODERN APPROACH TO ACTIVATING THE PARENTAL RESOURCE FOR EARLY INCLUSION OF PARENTS IN THE REHABILITATION OF A CHILD WITH DISABILITIES**

Ignatenko O.

Regional Resource Center «Family and Children» FSBEI HE "Novosibirsk State Pedagogical University", Russia, Novosibirsk

**Аннотация.** В статье описываются основные трудности, с которыми сталкиваются родители, воспитывающие ребенка с ограничениями жизнедеятельности. Представлен анализ основных фаз психологического состояния родителей в процессе становления их позиции к ребенку с ограничениями жизнедеятельности. В качестве основного метода, направленного на активизацию личностных ресурсов родителей описан тренинг по развитию способности к прощению. Выделены и проанализированы основные задачи тренинговой работы с родителями в рамках диады прощения: прощение себя и прощение другого.

**Abstract.** The article describes the main difficulties encountered by parents raising a child with disabilities. The analysis of the main phases of the psychological state of parents in the process of establishing their position towards a child with disabilities is presented. As the main method aimed at enhancing the personal resources of parents, training on the development of the ability to forgiveness is described. The main tasks of training work with parents in the framework of the dyad of forgiveness are highlighted and analyzed: forgiveness of self and forgiveness of another.

**Ключевые слова:** прощение, родительский ресурс, ранняя помощь, тренинг, способность к прощению, фазы прощения.

**Keywords:** forgiveness, parental resource, early assistance, training, ability to forgiveness, phases of forgiveness.

**Актуальность.** Появление в семье ребенка с ограничениями жизнедеятельности сопряжено с огромными психологическими перегрузками у родителей. Это прежде всего стрессы, переживания горя, депрессии, потеря смысла жизни, сильное ощущение вины. Родители пытаются безуспешно понять, почему именно в их семье появился такой ребенок, им не хватает поддержки и участия родных и близких людей, которые очень часто становятся «отягощающим звеном» не понимая и не принимая факт «инаковости» ребенка. Также, многие родители вынуждены оставить работу и отказаться от профессиональной самореализации в пользу ухода и присмотра за ребенком. В результате семья, воспитывающая ребенка с ограничениями жизнедеятельности, становится закрытой и остается один на один с проблемами, связанными с повседневным уходом за ребенком.

Ограничения в социальных контактах не позволяют родителям восстанавливать затраченные на семейные проблемы психологические ресурсы, утрачивается способность к переключению на другие сферы жизни, взрослые становятся энергетически ослабленными,

утрачивая желание заниматься проблемами ребенка и включаться во взаимодействие со специалистами. В связи с чем, благоприятный период в оказании ранней помощи и поддержки семье, воспитывающей ребенка с ограничениями жизнедеятельности откладывается на неопределенный срок.

В.В. Ткачева описывает четыре фазы психологического состояния родителей в процессе становления их позиции к ребенку с ограничениями жизнедеятельности [2].

Первая фаза - шоковая, сопровождается беспомощностью, страхом, чувством неполноценности как мужчины или как женщины, отсутствием родительской пригодности. Родители могут видеть в появившемся на свет ребенке с особенностями развития собственное наказание, подтверждение того, что их брак потерпел неудачу. В этот момент возникает смысловой диссонанс родительского ожидания - между ребенком мечты и реальным ребенком [3].

Вторая фаза связана с неадекватным отношением со стороны родителей к дефекту ребенка. Родители непроизвольно и иногда бессознательно стараются вернуть ребенка мечты, отрицая поставленные диагнозы, веря в чудодейственные препараты, которые избавят их реального ребенка от нарушения. Они готовы обращать внимание лишь на ту информацию, которая будет поддерживать их фантазию о ребенке мечты. Гнев и злость, часто присутствующие в этой фазе, особенно проявляются в диаде супруг-супруга и выражаются в виде обиды, обвинений или мученической позиции одного из супругов.

Третья фаза связана с частичным осознанием дефекта ребенка, родители шаг за шагом, медленно привыкают к реальности, которая крайне болезненна. Данная стадия связана с разочарованиями, тоской, депрессией, отчаянием. Родители должны найти в себе силы, чтобы построить новые мечты, связанные с реальным ребенком.

Четвертая фаза - начало социально-психологической адаптации всех членов семьи, вызванной принятием дефекта, установлением адекватных отношений со специалистами и достаточно разумным следованием их рекомендациям. Основное, что происходит с родителями на этой стадии, заключается в понимании того, чтобы позволить своей душе стать ответственной за новое будущее.

Любому процессу нужно время, также и в принятии «инаковости» ребенка родителем, тоже необходимо время. Для каждого оно разное, но родители должны проделать эту работу сами, никто другой за них это сделать не сможет. Однако, некоторым родителям, требуется дополнительная профессиональная психологическая помощь в процессе становления их позиции к ребенку, имеющему ограничения жизнедеятельности и активизации своих личностных ресурсов. Одним из необходимых компонентов психологического сопровождения данных семей считаем проведение тренингов по развитию способности к прощению.

**Цель.** Овладение родителями, воспитывающими ребенка раннего возраста с ограничениями жизнедеятельности эффективными методами и технологиями, способствующими активизации родительского ресурса для раннего включения родителей в реабилитацию ребенка.

Прощение как эффективная технология позволяет сформировать новую эмоциональную и логическую структуру личности в данной реальности. Вернуться назад в прошлое уже невозможно, но, к удивлению, у родителей возникает стремление к жизни и убеждение в том, что именно такой образ жизни является наиболее достойным. По сути, развитая способность к прощению опирается на умение находить выход из сложившейся ситуации, преодолевать конфликты, объективно оценивать механизмы семейной боли.

Важно отметить, что в развитии способности к прощению в семьях, воспитывающих детей с ограничениями жизнедеятельности, фактически речь идет о двух стороннем позитивном взаимодействии, так называемой диаде прощения: прощение себя и прощение другого. Многие родители ищут подтверждение того, что они не виноваты в нарушении ребенка, при этом молча могут обвинять своего супруга(у) за то, что он является причиной

этому нарушению. В данном контексте будем считать, что прощение - это преодоление негативной ориентации по отношению к человеку и развитие к нему позитивной ориентации.

В рамках тренинговой работы с родителями по развитию способности к прощению себя, решаются задачи по самопознанию, снятию чувства вины, повышению самооценки, чувства собственного достоинства, снижению уровня травмированности.

В рамках тренинговой работы с родителями по развитию способности к прощению другого, решаются задачи по снятию напряженности в контактах с супругой(ом) и (или) ребенком, выработке активной родительской позиции, развитию понимания к оказанию помощи и эмоциональной поддержки супруге(у) и (или) ребенку.

В процессе прощения особую роль играют такие механизмы межличностного восприятия как эмпатия, идентификация и рефлексия, поэтому всю работу с семьями, воспитывающими детей с ограничениями жизнедеятельности, можно описать в трех основных категориях: работа с чувствами, работа с мыслью, конкретные действия.

Методы. В рамках проведения тренинга по развитию способности к прощению, используется метод включенного наблюдения, позволяющий в той или иной мере изучать скрытые от внешнего наблюдения процессы, происходящие в родительской среде.

Тренинг строится по определенному плану:

1 Этап установления контакта. Ритуал приветствия.

2 Основная часть. На данном этапе работа ведется в рамках обозначенной Р. Энрайтом четырех фазовой модели прощения: фаза открытия, фаза принятия решения, фаза действия, фаза результата [1].

3 Фаза открытия включает в себя признание гнева, беспомощности, злости, других агрессивных чувств по отношению к себе или другому. В рамках стадии принятия решения человек готов избавиться от враждебных, агрессивных чувств, душевной боли, чувства обиды через прощение. На следующей фазе появляется эмпатия, сочувствие к другому, и, наконец, фаза результата означает понимание того, что прощение имеет позитивное значение как для самого человека, так и для другого.

4 Заключительная часть. Происходит интегрирование нового опыта в реальную жизнь.

Результаты. 20 семей, воспитывающих ребенка раннего возраста с ограничениями жизнедеятельности, овладели эффективным методом по развитию способности к прощению себя и другого. Все родители (100%) считают прохождение данного тренинга значимым для восстановления взаимоотношений между членами семьи, для развития собственного родительского потенциала. Для 17 семей (85%), важным в прохождении диады прощения являлось прощение себя: анализ и обдумывание прожитого и своих поступков; оценка происходящего, сравнение с идеалом, образом; изменение, преобразование и преображение себя. Для 16 семей (80%) прощение другого позволило перейти от негативных чувств гнева и злости к положительным контактам с другими членами семьи.

Выводы. Таким образом, данная тренинговая система позволяет оптимизировать механизмы прощения во внутрисемейных отношениях, так как рождение ребенка с ограничениями жизнедеятельности может обнаружить личные проблемы, обиды родителей, которые ранее были скрыты. Более того, обида и негативные чувства могут нарастать в связи с тем, что члены семьи часто избегают открытого, доверительного разговора, посвященного недостаткам в развитии ребенка. Все это приводит к тому, что каждый член семьи остается наедине со своими переживаниями и вопросами и семья погружается в эмоциональную пропасть. Очевидно, что именно развитая способность к прощению позволяет родителям выстраивать позитивные, конструктивные, доверительные отношения друг с другом и с детьми.

#### **Список литературы:**

1 Гассин Э.А. Психология прощения // Вопросы психологии. - 1999. - № 4. - С. 93-102.



2 Ткачева В.В., Архипова Е.Ф., Бутко Г.А. Психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья. - М.: Академия, 2014. - 272 с.

3 Фюр Г. «Запрещенное» горе. - Минск: Старпринт, 2008. - 84 с.

УДК 376.6

## ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Игнатьева С.А.

Курский государственный университет, Россия, Курск

## FEATURES OF COMMUNICATIVE AND SPEECH DEVELOPMENT OF YOUNG ORPHANS

Ignatieva S.

Kursk State University, Russia, Kursk

**Аннотация.** В статье рассматривается проблема содержания и результатов диагностики особенностей коммуникативно-речевого развития как важного показателя психического развития детей-сирот 2-го и 3-го года жизни, воспитывающихся в условиях Дома ребенка.

**Abstract.** The article examines the problem of content and diagnostic results of the features of communicative and speech development as an important indicator of the mental development of orphans of the 2nd and 3rd year of life, brought up in the conditions of the Child's Home.

**Ключевые слова:** дети-сироты, ранний возраст, психическое развитие детей раннего возраста, коммуникативно-речевое развитие, Дом ребёнка.

**Keywords:** orphans, early age, mental development of young children, communicative and speech development, child's home.

В раннем возрасте овладение речью как средством общения представляет собой основную линию развития ребенка, функционирующую в неразрывной связи с развитием сенсорной, сенсомоторной, интеллектуальной, аффективно-волевой сфер ребенка (Л.С. Выготский, Н.И. Жинкин, А.В. Запорожец, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин и др.).

Вопросы диагностики и профилактики возникновения речевых нарушений не теряют своей актуальности вследствие постоянного роста числа детей с первичной и вторичной речевой патологией и определяют необходимость оказания логопедической помощи детям в максимально ранние сроки (Е.Ф. Архипова, О.А. Горлова, О.Е. Громова, Г.В. Дедюхина, Е.В. Кириллова, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, Г.В. Чиркина, Е.В. Шереметьева и др.).

На втором-третьем году жизни начинается активное усвоение ребенком речевых средств общения, и речевые проблемы в этом возрасте определяются как «задержка речевого развития» как темпового, так и стойкого характера у детей, у которых отклонения от нормального речевого онтогенеза достаточно выражены, однако тип речевого нарушения еще не определен [6].

Обследование речевой коммуникации у ребенка 2-го–3-го года жизни должно осуществляться в контексте диагностики основных линий развития (познавательного, двигательного, социального), проводиться с выделением ведущего звена патологического процесса для определения первичности или вторичности дизонтогенеза вербальной коммуникации и подбора адекватной стратегии логопедической работы (Н.Ю. Григоренко, О.Е. Громова, О. Г. Приходько, Ю. А. Разенкова, Е. А. Стребелева, Г.В. Чиркина и др.).

Несмотря на значительное количество теоретических и практических рекомендаций по организации психолого-педагогической помощи детям раннего возраста (Н.М. Аксарина,

Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Е.А. Стребелева и др.), ресурсы исследований еще недостаточно задействованы в решении актуальных проблем воспитания, обучения и речевого развития детей-сирот раннего возраста в условиях Дома ребёнка.

Современное сиротство в РФ является социальной проблемой и должно рассматриваться комплексно на медико-психолого-педагогическом уровне. Именно в Домах ребёнка, где воспитываются дети с нарушениями развития, проблематика ранней диагностики, протективности, коррекции, а также компенсации утраченных функций детей-сирот раннего возраста наиболее актуальна и приоритетна, поэтому необходимо создание оптимальных психолого-педагогических условий для их обучения, воспитания, развития и социализации [3].

Многочисленные исследования сиротства свидетельствуют о том, что вне семьи развитие ребёнка идёт по особому пути, которое нельзя интерпретировать простым отставанием в развитии, нервно-психическое и речевое развитие детей-сирот значительно отстаёт от процессуальных и результативных этапов их формирования и протекания, что затрудняет социальную адаптацию [2].

К нарушениям раннего речевого развития детей, воспитывающихся в условиях материнской депривации, относятся: 1) отсутствие активного словаря (называние предметов и изображений, отсутствие инициативных обращений и диалоговой речи); 2) небольшое количество звукоподражаний - 1-2; 3) преобладание рудиментарных речевых форм – в основном лепета; 4) небольшое количество понимаемых слов; 5) отсутствие понимания признаков предметов и их действий; 6) преобладание понимания простых словесных инструкций [5].

С целью выявления особенностей коммуникативно-речевого развития детей-сирот раннего возраста нами проводилась опытно-экспериментальная работа на базе Областного государственного учреждения здравоохранения «Областной специализированный Дом ребёнка» Комитета здравоохранения Курской области. В эксперименте участвовали 10 детей-сирот 2-го и 3-го года жизни, а также 10 детей, воспитывающихся в условиях семьи, посещающих МБДОУ комбинированного вида № 16 г. Курск.

Все дети, участвующие в эксперименте, были разделены на 2 возрастные группы: от 12 месяцев до 24 месяцев; от 24 месяцев до 36 месяцев.

Первая группа объединяла 10 детей-сирот в возрасте от 12 до 24 месяцев. В ней были выделены 2 подгруппы: 1-э, в состав которой входили 5 детей экспериментальной группы, а также 1-к, в состав которой входили 5 детей, воспитывающихся в условиях семьи, относящихся к контрольной группе.

Вторая группа объединяла 10 детей-сирот в возрасте от 24 до 36 месяцев. В ней были выделены 2 подгруппы: 2-э, в состав которой входили 5 детей экспериментальной группы, оставшихся без родительского попечения, а также 2-к, в состав которой входили 5 детей, воспитывающихся в условиях семьи, составивших контрольную группу в указанном возрастном периоде.

Исследование проходило в два этапа: подготовительный и основной. Задачей первого, подготовительного этапа констатирующего исследования был сбор анамнестических данных, составление общего представления о контингенте испытуемых, выявление факторов риска.

Задачей основного этапа эксперимента было выявление фактического уровня коммуникативно-речевого и психического развития детей-сирот раннего возраста, изучение причин наблюдаемых отклонений в развитии.

При разработке методики комплексного обследования детей-сирот раннего возраста использованы адаптированные методики Н.М. Аксариной, Л.Н. Павловой, К.Л. Печоры, Г.В. Пантюхиной, Ю.А. Разенковой, Е.А. Стребелевой, Э.Л. Фрухт и др.

Методика констатирующего эксперимента была представлена следующими сериями: изучение социально-эмоционального развития (1, 2 серии); изучение сенсомоторного

развития (3, 4 серии); изучение коммуникативно-речевого развития (5 серия); изучение игровой деятельности (6 серия).

Результаты диагностики 1-4 серий, представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1 - Результаты диагностики социально-эмоционального развития детей-сирот 2-го и 3-го года жизни и детей, воспитывающихся в семьях (%)

Отставание	Группа 1-э	Группа 1-к	Группа 2-э	Группа 2-к
Выраженное	40	0	20	0
Значительное	40	0	40	0
Отставание	20	0	20	0
Незначительное	0	40	20	20
Возрастная норма	0	60	0	80

Таблица 2 - Результаты диагностики сенсомоторного развития (величина, форма, цвет) детей-сирот и детей, воспитывающихся в семьях (%)

Отставание	Группа 1-э	Группа 1-к	Группа 2-э	Группа 2-к
Выраженное	40	0	20	0
Значительное	40	0	40	0
Отставание	20	0	40	0
Незначительное	0	40	0	20
Возрастная норма	0	60	0	80

Результаты диагностики 5 серии констатирующего эксперимента (понимание речи, активная речь, состояние фонематического слуха детей-сирот и детей, воспитывающихся в семьях 2-го и 3-го года жизни) представлены в таблицах 3-5.

Таблица 3 - Результаты диагностики понимания речи детей-сирот и детей, воспитывающихся в семьях (%)

Отставание	Группа 1-э	Группа 1-к	Группа 2-э	Группа 2-к
Выраженное	60	0	60	0
Значительное	40	0	20	0
Отставание	0	0	20	0
Незначительное	0	20	0	20
Возрастная норма	0	80	0	80

Таблица 4 - Результаты диагностики активной речи детей-сирот и детей, воспитывающихся в семьях (%)

Отставание	Группа 1-э	Группа 1-к	Группа 2-э	Группа 2-к
Выраженное	60	0	60	0
Значительное	40	0	20	0
Отставание	0	0	20	0
Незначительное	0	40	0	20
Возрастная норма	0	60	0	80

Таблица 5 - Результаты диагностики фонематического слуха в коммуникации детей-сирот и детей, воспитывающихся в семьях (%)

Отставание	Группа 1-э	Группа 1-к	Группа 2-э	Группа 2-к
Выраженное	60	0	60	0
Значительное	40	0	20	0
Отставание	0	0	20	0
Незначительное	0	20	0	20
Возрастная норма	0	80	0	80

Результаты диагностики 6 серии констатирующего эксперимента (игровая деятельность детей-сирот и детей, воспитывающихся в семьях 2-го и 3-го года жизни) представлены в таблице 6.

Таблица 6 - Результаты диагностики игровой деятельности детей-сирот и детей, воспитывающихся в семьях (%)

Отставание	Группа 1-э	Группа 1-к	Группа 2-э	Группа 2-к
Выраженное	60	0	60	0
Значительное	40	0	20	0
Отставание	0	0	20	0
Незначительное	0	20	0	20
Возрастная норма	0	80	0	80

Сравнительный анализ обобщённых данных коммуниктивно-речевого развития детей-сирот и детей, воспитывающихся в семьях, представлен на рисунке.

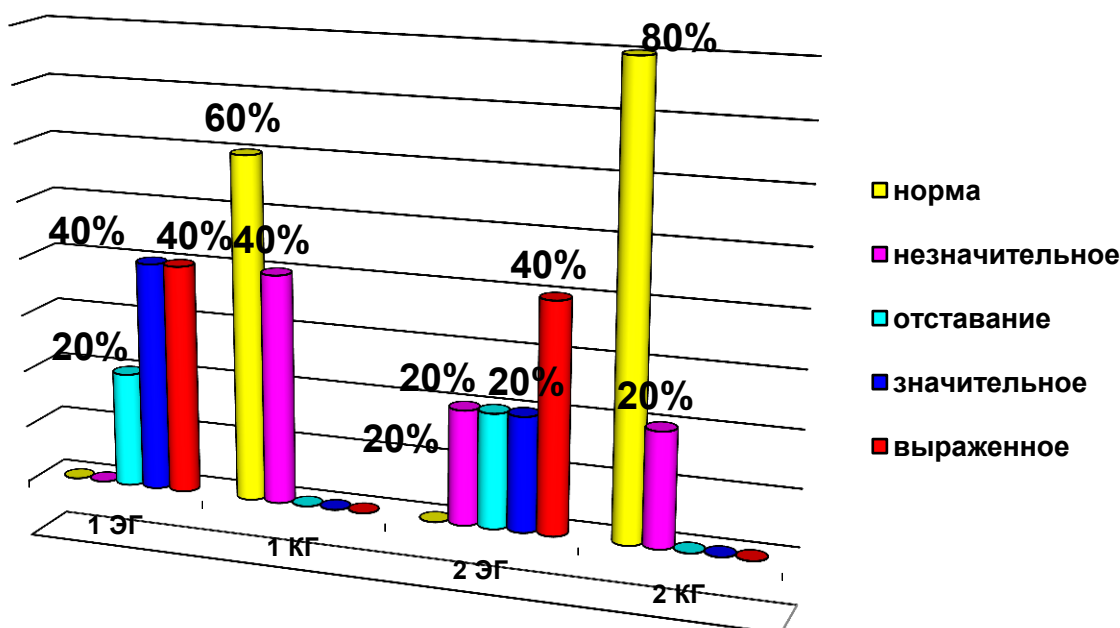


Рис. Сравнительный анализ показателей психического и коммуниктивно-речевого развития детей-сирот и детей, воспитывающихся в семьях

Результаты констатирующего эксперимента выявили наличие и глубину отставания в психическом и коммуниктивно-речевом развитии в экспериментальных группах и показали, что практически 100% исследуемых детей-сирот раннего возраста имеют нарушения коммуниктивно-речевого развития.

К особенностям импрессивной речи детей-сирот раннего возраста следует отнести недостаточное понимание и замедленный темп понимания обращенной речи, значение используемых в речи лепетных и простых слов было аморфно, расплывчато. Обследование экспрессивной речи показало отсутствие самостоятельной речи или наличие лепетной речи, крайнюю ограниченность словаря, отсутствие двусложной фразы у детей 2-го года жизни. У детей третьего года была отмечена простая аграмматичная фраза, нарушения звукопроизношения и слоговой структуры простых слов.

Проведение комплексной диагностики коммуниктивно-речевого развития детей-сирот раннего возраста позволит осуществить дифференцированный подход к выбору содержания, методов и форм их коррекционно-развивающего воспитания и обучения, к поэтапному коммуниктивно-речевому развитию воспитанников Дома ребёнка второго и третьего года жизни.

Своевременное определение состояния индивидуально-личностного и коммуниктивно-речевого развития детей-сирот раннего возраста, анализ их особых образовательных потребностей, поиск эффективных путей, способов и средств полноценного развития имеют важное значение для социализации воспитанников, для дальнейшего

освоения детьми образовательных программ, как в дошкольных учреждениях, так и в системе общего образования.

#### **Список литературы:**

- 1 Горлова Н.А., Горлова О.А. Речевой фитнес. Программа коммуникативно-речевого развития детей раннего возраста с методическими рекомендациями. М.: Баласс, 2014. 160 с.
- 2 Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Полиграф сервис, 1998. 336 с.
- 3 Игнатьева С.А., Кузнецова М.В. К проблеме ранней диагностики отклонений в развитии детей-сирот // Образование–XXI век: формирование социальной активности личности - основа развития гражданского общества: Междунар. научно-практич. конфер. - Воронеж, 2005. - С. 232-236.
- 4 Печора К.Л., Пантюхина Г.В., Голубева Л.Г. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях. М.: ВЛАДОС, 2002. 170 с.
- 5 Разенкова Ю.А. Схема логопедического обследования ребенка 2-3 -го годов жизни // Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Полиграф сервис, 1998. С. 250-263.
- 6 Чиркина Г.В., Громова О.Е. К проблеме речевой диагностики нарушений развития // Коррекционно-развивающая работа с детьми в условиях полифункциональной интерактивной среды: Междунар. науч.- практ. конф. М., 2008. Т. 2. С. 63-65.

**УДК 376**

### **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ РАННЕЙ ПОМОЩИ: ПРАКТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Кириллова Е.О., Краснопеева Е.А.

ГБДОУ детский сад №44, Россия, Санкт-Петербург

### **INTERDISCIPLINARY COLLABORATION OF EARLY INTERVENTION SPECIALISTS: PRACTICE**

Kirillova E., Krasnopeeveva E.

GBDOU kindergarten №44, Russia, St. Petersburg

**Аннотация.** В данной статье рассмотрены проблемы междисциплинарного взаимодействия специалистов ранней помощи, организованной на базе детского сада компенсирующего вида. Выявлена и обоснована необходимость совместного взаимодействия всех участников процесса обучения, включая родителей и детей раннего возраста с проблемами развития. Проанализировано взаимодействие команды специалистов дошкольного учреждения при внедрении данной модели сотрудничества.

**Abstract.** This article discusses the problems of interdisciplinary interaction of early-care specialists, organized on the basis of a compensating-type kindergarten. The need for joint interaction of all participants in the learning process, including parents and young children with developmental problems, has been identified and justified. The interaction of a team of specialists of a preschool institution during the implementation of this model of cooperation is analyzed.

**Ключевые слова:** межпрофессиональное сотрудничество, комплексная диагностика, индивидуальная карта сопровождения, междисциплинарная консультация, программа ранней психолого-педагогической помощи.

**Keywords:** interprofessional cooperation, comprehensive diagnostics, individual support card, interdisciplinary consultation, program of early psychological and pedagogical assistance.

Современный взгляд на проблему ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья предполагает участие всех специалистов в области коррекции. При этом деятельность специалистов, приобретает свою специфику. Помимо решения своих узкопрофессиональных задач важным становится целостное «видение» модели психолого-педагогического сопровождения ребёнка. Нашим объектом является ребёнок раннего возраста с особыми потребностями и ограниченными возможностями здоровья. Решение проблем «особого» ребёнка затрудняется ещё и ранним возрастом. Педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед, активно привлекаются к созданию условий для развития компенсаторных механизмов - старта адаптации, развития и социализации [1].

Единство в работе педагогического коллектива определяется командным взаимодействием: межпрофессиональным сотрудничеством, направленным на выработку и реализацию единой стратегии развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья и организацию поддержки его семье.

Все члены команды руководствуются в своей работе едиными принципами:

- общие ценностные ориентиры в профессиональной деятельности и в вопросе включения детей с ОВЗ в среду дошкольных учреждений;
- профессиональная и личностная поддержка друг друга;
- единый методологический подход в работе со всеми участниками образовательного процесса;
- взаимодополняемость профессиональных позиций и знаний специалистов в подходе к ребенку и его семье, их тесное сотрудничество на разных этапах работы;
- скоординированность и четкая организация действий, как в рабочих, так и в проблемных, критических ситуациях;

Основные формы работы специалистов с детьми и семьями на службе ранней помощи можно представить по нескольким направлениям:

- комплексная диагностика;
- индивидуальная карта сопровождения;
- междисциплинарная консультация;
- программа ранней психолого-педагогической помощи.

Целью комплексной диагностики является определение коэффициента НПП младенца и ребёнка раннего возраста (0-3): оценка психического развития ребёнка, вычисление фактического возраста, соответствующего индивидуальному развитию и определение отстающих в развитии функций [2].

Психолого-педагогическая диагностика составлена на основе нормативных показателей развития по основным функциональным областям:

- сенсорика (зрительная, слуховая и тактильная);
- моторика (статика, кинетика, мелкая моторика и мимика);
- познавательная функция (речь, мышление, игра, внимание);
- поведенческая функция (биологическое и социальное поведение).

Данные, полученные в результате обследования, служат базисом для составления индивидуальной программы сопровождения ребенка и его семьи, а также для формирования индивидуального образовательного маршрута впоследствии. А также, позволяют выявить резервные возможности развития детей [2].

При составлении индивидуальной карты сопровождения специалисты руководствуются определением содержания и форм необходимой психолого-педагогической помощи [3].

Описывают:

- направления помощи;
- основные желаемые результаты, которые достигнет ребенок и семья благодаря «Программе помощи» [4];
- критерии и процедуры для определения достигнутого прогресса;

- перечень услуг Службы ранней помощи, необходимых для достижения поставленных задач, включая интенсивность и формы помощи;
- место выполнения индивидуальной программы сопровождения, когда и как часто будут предоставляться ребенку и семье необходимые услуги, кто из специалистов будет проводить эти услуги;

Специалистами СРП заполняется карта развития ребенка три раза в течение учебного года, что позволяет вносить необходимые корректировки в реализацию индивидуальной программы. Так же, для оценки эффективности реализации индивидуальной программы сопровождения родителям предлагается заполнить лист эффективности.

Немаловажным направлением совместной работы специалистов службы ранней помощи является междисциплинарная консультация, которая может носить характер индивидуальной или групповой встречи с семьей.

Задачи данной формы работы являются:

- профилактика и просвещение семьи в вопросах воспитания и развития ребенка;
- консультирование в ходе разрешения сложных педагогических ситуаций;
- обратная связь специалистов: направлена, в первую очередь, на поддержку родителей. Специалисты, давая обратную связь, отмечают позитивные стороны взаимодействия с ребенком и озвучивают только те стороны прогноза, которые могут повлиять на настроение родителей благоприятно, укрепить их в намерении принимать активное участие в процессе.

- организация взаимодействия педагогов и специалистов СРП, формирование целостных представлений о причинах, характере, возможных трудностях ребенка.

Реализация программы ранней психолого-педагогической помощи является одним из важных аспектов межпрофессионального взаимодействия.

Все специалисты психолого-педагогического сопровождения принимают участие в разработке и реализации программы коррекционной работы, как части основной образовательной программы учреждения.

Целью программы представляется оказание детям раннего возраста и их родителям необходимой и адекватной выявленным проблемам психолого-педагогической помощи.

Важным условием является организованное взаимодействие специалистов, участвующих в реализации программы. Участники междисциплинарной команды обмениваются информацией о динамике продвижения ребенка по основным направлениям коррекционно-развивающей работы, о возникающих трудностях и наиболее эффективных формах взаимодействия с ребенком и родителями.

Пять параметров эффективности междисциплинарного взаимодействия:

- учет особенностей и уровня развития ребенка, его ресурсных возможностей;
- приоритетность задач адаптации и социализации;
- учет межличностных отношений между субъектами инклюзивной среды;
- адекватная последовательность «подключения» к работе с ребенком ангажированного специалиста»;
- участие родителей в социализации и образовательной адаптации ребенка, их партнерское взаимодействие со специалистами.

Только такой подход позволяет комплексно и эффективно решать проблемы ребенка и его семьи, оптимально используя ресурсы специалистов, участвующих в командной работе, на всех этапах психолого-педагогического сопровождения. Речь идет о выстраивании стратегии, способствующей пробуждению собственной активности ребенка и расширению его социально-адаптивных возможностей.

### **Список литературы:**

1. Шипицина Л.М. Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста. - СПб.: Речь, 2005.

2. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест «Гном». - М.: МГИУ, 2012.

3. Особый ребенок. Исследования и опыт помощи: Научно-практический сборник. - М: Теревинф. - выпуск 5, 2006.

4. Особый ребенок. Исследования. Опыт помощи. Проблемы интеграции и социализации. Сборник в рамках проекта «Развитие лечебной педагогики в России» / под ред. А.Л. Битова, М.А. Величко - М., 2000.

**УДК 376.3**

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кривошеина Н. П.

ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности», Россия, Кемерово

## **ORGANIZATION OF EARLY ASSISTANCE IN THE EDUCATION SYSTEM OF THE KEMEROVO REGION**

Krivosheina N.

«Kuzbass regional center for psychological, pedagogical, medical and social care "Health and personal development», Russia, Kemerovo

**Аннотация:** В статье рассматривается организация ранней помощи детям в образовательных организациях Кемеровской области, представлена модель службы ранней помощи и основные направления работы с семьями, имеющими детей от рождения до 7 лет с ограниченными возможностями здоровья, инвалидами и детьми группы риска. Подробно описана работа специалистов регионального ресурсного центра ранней помощи детям, а также перечислены услуги консультационных пунктов, созданных на базе дошкольных образовательных организаций Кемеровской области

**Abstract:** The article considers the organization of early assistance to children in educational institutions of the Kemerovo region, presents a model of early assistance service and the main directions of work with families with children from birth to 7 years with disabilities, disabled people and children at risk. The work of specialists of the regional resource center for early assistance to children is described in detail, as well as the services of consulting points created on the basis of preschool educational organizations of the Kemerovo region are listed

**Ключевые слова:** дети раннего и дошкольного возраста с ОВЗ, комплексная помощь, ресурсный центр, служба ранней помощи

**Keywords:** children of early and preschool age with disabilities, comprehensive care, resource center, early care service

Комплексное психолого-педагогическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями должно начинаться как можно раньше, охватывать медицинский, социальный аспекты и вопросы образования, учитывать, что дети со стойкими нарушениями развития и ограниченными возможностями здоровья представляют собой неоднородную группу лиц и потребности их различны [1].

В 2018 году на базе ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности» открылся Региональный ресурсный центр ранней помощи (РРЦ РП), деятельность, которого направлена на психолого-педагогическое сопровождение семей с детьми младенческого, раннего и дошкольного возраста, раннее выявление детей от рождения до семи лет с



ограничениями жизнедеятельности, в том числе, детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), детей-инвалидов, а также детей групп риска развития ОВЗ; на содействие формированию их физического и психического здоровья и благополучия, включение их в среду сверстников и жизнь сообщества; на содействие оптимальному развитию детей, сопровождение и поддержку семей, имеющих детей с ОВЗ, повышение компетентности родителей (законных представителей) детей, не посещающих дошкольные образовательные организации.

Центральная служба ранней помощи создана для организации деятельности Службы, осуществления научно-методического сопровождения деятельности территориальных служб, мониторинга реализации программы развития ранней помощи в системе образования Кемеровской области.

Структура службы ранней помощи в системе образования Кемеровской области



Территориальные Службы ранней помощи создаются:

- на базах территориальных отделений ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности»,
- на базах действующих муниципальных центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, для осуществления ранней помощи в пределах территории одного или нескольких муниципальных образований Кемеровской области исходя из территориальной доступности Службы для ребенка и семьи.

В каждом муниципальном образовании на базах дошкольных образовательных организаций (ДОО) созданы консультационные пункты для обеспечения единства и

преимущества семейного и общественного воспитания, оказания психолого-педагогической помощи родителям (законным представителям), поддержки всестороннего развития личности детей, не посещающих образовательные учреждения. В Кемеровской области на сентябрь 2019 года функционируют 211 Консультационных центров (пунктов).

Информирование родителей об услугах, предоставляемых консультационными пунктами и центрами, осуществляется через средства массовой информации (телевидение, радио), в том числе через официальные интернет-ресурсы муниципальных управлений образования городов и районов и образовательных организаций, на базе которых осуществляется деятельность консультационных центров. Информирование будущих родителей реализуется посредством обучающих семинаров в рамках «Школ будущих родителей» при поликлиниках, женских консультациях, перинатальных центрах, а также раздачи информационных буклетов. Распространение методических рекомендаций, информационных писем осуществляется на информационных стендах детских поликлиник территориальных служб социальной защиты населения.

**Услуги, предоставляемые консультационными пунктами:**

- просвещение родителей (законных представителей) - информирование родителей, направленное на предотвращение возникающих семейных проблем и формирование педагогической культуры родителей с целью объединения требований к ребенку в воспитании со стороны всех членов семьи, формирование положительных взаимоотношений в семье;

- диагностика развития ребенка - психолого-педагогическое изучение ребенка, определение индивидуальных особенностей и склонностей личности, потенциальных возможностей, а также выявление причин и механизмов нарушений в развитии, социальной адаптации, разработка рекомендаций по дальнейшему развитию и воспитанию ребенка;

- консультирование (психологическое, педагогическое) - информирование родителей о физиологических и психологических особенностях развития ребенка, основных направлениях воспитательных воздействий, преодолении кризисных ситуаций;

- методическая помощь родителям и специалистам ДОО по направлениям развития и коррекции нарушений развития ребенка;

- проведение коррекционных и развивающих занятий на основе индивидуальных особенностей развития ребенка, направленных на обучение родителей организации воспитательного процесса в условиях семьи;

- социальная адаптация ребенка в детском коллективе - развитие у ребенка навыков социального поведения и коммуникативных качеств личности.

**Цель и задачи службы ранней помощи в системе образования:**

- содействие оптимальному развитию и формированию психического здоровья и благополучию детей, их социализации и адаптации в обществе, нормализации жизни семьи, повышению компетентности родителей (законных представителей), включению ребенка в среду сверстников и жизнь сообщества;

- психолого-педагогическое содействие созданию здоровьесберегающей среды в семьях и дошкольных образовательных организациях;

- психолого-педагогическое содействие формированию здоровья, адаптации и развития детей в семьях и дошкольных образовательных организациях;

- организованная психолого-педагогическая поддержка семьи, имеющей ребенка с выявленными нарушениями развития (риском нарушения), не посещающего образовательную организацию;

- ранняя социализация в процессе целенаправленного индивидуального развития детей дошкольного возраста;

- обеспечение доступности дошкольного образования для детей, не посещающих дошкольные образовательные учреждения по различным причинам;

- обеспечение равных возможностей для всех детей и их родителей в получении своевременной педагогической и психологической помощи

В рамках деятельности РРЦ РП проводятся круглые столы, семинары, вебинары, мастер-классы, конференции и другие мероприятия, направленные на повышение информированности специалистов системы образования о развитии ранней помощи в Кемеровской области и повышение психолого-педагогической компетентности педагогов в вопросах раннего развития, воспитания и здоровья. С 2018 года реализуется программа повышения квалификации «Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста с ОВЗ» (120 ч).

Важным условием развития ранней помощи на региональном уровне является осуществление межведомственного взаимодействия между системой образования, здравоохранения и социальной защитой, которое реализуется на основании соглашения и посредством реализации совместных мероприятий в рамках Гранта Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. На протяжении 2017-2019 годов проводятся межведомственные мероприятия с участием ГОО «Кузбасский РЦППМС» и МБОУ СО «Фламинго», ГКУЗ КО КДРС «Теплый дом», КГОО «Интеграция», КГОО «Служба лечебной педагогики», ГБУЗ КО КДКПНС «Искорка», ГАУЗ КО Областная детская клиническая больница, Консультационных пунктов на базе ДОО КО.

#### **Список литературы:**

1. С.Д. Роджерс, Д. Доусон, Л.А. Висмара. Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом // Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2016.

#### **УКД 376.3**

### **РАЗВИВАЮЩАЯ СРЕДА В СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ**

Кривошеина Н.П., Наумова М.Е.

Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности», Россия, г. Кемерово

### **DEVELOPING ENVIRONMENT IN A FAMILY RAISING A CHILD WITH FEATURES OF DEVELOPMENT**

Krivosheina N., Naumova M.

Kuzbass regional center for psychological, pedagogical, medical and social care "Health and personal development», Russia, Kemerovo

**Аннотация:** В статье рассматривается проблема создания развивающей среды в домашних условиях для детей с особенностями в развитии. Описаны главные условия для развития игровых навыков ребенка, коммуникации и навыков самообслуживания. Предложены идеи организации домашнего пространства с учетом индивидуальных особенностей ребенка и развития необходимых функциональных навыков.

**Abstract:** The article deals with the problem of creating a developing environment at home for children with developmental disabilities. The main conditions for the development of child's playing skills, communication and self-service skills are described. The ideas of the organization of home space taking into account the individual characteristics of the child and the development of the necessary functional skills are proposed

**Ключевые слова:** дети с ОВЗ, развивающая среда, условия развития ребенка, организация домашнего пространства

**Keywords:** children with disabilities, developing environment, child development conditions, organization of home space

Среда для ребенка является развивающей, если она стимулирует его познавательную активность, сохраняя и укрепляя при этом физическое и психическое здоровье.

Домашние условия могут, как способствовать, так и затруднять развитие ребенка. Стремление родителей чрезмерно разнообразить предметную среду не только не способствует развитию, но зачастую затрудняет проявление познавательной активности и может приводить к хаотичности и не целенаправленности поведения ребенка.

К компонентам развивающей среды относится целый ряд условий, таких как доброжелательная эмоциональная семейная атмосфера, адекватное внимание к особенностям развития ребенка, поддерживающая коммуникация в системе «родитель-ребенок», оптимально подобранные игрушки (их количество, функциональная направленность, соответствие возможностям ребенка).

Организация среды, способствующей игре ребенка

Игра является ведущей деятельностью ребенка, и вся его жизнь подчинена игре. Через игру ребенок учится общаться, регулировать свое эмоциональное состояние, при этом происходит развитие памяти, внимания, мышления, волевых процессов. Игра - это важнейшее занятие, сопровождающее человека всю жизнь, а также мощное средство терапевтического воздействия. С возрастом происходит усложнение игры, что является показателем развития ребенка и в то же время - необходимым и обязательным условием созревания личности. [1,3,5].

Среда (окружающая обстановка) является частью самой игры и она должна иметь следующие характеристики для того, чтобы игра возникла:

- наличие игрушек, предметов, которые вызывают интерес у ребенка;
- наличие возможности у ребенка выбирать деятельность во время занятия;
- взрослый должен как можно меньше вторгаться в деятельность ребенка;
- дружелюбная обстановка, направленная на то, чтобы ребенок чувствовал себя комфортно и безопасно;
- все занятия должны проходить в режиме, не допускающем наступление утомления, болезненных ощущений и других видов физического стресса;
- способность взрослого играть создает атмосферу, в которой возникает игра.

Когда мы говорим о ребенке с особенностями в развитии, ближайшее его окружение (мама, папа, бабушки, дедушки и другие взрослые) должно особенно трепетно относиться к организации игрового пространства ребенка.

Игра - особая форма детской деятельности и является фактически самым важным средством, методом воспитания и обучения детей с нарушениями в развитии. В данном случае важную роль выполняет терапевтическая функция игры, которая заключается в возможности изменить психическое самочувствие ребенка, создать радостное настроение, повысить самооценку, преодолеть имеющиеся страхи и комплексы, сформировать положительное отношение у ребенка к окружающим людям. Целенаправленная эмоциональная игровая нагрузка оказывает стимулирующее воздействие на организм ребенка и больше, чем другие средства, соответствует удовлетворению потребности в движении.

Создавая развивающую среду и переходя в роль наблюдателя или помощника, взрослый передает всю активность ребенку, что позволяет развить самостоятельности и развить способности малыша. [2,6].

Важно понимать, что развивающая среда прежде всего заключается не в самих материалах, а в создании такой обстановки для малыша, где он бы мог сам, без посторонней помощи, выполнять как можно больше ежедневных действий: сам одеваться, самостоятельно есть и убирать свою посуду, мыть руки и так далее.

Организация среды должна соответствовать особенностям ребенка. Если стоит задача стимулировать речевую активность, целесообразнее организовать домашнее пространство

так, чтобы ребенок обращался за помощью к взрослым. [4,7]. Например, любимую игрушку поместить в закрытую прозрачную коробку, чтобы ребенок ее видел, но доступ к ней мог получить только, прибегнув к помощи взрослого. Этот принцип актуален как для детей с нарушением речи, так и для детей с расстройством аутистического спектра.

Игрушки и дидактические материалы должны иметь 2 цели: прямую и косвенную. Прямая цель опирается на актуальную возможность ребенка, то есть способность к самостоятельному действию. Косвенная же цель работает на зону его ближайшего развития. [1,8].

Психологические условия формирования развивающей среды

Доверительные отношения между взрослыми в семье позволяют ребенку без страха проявлять свои эмоции и чувства, что является основой развития личности. Напряжение в семье затрудняет проявление у ребенка здоровую познавательную активность и может приводить к невротизации. Доверие к людям создает чувство уверенности в себе и своих силах.

Взрослые не всегда объективно оценивают способности ребенка, не дают ему проявлять самостоятельность и инициативу, особенно если у ребенка есть какое-либо нарушение. Разумное восприятие ребенка и его возможностей позволяет родителям сосредоточить свои усилия на ресурсах ребенка, что облегчает преодоление имеющихся у него трудностей. Ребенок не обязан быть постоянно активным и взрослые должны учитывать его психофизиологические особенности и давать ему время на обдумывание своих предыдущих и последующих действий, что особенно важно, если темперамент мамы и ребенка не совпадает (мама - холерик, а ребенок - флегматик).

Поддерживающая коммуникация - это общение, сосредоточенное на сохранении позитивных отношений между родителем и ребенком, которое позволяет совместно решать трудные задачи и укрепляет отношения. Поддерживающая коммуникация подразумевает ориентацию на проблему, а не ребенка, использование больше одобрений, чем критики, а также умение слушать и слышать своего ребенка.

*Идеи для организации домашнего пространства:*

Прихожая:

- Низкие крючки для одежды.
- Полочка для ботинок ребёнка.

Комната ребёнка или гостиная с местом, где ребёнок может заниматься с материалами и играть.

- Низкие полочки с игрушками, материалами для творчества. Все материалы должны находиться на подносах, игрушки - в корзинках или коробках и быть разложены по группам (например, корзиночка с животными, коробка с «Лего» и т. п.). Важно, чтобы игрушек не было избыточное количество.

- Столик и стул по росту ребёнка для работы с материалами или для творчества.
- Низкая полочка с книгами. В комнате ребёнка должны находиться только книги, соответствующие его возрасту. Не ставьте слишком много книг, лучше меняйте их время от времени.

- Низкая кровать для сна, в которую ребёнок может сам лечь по своему желанию.
- Низко подвешенное зеркало. Ребёнок смотрит на себя и учится координировать движения. Зеркало поможет ребёнку самостоятельно одеваться и расчёсываться.

- Картины и украшения комнаты располагаются на уровне взгляда ребенка. Родители часто вешают картины в детскую, не замечая, что ребёнок их не видит, так как не смотрит так высоко. Старайтесь украшать комнату так, чтобы это было заметно ребёнку. Красота и гармония дома очень полезны для малыша с самого рождения. Отдавайте предпочтение картинкам с животными или цветами в спокойных тонах, а также семейным фотографиям или фотографиям ребёнка.

- Очень важно, чтобы ребёнок мог сам достать до своей одежды, поэтому отдавайте предпочтение низким полочкам. Не выкладывайте сразу всю одежду, ребёнок можете выбирать из 3-4 комплектов, подходящих по погоде.

- Прикреплённая к стене доска для рисования мелом либо мольберт для рисования. Это необязательное, но очень приятное и полезное дополнение. Прекрасно, если вы сможете сделать такой уголок для творчества в комнате ребёнка или в гостиной.

Ванная комната и туалет.

- Высокая скамейка для того, чтобы ребёнок мог сам доставать до крана, мыть руки и умываться.

- Туалетные принадлежности (расчёска, зубная щётка и полотенце) в досягаемости ребёнка.

- Игрушки для купания. Конечно, необязательно иметь такие игрушки, но детки обычно очень любят купаться в ванне. И если есть такая возможность, разрешите малышу играть с водой, не только во время купания, но и в свободной деятельности. Вы можете предлагать как небольшие фигурки для свободной игры, так и несколько баночек для переливаний.

- Горшок должен находиться в одном и том же месте.

Кухня.

- Высокий стул для участия в трапезе со взрослыми.

- Высокая скамейка или подставка, чтобы ребёнок мог доставать до рабочих поверхностей на кухне или до высоких полок. Такую подставку ребёнок должен иметь возможность переносить сам. Поэтому убедитесь, чтобы она была достаточно легкой. При этом взрослый должен всегда находиться рядом с ребенком, но не ограничивать его деятельность.

- Столовые приборы ребёнка должны быть расположены на нижних полках или шкафчиках так, чтобы ребёнок мог сам накрыть на стол.

- Губки, тряпочки, швабра по росту ребёнка. Ребёнок должен иметь возможность сам убрать за собой.

- Вода, сок, фрукты, печенья (или любые другие продукты, которые выбирают родители для того, чтобы ребёнок мог перекусить, когда ему захочется), расположенные так, чтобы ребёнок мог сам достать до них.

Участок или терраса.

Если вы являетесь счастливым обладателем участка, то ребёнку будет очень полезно проводить там как можно больше времени. Многие родители используют балкон для некоторых из этих материалов:

- Доска для рисования.

- Сенсорные дорожки и коврики.

- Место для игр с водой.

- Песочница.

- Всевозможные спортивные снаряды.

- Инструменты (молоток и гвозди, гвоздодёр, отвертки и т. п.).

- «Кухня»: место для игры в кухню с природными материалами.

- Место для стирки и развешивания одежды.

- Растения и цветы. Очень полезным будет для ребёнка опыт разведения небольшого огорода.

Данные рекомендации носят общий характер, применяя их в своей жизни, помните, что ваш ребенок уникален и неповторим! Поэтому создавая среду для его развития, проявляйте креативность и учитывайте его индивидуальные особенности.

### **Список литературы:**

- 1 Баенская, Е.Р., Либлинг, М.М. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития: Метод. пособие [Текст] / Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. - М.: Издательство «Экзамен», 2014. - 128с.
- 2 Басангова, Б.М., Танцюра, С.Ю., Мартыненко, С.М. Сопровождение семьи ребенка с ОВЗ. Методические рекомендации [Текст] / Б.М. Басанговой. - М.: Сфера, 2017.-156с.
- 3 Гумирова Н.М., Оказание помощи родителям раннего возраста с ограниченными возможностями в условиях реабилитационного Центра [Текст]: Метод. пособие / Под ред. Н.М. Гумировой. - Анжеро-Судженск, 2013.-72с.
- 4 Детская логопсихология: учебник для вузов / Под ред. О.А. Денисовой / О.А., Денисова, О.Л. Леханова, Т.В. Захарова и др. - М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2015. - 159 с.
- 5 Корельская, Н.Г. Особенная семья - особенный ребенок: книга для родителей детей с отклонениями в развитии [Текст] / Н.Г. Корельская. - М: Советский спорт, 2013.-232с.
- 6 Левченко И.Ю., Ткаченко В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Методическое пособие [Текст] / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. - М.: Издательство «Просвещение», 2012.- 148 с.
- 7 Монтессори М. Впитывающий разум. - СПб.: Благотворительный фонд «ВОЛОНТЕРЫ», 2009. - 320 с.
- 8 Монтессори М. Дети - другие. - М.: Карапуз, 2004. - 336 с.

**УДК 159.922.76**

## **МЕТОДЫ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПАРАДИГМЕ ПРИКЛАДНОГО АНАЛИЗА ПОВЕДЕНИЯ**

Лихонина И.А., Плеханова А.Ю.

МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 43», Россия, г.Белгород

## **METHODS OF WORK WITH CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER IN THE PARADIGM OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS**

Likhonina I., Plekhanova A.

Secondary school №43, Russia, Belgorod

**Аннотация.** В представленной статье рассмотрены методы работы с детьми с расстройством аутистического спектра в парадигме прикладного анализа поведения.

**Abstract.** The article deals with the methods of work with children with autism spectrum disorder in the paradigm of applied behavior analysis.

**Ключевые слова:** Прикладной анализ поведения (АВА), коррекция нежелательного поведения, расстройство аутистического спектра.

**Keywords:** Applied behavior analysis (ABA), correction of undesirable behavior, autism spectrum disorder.

Для того чтобы разработать и применить методики, которые дадут не только положительные результаты в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра (далее РАС), но и использование которых приведет к получению максимально высоких результатов, важно учесть все особенности, которыми обладают данные дети. И только в этом случае можно избрать наиболее оптимальные и эффективные средства работы с детьми РАС, которые в конце концов приведут к успеху.

Итак, существует несколько ключевых особенностей, присущих в той или иной степени всем детям РАС и на наш взгляд необходимым и целесообразным является их рассмотрение.

В качестве ведущего метода в работе с детьми с РАС мы используем прикладной анализ поведения, т.к. именно этот метод АВА предполагает строго индивидуальный подход к обучению каждого ребенка, что помогает составить эффективную индивидуальную образовательную программу, которая реализуется на базе ресурсного класса.

Педагог ресурсного класса собирает данные о навыках и особенностях поведения каждого ребенка, используя такие методы, разработанные в рамках АВА, как: а) анализ и тестирование индивидуальных предпочтений, б) тестирование навыков (такими тестами, как ABLLS-R), в) прямое наблюдение за ребенком, г) сбор данных о поведенческих проблемах, их частоте, продолжительности и сопутствующих факторах [1].

Например, тестирование индивидуальных предпочтений может показать, что ребенок любит игры на планшете, чипсы, печенье, щекотку, активные игры, прыгать на батуте, но больше всего - планшет. Все эти предметы и занятия могут стать его поощрениями в зависимости от их рейтинга в тестировании. Стандартизированное тестирование показывает сильные и слабые стороны ученика, например, низкие навыки восприятия речи, но хорошо развитые навыки визуального восприятия, развитые способности к имитации, но низкие навыки просьб. Наблюдение за ребенком показало, что он может кусать себя во время занятий и громко кричать, а функциональный анализ поведения показал, что цель этого поведения в избегании требований и получении желаемого. Из собранных данных видно, что у данного поведения одна топография для двух разных функций поведения.

На основе собранных данных вырабатывается индивидуальная программа для обучения ребенка. При этом учитываются не только особенности ребенка, но и особенности среды, в которой будет проходить обучение (в случае ресурсного класса - учебная программа и требования к поведению в данной школе). Проводится постоянный мониторинг прогресса ребенка во время обучения, в программу регулярно вносятся дополнения и изменения и прописываются новые цели [2].

Например, если существующая программа ребенка для уменьшения укусов и криков во время занятий не работает, то программа отменяется и вводится новая, в которой его задания упрощаются, больше разбавляются простыми заданиями, а ребенка учат просить перерыв, вместо того чтобы кусать себя. Если ученик добился мастерства по программам визуального восприятия, то ему вводятся новые, более сложные программы, например - по глобальному чтению, а если текущая программа по обучению восприятия речи на слух не сработала, то она меняется на новые подходы, например, ребенка начинают учить выполнять другие значимые действия по устной инструкции.

В рамках прикладного анализа поведения постоянно появляются и тестируются новые методики, а многие устаревшие техники обучения перестают использоваться. Ни один другой подход к помощи детям с аутизмом не располагает таким количеством доказательств в свою пользу и таким внушительным числом исследований. Именно скрупулезное отношение специалистов по поведенческому анализу к сбору данных и тестированию методик отражается и в попытках сравнительного анализа эффективности различных подходов к терапии при аутизме [3].

В работе с детьми с РАС необходимо проводить анализ ситуаций, в которых происходит то или иное поведение, и изменений в окружающей обстановке или условиях, что приводит к уменьшению нежелательного поведения. Например, если ребенок регулярно отказывается от сотрудничества на занятиях и демонстрирует нежелательное поведение в ответ на сложные задания, то можно адаптировать их таким образом, чтобы ребенок стал успешным при их выполнении. Если ребенок пытается выбежать из класса в ответ на любой громкий звук, то можно научить его носить в классе противошумные наушники, чтобы предотвратить это поведение.

В своей работе мы используем, основанный на прикладном анализе поведения метод коррекции нежелательного поведения, включающий предоставление позитивных/желательных последствий за определенное поведение или за отсутствие нежелательного поведения. Например, если ученику нравится рвать бумагу и из-за этого он



портит материалы и документы в классе, то его можно научить просить на перемене бумажные салфетки, которые ему разрешается рвать (альтернативное поведение), и поощрять его за это. Также можно поощрять ученика за то, что он пишет на листах бумаги или делает с ними другие действия (несовместимое с разрыванием бумаги поведение). К примеру, педагог будет хвалить его каждый раз, когда он проявляет несовместимое поведение.

Другой подход, который мы применяем - поощрять его за то, что он занимается на уроке и ничего не рвет (другое поведение). Например, каждый раз, когда он ничего не рвал на уроке в течение 5 минут, он получает жетон. Собрав 10 жетонов, он сможет посмотреть любимый мультфильм на компьютере учителя. Поощрение - это внешняя награда за свои действия.

Так же мы используем обучение по методу отдельных блоков. Он является основным подходом к индивидуальным занятиям в ресурсном классе для детей с РАС. Он объединяет несколько техник, разработанных в рамках АВА, и требует тщательно составленного плана урока, в котором каждый навык делится на несколько этапов, приближающихся к нужному уровню навыка, а также прописывается, как будет проходить коррекция ошибок, предоставляться подсказки и поощрение [1].

Например, ученика нужно научить резать ножницами по контуру. Эту задачу делят на несколько этапов. На первом этапе ребенку необходима полная физическая подсказка. Ученик будет по нескольку раз в течение учебного дня вырезать горизонтальную или вертикальную простую линию вместе с педагогом. Каждая такая попытка является блоком, который состоит из определенного дискриминативного стимула (определенной инструкции и действия педагога), реакции ученика (неделимого элемента поведения) и немедленного последствия (когда ребенку удастся справиться с заданием, он получает поощрение, например, лакомство или жетон). После трех последовательных правильно выполненных инструкций уровень подсказки уменьшается от полной физической до полного отсутствия подсказки. Если ребенок ошибется, будет проведена коррекция ошибки. Когда ученик станет успешно справляться с заданием, он перейдет на следующий, более сложный этап. И так до тех пор, пока он не научится самостоятельно вырезать линию [2].

Существует множество методов и техник работы с нежелательным поведением. Мы стараемся использовать все, исходя от индивидуальных особенностей ученика.

#### Техника гашения (ослабления)

Мешающее поведение не поощряется, то есть не приводит к желаемому для ребенка результату. Например, если установлено, что ученик кричит, чтобы привлечь внимание взрослых, то всех взрослых могут проинструктировать, что они должны игнорировать ребенка, если он начал кричать, - они не должны менять выражение лица, смотреть на ребенка, говорить с ним и так далее.

Например, ученик часто слюнявит пальцы и поверхности. Это поведение очень мешало ему сосредоточенно работать на уроках. Ребенку надеваем на руки тряпочные перчатки, чтобы загасить сенсорную стимуляцию. В результате он внимательно слушает инструкцию и не отвлекается на руки.

#### Тренинг функциональной коммуникации

Замещение проблемного поведения, имеющего коммуникативную функцию, более приемлемой формой коммуникации. Например, если ученик быстро устает на занятии и начинает вокализовать, чтобы уйти с урока, он дает тьютору специальную карточку, чтобы попросить о небольшом перерыве вместо того, чтобы кричать.

#### Видеомоделирование

Демонстрация желательного целевого поведения, которая приводит к имитации этого поведения учеником и закреплению имитируемого поведения. Например, для ребенка, у которого возникают проблемы с поведением в магазине, можно снять видео со сверстником или сыграть мини-спектакль о различных этапах поведения в магазине, чтобы ученик лучше понимал, чего от него ждут в этой ситуации. Если он уже начинает вести себя нужным

образом, то можно снять на видео его самого в моменты правильного поведения, чтобы таким образом закрепить навык [3].

Для невербальных учеников мы используем альтернативную систему коммуникации PECS - общение с помощью карточек. Система обучения PECS состоит из нескольких фаз, каждая из которых имеет свою цель: а) вступление в коммуникацию - взрослый учит ребенка общаться с помощью карточек, б) настойчивость и преодоление расстояния для коммуникации - повышение самостоятельности ученика: он должен научиться показывать карточку сам, без помощи взрослого, в) выбор нужного изображения - ребенок учится выбирать изображение сам из множества других, г) структура предложения - ученик помещает изображение предмета на полоску для предложения, где написано «Я хочу», д) просьба в ответ на вопрос - с помощью этой полоски ребенок учится отвечать на вопрос «Что ты хочешь?», е) комментирование - ребенок учится отвечать на другие вопросы [1].

Несмотря на все положительные результаты АВА-терапии и прикладного анализа поведения ни один государственный вуз в России не готовит таких специалистов. С этой проблемой мы столкнулись в общеобразовательной школе. Очень сложно было объяснить педагогам специфику нашей работы. Мы часто видели недоуменные взгляды. Множество примеров из практики разных стран и городов убеждают нас в том, что при должных усилиях всех участников проект будет успешным.

#### **Список литературы:**

- 1 Барк К., Прикладной анализ поведения, - М.: Оперант, 2016. - 320 с.
- 2 Шаповалова О. Введение в прикладной анализ поведения. - М.: Триумф, 2015. - 144 с.
- 3 Шрамм Р. Детский аутизм и АВА, - М.: Оперант, 2015. - 153 с.

**УДК - 740**

### **ВЛИЯНИЕ СЕПАРАЦИОННОГО ПРОЦЕССА НА РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Мелихова В.И.

ГБОУ «Краевой центр психолого-педагогической коррекции и реабилитации»,  
Россия, Ставрополь

### **INFLUENCE OF THE SEPARATION PROCESS ON SPEECH DEVELOPMENT OF A CHILD AT AN EARLY AGE**

Melikhova V.

Regional Center for Psychological and Pedagogical Correction and Rehabilitation,  
Russia, Stavropol

**Аннотация.** Статья посвящена теме сепарации - процесса психологического отделения ребенка от матери и его влияния на речевое развитие. Предметом исследования является сепарационный процесс как один из самых важных этапов развития ребенка, а также влияние характера его течения на развитие речи. Исследование проводилось с помощью теоретического анализа литературы, посвященной данной тематике. Выявлено, что нарушения сепарационного процесса - как слишком ранняя сепарация, так и ее отсутствие, могут вызвать задержку речевого развития ребенка.

**Abstract.** The article is devoted to the problem of separation - the process of psychological separation of a child from his mother and its influence on speech development. The subject of the study is the separation process as one of the most important stages in the development of a child, as well as the influence of the nature of his course on the development of speech. The study was based on a theoretical analysis of the literature on this topic. It was revealed that violations of the

separation process - both separation at a too early age and its absence, can delay the speech development of a child.

**Ключевые слова:** сепарация, сепарационный процесс, символизация, слияние, речевое развитие ребенка, репрезентация.

**Keywords:** separation, separation process, symbolization, merger, speech development of a child, representation.

**Актуальность исследования.** В настоящее время в психологической литературе, средствах массовой информации тема речевого развития ребенка приобретает все большую актуальность. Г.Ю. Троицкая отмечает, что задержка речевого развития наблюдается чуть ли не у каждого четвертого ребенка [2].

Формирование речи детей раннего возраста является предметом исследований ученых в разных областях специальной педагогики: О.Г. Приходько - при двигательных нарушениях; О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг - при нарушениях эмоциональной сферы; Е.А. Стребелевой - при органических поражениях центральной нервной системы. Ученые (И.С. Кон, Е.О. Смирнова, Т.М. Сорокина), исследовавшие проблемы материнства, основной акцент делают на роли эмоциональной сферы матери в становлении психических функций ребенка. С нашей точки зрения одним из важных факторов, оказывающих значительное влияние на речевое развитие ребенка, является процесс своевременной сепарации - психологического отделения ребенка от матери, выхода из симбиотического слияния с ней.

**Цель данной статьи** - установить и теоретически обосновать взаимосвязь между сепарационным процессом и речевым развитием ребенка раннего возраста.

**В работе были использованы теоретические методы исследования** - анализ научной литературы, синтез, обобщение изученного материала, построение гипотез. Теоретический анализ показал, что ребенок рождается полностью зависимым от матери. Без ее присутствия, заботы, любви и тепла он не сможет нормально развиваться. Д.В. Винникотт говорил, что не существует понятия «младенец» отдельно от матери. Его следует рассматривать только в диаде «мать-младенец». Ребенок существует в полном симбиозе со своей матерью. Он еще не может сказать о своих потребностях, не может понять, что он хочет. Все, что он чувствует, это дискомфорт и страх. С помощью проективной идентификации (М. Кляйн), ребенок заставляет маму почувствовать то, от чего он хочет избавиться. Так, голодный ребенок начинает плакать. Мать распознает его потребность, удовлетворяет ее, ребенок чувствует, что избавился от чего-то непереносимого. Мать «перерабатывает» чувство голода ребенка, удовлетворяет его потребность, называет ее своим именем и, таким образом «возвращает» ребенку в переработанном виде. Переживание, ставшее хорошим, ребенок принимает обратно. Такую функцию матери У. Бийон называл «контейнированием». Фазу такого взаимодействия между матерью и ребенком М.Малер называет симбиотической и длится она до 5-6 месяцев. Очень важно, чтобы эта стадия прошла благополучно, ребенок смог получить положительный опыт удовлетворения своих потребностей, который служит базой для дальнейшего развития, для перехода к фазе сепарации-индивидуации - отделения ребенка от матери и формирования собственной идентичности. Этот процесс М.Малер называет психическим рождением ребенка, «вылуплением» самостоятельного человека из пары «мама-ребенок».

П.Фонда в статье «Заметки о ранних стадиях развития личности» пишет о том, что ребенок на самых ранних стадиях развития живет с ощущением, что все, что происходит внутри матери, происходит внутри него самого. Он знает, что любое его желание исполняется мгновенно. У него еще нет размышлений, есть только удовольствие от слияния. На каком-то этапе матери нужно начать разочаровывать ребенка выносимыми для него фрустрациями, делать некоторые паузы, в течение которых он уже способен, опираясь на предыдущий опыт, ждать удовлетворения своего желания. В какой-то момент матери нужно и ошибиться в понимании того, чего в данный момент хочет ребенок [9].

Так создается потенциальное пространство - (П. Фонда), область между матерью и ребенком, в котором оформляется символический образ матери. На некоторое время этот образ способен заменить реальную мать. Благодаря этому, как отмечает П. Фонда, ребенок способен удерживать внутри себя образ матери, способен перенести разлуку и отсрочку удовлетворения потребности. Пока ребенок ждет возвращения матери, он может теребить краешек одеяла, кусочек шерсти, использовать эти предметы для снятия тревоги, возникающей в отсутствие матери. Их Д.В. Винникотт называет переходными объектами.

Со временем ребенок заполняет это пространство более сложными символами, одним из которых является слово. Это своеобразный мост между ребенком и матерью, новый способ сообщения матери о своих потребностях. Образовавшееся потенциальное пространство отдаляет ребенка от матери, ослабляет «телепатическую» связь между ними, но делает возможным общение на более высоком, символическом уровне. «Все аналитики со времен З. Фрейда согласны с тем, что субъект замечает, что объект существует в момент его отсутствия. Это открытие является фрустрирующим, поскольку субъект осознает, что он сам не является этим объектом и что (желаемое) присутствие объекта не зависит от его воли» [5, с.163-164]. Однако эти болезненные переживания и являются структурирующими, переживание отсутствия объекта и радость от его присутствия составляют основу психического развития ребенка. Переживание отсутствия значимых объектов является важным в образовании символов и вербальной коммуникации: слова заменяют место отсутствующего объекта, как указывает А. Жибо [9, с. 164].

О.Макаренко в докладе «Развитие теории символизации во французской школе психоанализа», опираясь на исследования французских авторов, описывает процесс первичной символизации, когда движения младенца, внутренние состояния получают свое отображение в «зеркале», в материнском эхо, предложенным ею в ответ. Процессы первичной символизации должны быть разделены с кем-то для того, чтобы они смогли быть записаны, интегрированы ... полезными и способными к использованию... Когда они с кем-то разделены, они призваны создавать невербальную форму коммуникации между субъектом и его окружением» [1]. Таким образом, когда действия, предметы, желания, сценарии «отражены» матерью, в психике ребенка они остаются в виде психических репрезентаций - более или менее согласующихся между собой воспроизведений в психике восприятия наделенных значением предметов или объектов.

При вторичной символизации данные репрезентации облекаются в слова. Такая символизация возникает вследствие отсутствия материнского объекта, когда ребенок (субъект) имеет возможность думать, представлять, фантазировать об объекте. Так на практике известный случай, когда после долгого и тесного слияния с матерью, ребенок идет в детский сад и начинает говорить слово «мама». Ребенок обнаружил мать как реальный объект именно в ее отсутствие и дал ей название, перевел образ матери в символическую форму. Однако символизация возможна на базе истории доверительных отношений матери и ребенка. Когда у него есть опыт взаимодействия с хорошим объектом. Когда ребенок благополучно прошел симбиотическую стадию и переходит на стадию сепарации-индивидуации. Когда отделение от матери происходит постепенно. Преждевременная сепарация может обрубить каналы слияния, пока они еще нужны, активно функционируют и необходимы для благоприятного развития ребенка. Переживая слишком долгие и внезапные разлуки, ребенок может почувствовать дыру, пустоту в том союзе, который был способен удовлетворить любую потребность ребенка. Объект становится невыносимо отдаленным, ребенок оказывается лишенным контейнера, который помогал ему перерабатывать переживания и думать мысли. С этого мгновения все становится для ребенка чрезмерной фрустрацией, травмой. Ребенок может защищаться от этих непереносимых переживаний, нападая на способность мышления как таковую. [7]. Ребенок теряет способность переносить тревогу, справляться с чувствами, аффектами, символизация не происходит, речь не развивается.

Часто родители говорят о регрессе - возвращении ребенка к более раннему состоянию, когда ребенок уже начинал говорить первые слова, но вдруг резко замолчал. Чаще всего этому предшествует травматичное событие, которое оказалось слишком болезненным для ребенка - уход из семьи отца, смерть одного из родителей, долгое отсутствие матери. Ребенок теряет объект. А вместе с ним и все функции, которые развивались в союзе с этим объектом. Потеряв отца, например, ребенок наоборот, может слишком сильно «прилипнуть» к матери, из страха потерять ее. Он будет стремиться слиться, снова стать одним целым. А значит схлопнется его потенциальное пространство, которое возникает только при сепарации ребенка от матери. А значит, не будет поля и для развития символизации, а, следовательно, и речи.

Ф. Дальто пишет: «Ребенка всегда подвергают риску, когда его резко и преждевременно, без подготовки отрывают от матери... В результате развивается патология, в силу которой субъект, не успевший приобрести черты индивидуальности, регрессирует до уровня внутриутробной жизни... и входит в двигательную, языковую, вербальную жизнь не так, как дети, оставшиеся при матери, - словно он еще не знает, кто он такой...» [4, с.380-381, 383].

Как видим, для благополучного речевого развития ребенка, ему нужно прожить симбиотическую стадию, слияние с матерью, получить опыт мгновенного удовлетворения своих потребностей и желаний. В определенное время (5-6 месяцев), для благоприятного дальнейшего развития ребенка, в том числе и речевого, ему необходимо, чтобы мама немного отдалась, чтобы она то пропадала, то появлялась, чтобы между возникновением потребности у ребенка и ее удовлетворением матерью проходило некоторое время, в течение которого ребенок способен вынести отсутствие матери и напряжение от возникшей потребности. Тогда ребенок начинает видеть мать, действия, потребности, желания. Мать не раз их называла. Ребенок теперь знает, что он чувствует. Объекты, желания, действия сперва становятся репрезентациями во внутреннем мире ребенка, а затем облекаются в слова.

Однако, если по каким-то причинам, когда пришло время сепарации, мать продолжает беспрекословно удовлетворять все желания ребенка, когда она по-прежнему рассматривает себя только в паре с ним и не может отпустить его даже на самую малость, речевое развитие ребенка также не происходит. П.Фонда считает, что «когда мы не можем отделить то, что является нашим, от того, что принадлежит другому человеку, просто потому что первое является идентичным второму, и различить их невозможно, возникает ощущение общности, и «мое» замещается на «наше». [8]. Таким образом, мать и ребенок, которые находятся в слиянии являются одним целым. «Отношения слияния характеризуются тем, что субъект воспринимает объект, с которым происходит слияние, как часть самости», считает П.Фонда. Так, ребенок может воспринимать мать, как часть себя, свое продолжение. Поэтому функция речи, которой обладает мать, автоматически воспринимается ребенком как часть его собственной самости. При полном слиянии с матерью у ребенка не формируется потенциального пространства. Ему незачем символизировать объекты, чувства, желания. Незачем создавать их репрезентации и называть словами. Объекты присутствуют всегда, буквально. А, поскольку для того, чтобы понять, что объекты существуют, нужно пережить их отсутствие, то это равносильно тому, что они отсутствуют вовсе. Ребенок не развивает свой «аппарат для думанья мыслей», психику, мозг, символическое мышление, речь, пока находится в слиянии с матерью. Ему это не нужно, ведь все эти функции уже есть у матери.

**Выводы.** Таким образом, приходим к выводу, что плавная, постепенная и своевременная сепарация ребенка от матери, основанная на доверительных отношениях, на опыте, полученном ребенком на симбиотической стадии, помогает ему обнаружить свою отдельность, непохожесть на мать, обнаружить и пережить то, что его желания и желания матери не совпадают и не удовлетворяются мгновенно, расстаться с ощущением всемогущества, сформировать мать как отдельный объект в своем внутреннем мире, обнаружить и назвать ее во внешнем. Можно утверждать, что поняв и приняв свою отдельность и индивидуальность, ребенок начинает говорить.

Процесс сепарации оказывает существенное влияние на речевое развитие ребенка, что видно из проведенного теоретического анализа, поэтому важно, чтобы он протекал как можно гармоничнее, комфортнее как для ребенка, так и для его матери. Такие условия и создаются в Службе ранней помощи при взаимодействии специалистов междисциплинарной команды.

#### **Список литературы:**

- 1 Макаренко О. Доклад по дипломной работе «Развитие теории символизации в французской школе психоанализа». - URL: <https://psychic.ru/articles/somatic/article14.htm>).
- 2 Троицкая Г.Ю. К вопросу о родительском просвещении как необходимом условии коррекционной работы учителя-логопеда: Текст научной статьи по специальности «Народное образование. Педагогика». - 2015 г.
- 3 Винникотт Д.В. Переходные объекты и переходные явления: исследование первого «не-я» - предмета [Текст] / Пер. с англ. // Антология современного психоанализа. Т.1 / под ред. А.В. Россохина. - М.: ИПРАН, 2000.
- 4 Дальто Ф. На стороне ребенка. - Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2017.
- 5 Кинодо Ж.-М. Приручение одиночества. Сепарационная тревога в психоанализе - М.: Когито-Центр, 2008.
- 6 Малер М., Пайн, Ф., Бергман. А. Психологическое рождение человеческого младенца. Симбиоз и индивидуация. / Пер. с англ. - М.: Когито-Центр, 2011.
- 7 Фонда П. Синдром цепляния / перевод Можина А., научная редакция Пушкарева Т. - URL: <http://www.srpa.ru/biblioteka/biblioteka-on-line/261-paolo-fonda-qsindrom-czepliyaniyaq.html>.
- 8 Фонда П. Слияние и объектные отношения: Материалы трехлетней обучающей программы Ставропольской краевой психоаналитической ассоциации по психоаналитической психотерапии «Базовый курс».
- 9 Фонда П. Заметки о ранних стадиях развития личности: Материалы трехлетней обучающей программы Ставропольской краевой психоаналитической ассоциации по психоаналитической психотерапии «Базовый курс» / перевод Е.Кисловой, научная редакция Т. Пушкаревой.

**УДК 316.65+159.922.76**

### **К ВОПРОСАМ О РАЗВИТИИ СЛУЖБ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ИРКУТСКЕ И ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ: СОЗДАНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, АКТУАЛЬНОСТЬ**

Мельник С.Н.

АНО «Иркутский центр абилитации», Россия, г. Иркутск

### **FOR QUESTIONS ABOUT THE DEVELOPMENT OF EARLY HELP SERVICES IN IRKUTSK AND THE IRKUTSK REGION: ESTABLISHMENT, CHALLENGES, RELEVANCE**

Melnik S.

NGO "Irkutsk rehabilitation center», Russia, Irkutsk

**Аннотация.** Рассмотрены вопросы создания и развития служб ранней помощи в Иркутске и Иркутской области, а также выявлены возникающие при этом проблемы.

**Abstract.** The questions of creation and development of early aid services in Irkutsk and Irkutsk region are considered, and also the problems arising at it are revealed.

**Ключевые слова:** ранняя помощь; дети целевой группы; межведомственное взаимодействие.

**Keywords:** early care; children of the target group; interdepartmental interaction.

В 2018 году на базе АНО «Иркутский центр абилитации» при поддержке фонда «Наследие Иркутских меценатов» (проекта «Особые дети рядом», поддержанного фондом президентских грантов») создавалась служба ранней помощи, которая послужила базой для развития служб РП в Иркутске и Иркутской области.

Благотворительный фонд «Наследие Иркутских меценатов» и АНО «Иркутский центр абилитации» проводили исследование актуальности и востребованности Службы ранней помощи для особых детей в Иркутске и Иркутской области.

В первом этапе приняло участие 200 человек, во втором этапе также 200 человек. География участников была шире, чем Иркутская область, так как вопрос ранней помощи актуален и для других регионов: Республика Бурятия, Читинская область, Республика Саха, Красноярский край.

Мониторинг проводился в два этапа: 1) на старте проекта по созданию Службы ранней помощи и 2) на завершении проекта по созданию Службы ранней помощи поддержанного Фондом президентских грантов.

90% респондентов - это женщины (мамы особых детей), и только 10% - папы.

Количество детей в семье чаще всего не большое. В половине семей - это один ребенок 50%, в 43% семей это двое детей, в 7% семей - это трое детей.

В исследовании приняли участие родители детей с различными диагнозами: УО - 15%, РАС - 29%, внутренняя окклюзионная гидроцефалия - 5%, ДЦП - 14%, ЗПР - 17%, СДВГ - 8%, РАС - 6%, Синдром Дауна - 12%.

Только у 35% особых детей был установлен диагноз до 3 лет, у остальных 65% он был установлен с 3 до 8 лет. Чем позже ставится точный диагноз - тем сложнее работать с ребенком по формированию базовых условий развития. Поэтому вопрос ранней диагностики становится более актуальным и насущным.

Сейчас детям, чьи родители участвовали в исследовании от 6 до 8 лет - 60%, от 8 до 11 лет - 10%, от 3 до 5 лет - 20%, от 1 до 2 лет - 10%.

Половина родителей (50%) обращаются в больницу по месту жительства для получения консультационной помощи, но чаще всего именно там ее мало кто может оказать. Тоже можно сказать и о тех, кто обращается в областную больницу (6%), которая также не имеет узкого профиля работы с особыми детьми и не может изначально качественно и компетентно помочь ребенку и его родителям.

Еще четверть родителей (25%) обращаются в специализированные организации (Центры, НКО, Фонды) способные проконсультировать в силу того, что имеют профиль работы с той или иной группой детей и могут более профессионально и компетентно помочь родителям в общении и развитии особого ребенка. Настораживает тот факт, что 13% родителей пользуются только Интернет ресурсами, которые изобилуют совершенно различной, зачастую противоположной информацией, которая может быть совсем не применима в работе с ребенком с определенным диагнозом или в каждом конкретном случае отдельно. Без работы со специалистом точно подобрать способы взаимодействия самостоятельно родителям очень трудно.

Респонденты называли достаточно большое количество организаций, занимающихся с особыми детьми: ОГБУСО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», Благотворительный фонд «Наследие иркутских меценатов», ИРООРД РАС «Аутизм-Иркутск», АНО ЦЗРВДОВ «Шаги детства», ИРООРДИ «Солнечный круг», Интернет-проект «Особое детство Иркутска», ИОООИ «Семейная усадьба», Семейный клуб «Жар-птица», Росток, Исток, МБОУ ДОУ №18, СКОШ №20, ГАУ ИО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» г. Иркутска, Оздоровительный центр для детей и их родителей - бассейн «Аквапузики», АНО «Иркутский центр абилитации», ИОООИД «Надежда», Адаптационно-Педагогический Центр «Прибайкальский Талисман».

Все респонденты обращались в одну из выше перечисленных организаций по работе с особыми детьми. Кто-то в одну организацию (34%), кто-то прошел половину (48%), а третьи - во все (18%).

Большая часть респондентов сама нашла данные организации 43%, в 27% случаев подсказали знакомые и друзья, специалисты из специализированных медицинских учреждений - 18%, другое - 12%.

Существенная часть респондентов (38%) указали, что никто не помог, 28% указал на то, что Мельник Серафима Николаевна, директор АНО «Иркутский центр абилитации» помогла и ребенку, и родителям выйти на новый уровень, Фонд «Наследие Иркутских меценатов» (14%), АНО ИЦА (10%), АНО ЦЗРВДОВ «Шаги детства» (5%), ГАУ ИО

Оценивая характер помощи, респонденты также были неоднозначны. На психологическую поддержку указали 35%, информационную - 28%, на техническую поддержку - 20%, организационную - 10%, иная - 7%.

Родители, как и сами особые дети, нуждаются в помощи и поддержке со стороны более компетентных и профессиональных специалистов, которые могут направить взрослых в том направлении, которое будет максимально приемлемо и комфортно особому ребенку и позволит родителям выйти на новый уровень понимания и восприятия себя в данном взаимодействии.

Мы попросили оценить респондентов ситуацию с ранней помощью в Иркутске и Иркутской области (от 5 до 0, где 5- максимально хорошо, 0 - минимально). Половина из них указала на низкий уровень развития ранней помощи (1-2 балла) – 50%, на 3 балла оценило 30% респондентов и на 4 балла - 20%.

Более того, отвечая на открытый вопрос о характеристиках ранней помощи в Иркутске и области, мы получили следующие данные. Одна группа респондентов указывает на положительную динамику в данной сфере: «В период с 2008-2011 мы вообще не знали о ранней помощи, сейчас что-то стало меняться», «Ранняя помощь только начинает развиваться в Иркутской области», «Служба ранней помощи начинает развиваться, однако требуется работа по межведомственному взаимодействию специалистов, а также активное привлечение внимания СМИ» и проч.

Вторая утверждает, что данная работа не ведется: «не удовлетворительна», «очень печальна», «не организована», «оставляет желать лучшего», «никакого раннего вмешательства нет» и т.д.

Третья сетует на неподготовленность кадров: «Медицинские работники не ориентированы на реабилитацию и социализацию особого ребенка, помощь сводится к медикаментозному «лечению» устаревшими «тяжелыми» препаратами» и т.д.

Наши респонденты назвали разнообразные программы или Службы ранней помощи по работе с особыми детьми: АВА-терапия, иппотерапия, Каролина, сенсорная интеграция, СИПР, Служба ранней помощи при АНО «Иркутский центр абилитации», ОГБУСО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», Служба ранней помощи при ГАУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи».

Информация о работе Службы ранней помощи при АНО «Иркутский центр абилитации» к нашим респондентам приходила из разных источников: из СМИ - 30%, от родственников - 24%, знакомых и друзей - 20%, из Интернета - 16%, коллеги по работе - 10%.

Таким образом, те, для кого актуальна информация по работе с особыми детьми в целом осведомлены о различных организациях, работающих в городе в данной сфере. Но Служб, работающих с ранней диагностикой и помощью - практически нет. Качество оказываемых услуг не охватывает все группы и сферы потребностей, возникающих у особых детей и их родителей. Поэтому, деятельность АНО «Иркутский центр абилитации» при поддержке Фонда «Наследие иркутских меценатов» в данной области является инновационным и прогрессивным, что помогает на ранних стадиях диагностировать и



работать с особыми детьми, что смягчает сам процесс социализации и развития и помогает родителям более уверенно помогать своим детям в процессе социального взаимодействия.

Те, кто заполнял повторно анкету, указали на то, что участие в данной программе очень помогло и ребенку, и семье (80% отметили что хорошо помогли, 20% указали что проконсультировали), отрицательные оценки никто не указал.

Родители замечают существенные изменения в поведении ребенка (31%), определённые изменения имеются (64%), не заметили особых изменений 5%.

Мы также попросили оценить, что было наиболее ценным в работе Службы ранней помощи и получили комплексную оценку эффективности работы Службы.

Работу специалистов с ребенком, консультации родителей, образовательное сопровождение, оценка уровня развития ребенка, заняли во всех анкетах максимальную оценку - 5 баллов (по 100%).

Доступность и инструктивность самостоятельной работы на дом - 5 баллов 65%, 4 балла - 25%, 3 балла - 10%

Удовлетворенность результатом - 80% - на 5 баллов, 10% на 4 балла, 10% на 3 балла.

Сопроводительная информационно-просветительская информация также достаточно высоко оценивается - 72% на 5 баллов и 18% на 4 балла и 10% на 3 балла.

Медицинское сопровождение в 55% оценили на 5 баллов и в 35% на 4 балла, также 10% оценили на 3 балла.

Подача правовой информации была оценена на 5 баллов в 30%, в 45% на 4 балла, 25% на 3 балла.

В целом можно заключить, что родители достаточно высоко оценивают работу Службы ранней помощи. Хотя отдельные вопросы заслуживают более глубокого рассмотрения в будущем (правовая консультация или медицинское сопровождение).

Характеризуя работу Службы ранней помощи, респонденты говорили о «высоком профессионализме специалистов» - 75%, «выражали благодарность Службе и отдельно специалистам» - 45%.

«я очень благодарна судьбе, что мы попали в Службу ранней помощи АНО «Иркутский центр реабилитации», где работают настоящие профессионалы своего дела», «слаженная работа высококвалифицированного коллектива. Я очень довольна», «Заинтересованность своей работой, помощь детям», «остались очень положительные эмоции от общения со специалистами службы» и т.д.

Среди пожеланий Службе ранней помощи можно назвать следующие:

Патетичные: «быть такими же внимательными», «благодарим за сотрудничество», «дальнейшего благополучия», «продолжать работать», «так держать!», «процветания и новых меценатов и инвесторов», «всего самого наилучшего работникам службы» и проч.

Прагматические: «решить проблемы с доставкой», «передать информацию в поликлиники, чтобы неврологи знали, куда отправлять детей за помощью», «работать с РАС», «оборудование РП» и т.д.

Недавние опросы специалистов служб РП активно работающих в Иркутске и области показали ряд трудностей: прежде всего это организационные на местах (особенно в госцентрах) где службы РП не могут полноценно работать в связи с непониманием администрации особенностей работы данной службы, непонимание как встроить работу служб в повседневную работу и структуру организаций, отсутствие необходимой материальной базы (особенно отдельного помещения), а так же команды подготовленных специалистов. Даже после большого качественного обучения в ИРАВ у практикующих специалистов возникает много вопросов, особенно связанных с детьми со сложной структурой нарушения. Одним из шагов к решению данной проблемы стало создание на базе АНО «ИЦА» консолидирующего органа по объединению специалистов РП в Иркутской области. Актуальным остается вопрос заинтересованности родителей в услугах РП, низкая информированность родителей о нормах развития и маркерах неблагополучия. Большой проблемой остается работа с врачами, особенно врачами-педиатрами в поликлиниках, которые

мало информированы об услугах ранней помощи и как следствие не направляющие всех нуждающихся за помощью

Но несмотря на это за последний год мы существенно продвинулись в развитии услуг РП в Иркутской области.

Таким образом, проведенный мониторинг позволяет с уверенностью говорить о том, что Служба ранней помощи особым детям актуальна и востребована в Иркутске и Иркутской области. Возникновение Службы ранней помощи при поддержке Фонда Президентских грантов для некоммерческих организаций позволило по-новому подойти к вопросам развития и успешной социализации особых детей.

**УДК 159.9**

## **ПРОБЛЕМЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Новоселова Ю.В., Кривошеина Н.П., Наумова М.Е.

ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности»,

Россия, г. Кемерово

## **PROBLEMS OF EATING BEHAVIOR IN YOUNG CHILDREN**

Novoselova J., Krivosheina N., Naumova M.

«Kuzbass regional center for psychological, pedagogical, medical and social care "Health and personal development», Russia, Kemerovo

**Аннотация:** В статье рассматривается проблема пищевого поведения детей раннего возраста и причины их возникновения. Описана взаимосвязь в диаде «мать-дитя» и влияние этих отношений на формирование пищевого поведения ребенка в раннем детстве. Рассмотрен опыт психолого-педагогического сопровождения семей с детьми, имеющими нарушения пищевого поведения в региональном ресурсном центре ранней помощи Кемеровской области.

**Abstract:** The article deals with the problem of eating behavior of young children and their causes. The relationship in the dyad "mother-child" and the influence of these relationships on the formation of child eating behavior in early childhood is described. The experience of psychological and pedagogical support of families with children with eating disorders in the regional resource center of early care of the Kemerovo region is considered.

**Ключевые слова:** пищевое поведение, дети раннего возраста, дети с особенностями в развитии, сопровождение

**Keywords:** eating behavior, young children, children with developmental disabilities, support

Особенности младенческого и раннего возраста обуславливают значимость формирования позитивного отношения к пище, поскольку в этот возрастной период происходит стремительное развитие, как физических параметров ребенка, так и его психики [6].

В основе пищевого поведения у детей раннего возраста лежит предпочтение материнского запаха, что филогенетически обусловлено и проявляется у всех млекопитающих. Известно, что фундамент конструктивного пищевого поведения у человека закладывается еще на внутриутробном уровне. Избирательность в еде, вкусовые предпочтения, моно-питание беременной женщины оказывает существенное влияние на формирование здорового пищевого поведения у ребенка с раннего возраста [1].

В настоящее время отмечается увеличение случаев нарушения пищевого поведения у детей младенческого и раннего возраста, при этом расстройства приема пищи могут быть обусловлены как органической патологией, так и психологическими причинами [4].

Проблемы с питанием являются достаточно распространенными среди лиц с нарушениями развития. Примерно у одной трети детей с такими расстройствами (Gouge & Ekvall, 1975; Palmer, Thompson, & Linscheid, 1975) и 80% людей с серьезной или глубокой умственной отсталостью наблюдаются подобные проблемы (Perske, Clifton, McClean, & Stein, 1977). Sisson и Van Hasselt (1989) предположили, что проблемы пищевого поведения могут быть разделены на четыре категории: (а) недостаточные навыки самостоятельного приема пищи; (б) агрессивное поведение (например, истерики или кража еды) во время кормления, (в) недостаточное или чрезмерное потребление пищи, и (г) ограниченное потребление пищи, связанное с избирательностью в отношении ее типа или структуры, приводящее к неполноценности рациона питания [9].

В исследованиях Булаховой Л.А. показано, что дети, имеющие в анамнезе, органические поражения ЦНС чаще демонстрируют такие нарушения пищевого поведения как срыгивания, рвота, снижение аппетита. Они долго не могут овладеть навыками жевания и глотания твердой пищи. В крайних формах искажения пищевого поведения может проявляться в снижении либо полном отсутствие аппетита, увеличение аппетита до степени «обжорства», поедании несъедобных отходов или веществ, отказе от грудного кормления [2].

Отказ матери от кормления грудью или невозможность этого лишает младенца естественной хорошо усваиваемой пищи, снабжающей всем необходимым для физического развития и укрепления иммунитета [5].

По некоторым данным только 5% матерей осведомлены о том, что грудное вскармливание укрепляет психологический контакт в системе «мать-дитя». Много доказательств было приведено в пользу того, что недостаточная эмоциональная и сенсорная стимуляция ребенка раннего возраста, особенно при отделении от родителей, обязательно вызовет серьезные нарушения в его эмоциональном и, в конечном итоге, в общем психическом развитии. Не столько разлука с матерью, сколько неправильный уход, не обеспечивающий любовь, внимание и безопасность, наносят вред развитию ребенка [8].

Среди психологических причин расстройств со стороны пищевого поведения в литературе отмечаются следующие:

- нарушения в системе взаимоотношений «мать-дитя» в младенческом возрасте ребёнка;

- непривычные для малыша вкусовые качества пищи и её консистенция;

- неприемлемые для ребёнка в раннем детстве способы принятия пищи;

- психологические проблемы в семье ребёнка с раннего детства;

- резкие изменения стереотипа жизни и питания ребёнка;

- наличие депривационных ситуаций в раннем детстве (отрыв ребёнка от матери, перевод его в другое детское дошкольное учреждение).

Исследования Тишевского И.А., Мухамедрахимова Р.Ж (2011), Малкиной-Пых [7], И.Г (2007), Микиртумова Б.Е (2001) указывают, что неспособность матери дифференцировать плач ребенка, как одно из проявлений искажения детско-материнской привязанности, является ведущей в формировании негативных стереотипов пищевого поведения. Сниженная чувствительность к «пищевому» плачу ребенка, лежит в основе неадекватных реакций мамы на ситуацию кормления. Например, когда мама кормит ребенка невпопад, это подкрепляет деструктивный стереотип пищевого поведения - отказ от пищи. В свою очередь, отказ ребенка от пищи усугубляет эмоциональное состояние мамы, провоцирует тревожность, раздражительность, агрессию, что еще больше усугубляет материнскую депривацию. В крайних случаях это может приводить к инфантильной анорексии [10].

Как показывают многочисленные наблюдения, у детей с перинатальной энцефалопатией и неврологическими нарушениями, при неправильном отношении мамы к

формированию пищевого поведения ребенка происходит усугубление патологии, а также отмечаются явления пищевого негативизма [3].

Для преодоления проблем с питанием используются различные поведенческие вмешательства. В рамках большинства из них доступ к предпочитаемой пище обусловлен поеданием непродвигаемой пищи (Luiselli, Evans, & Boyce, 1985; Palmer et al., 1975; Riordan, Iwata, Finney, Wohl, & Stanley, 1984; Riordan, Iwata, Wohl, & Finney, 1980). Werle, Murphy и Budd (1993) сообщали о вмешательстве, которое заключалось в прямых подсказках, положительном усилении в форме обусловленных последующих игр или предпочитаемой пищи, а также в игнорировании несоответствующих реакций. Другие процедуры включали принудительное кормление (Ives, Harris, & Wolchik, 1978) и сверхкоррекцию (Duker, 1981) [11,12].

Специалистам, работающим с семьями с детьми с нарушением пищевого поведения, необходимо понимать, что в некоторых случаях отказ от пищи и другое проблемное поведение во время приема пищи может быть вызвано несоответствующими последствиями, реализуемыми родителями. Для других детей проблемное поведение может быть связано с предшествующими факторами, такими как пища сама по себе; проблемное поведение может служить инструментом для избегания или уклонения от потребления пищи.

В настоящее время в связи с развитием информационных и интернет технологий молодые родители оказываются в «ловушке» недостоверной, а порой и опасной информации, связанной с вопросами развития, воспитания и здоровья детей. Родители сталкиваются с крайне противоречивыми источниками по вопросам организации питания ребенка. Среди этих рекомендаций можно увидеть как кормление грудным молоком ребенка до 4-х и более лет, так и чрезмерное следование режимным моментам и кормление по часам, игнорируя реальные потребности малыша. Все это зачастую приводит к невротизации как мамы, так и ребенка. Недостаточная компетентность родителей в вопросах кормления малыша усугубляет ситуацию, что особенно важно для детей с особенностями в развитии или риском возникновения нарушений.

Доказано, что психолого-педагогическое сопровождение таких семей должно начинаться как можно раньше.

Для решения подобных задач, а также ряда других, связанных с воспитанием и детским развитием, в Кемеровской области с 2018 года функционирует Региональный ресурсный центр ранней помощи (РРЦ РП) для детей младенческого, раннего и дошкольного возраста, имеющих нарушения/отклонения в развитии, нарушения поведения и психического здоровья, вызванные медицинскими, биологическими и социальными факторами, а также риск возникновения отставания в одной из областей развития, в том числе для:

- детей с ограниченными возможностями здоровья;
- детей-инвалидов младенческого, раннего и дошкольного возраста;
- детей - сирот и оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в

замещающих семьях, в домах ребенка, детских домах и детских домах-интернатах, из семей, где ребенок подвергается пренебрежению и/или насилию, родители страдают алкоголизмом и/или наркоманией, один из родителей которых имеет диагностированное психиатрическое заболевание;

а также для:

- родителей (законных представителей), осуществляющих воспитание и уход за детьми младенческого, раннего, дошкольного возраста вышеперечисленных категорий.

В центре работают специалисты по поведенческой терапии, педиатры, психологи и дефектологи, что позволяет диагностировать причину возникновения пищевых трудностей и проводить коррекцию нарушений питания ребенка.

Одним из важных направлений деятельности РРЦ РП является информационно-просветительская деятельность, ориентированная на родительскую общественность. Просветительская помощь направлена на формирование представления у родителей о том, что на пищевые привычки в младенческом, раннем и дошкольном возрасте существенно

вливают особенности пищевого поведения в семье, психологические и социокультурные факторы. Информация предоставляется на Интернет-ресурсах, на официальном сайте, в виде буклетов и листовок, а также семинарах и круглых столах.

В региональном ресурсном центре ранней помощи родители (законные представители) получают консультационную помощь как очно на диагностической встрече в формате семейной консультации, так и в он-лайн формате (дистанционно) относительно пищевых проблем ребенка.

#### **Список литературы:**

- 1 Боулби Дж. Привязанность. - М.: Гардарики, 2003. - 477 с.
- 2 Гринспен С. На «ты» с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. - М.: Тервинф, 2013. - 512 с.
- 3 Кожина А.М., Фролова Т.В. Педиатрия: состояние психического здоровья детей, проживающих в условиях материнской депривации // Медицина сегодня и завтра. - 2009. - № 2. - С. 93.
- 4 Куровский В.Н., Пяткина Г.Н. Материнская депривация и ее структурные компоненты // Вестник Томского государственного педагогического университета. - 2010. - № 10. - С. 141-144.
- 5 Левченко, И.Ю., Ткаченко, В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Метод. пособие. - М.: Просвещение, 2012. - 148 с.
- 6 Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении. СПб.: Питер, 2009. 320 с. 5. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Изд-во СПб ун-та, 1999. - 286 с.
- 7 Малкина-Пых, И.Г. Терапия пищевого поведения / И.Г. Малкина-Пых. - М.: Эксмо, 2007. - 1040 с.
- 8 Мухамедрахимов Р.Ж. Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития. СПб.: Изд-во СПб ун-та, 2008. - 312 с.
- 9 Парфенова, Г.Л., Ляшенко, Д.Н. Психологические аспекты нарушений пищевого поведения и их профилактика // Вестник Алтайского государственного педагогического университета, 2016. - № 31. - С. 101-108.
- 10 Тишевской И.А., Мухамедрахимов Р.Ж. Психологические аспекты пищевого взаимодействия матери и младенца // Вестник СПбГУ. - Сер. 12. - Вып. 2. - 2011. - С.6-16.
- 11 Gee B., Thompson K., Pierce A., Toupin M., Holst J. The effectiveness of auditory stimulation in children with autism spectrum disorders: A case - control study.
- 12 Gordon, J.-S. (2013). Is Inclusive Education a Human Right? // Journal of Law, Medicine and Ethics. Vol. Human Rights and Disability. P. 754-767. 48

**УДК 376.3.**

### **ФОРМИРОВАНИЕ «ТУАЛЕТНОГО» НАВЫКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСОБЕННОСТЯМИ В РАЗВИТИИ**

Новоселова Ю.В., Наумова М.Е.

Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности», Россия, г. Кемерово

### **THE FORMATION OF TOILET SKILLS IN CHILDREN OF EARLY AGE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES**

Novoselova J. Naumova M.

Kuzbass regional center for psychological, pedagogical, medical and social care "Health and personal development", Russia, Kemerovo

**Аннотация:** В статье рассматриваются современные методы формирования «туалетного» навыка у детей с особенностями развития. Отмечена необходимость сопровождения семей (законных представителей) по данному вопросу.

**Abstract:** The article introduces the modern methods of formation of "toilet" skill in children with developmental disabilities. The need to accompany families (legal representatives) on this issue was noted.

**Ключевые слова:** Туалетный тренинг, Поведенческий анализ поведения, дети с особенностями развития.

**Keyword:** Toilet training, Behavioral analysis of behavior, children with developmental disabilities.

У детей с особенностями в развитии часто возникают трудности формирования навыков самообслуживания. Среди этих навыков особое место занимает умение ребенка пользоваться туалетом. Столь деликатная тема часто становится серьезной актуальной проблемой для всей семьи.

Избыточно настойчивое приучение ребёнка к туалету может провоцировать страхи туалетной комнаты, обострять формы нежелательного поведения и т.д. Формирование туалетных навыков у ребенка с особенностями требует специальных подходов, облегчающих данный процесс.

Современные родители имеют возможность обратиться к специалисту, который поможет профессионально и эффективно сформировать туалетный навык у детей раннего возраста с особенностями в развитии, не провоцируя нежелательное поведение.

В Кемеровской области с 2018 года функционирует Региональный ресурсный центр ранней помощи (РРЦ РП), специалисты которого сопровождают семьи, одной из целей деятельности центра: помочь детям в формировании функциональных навыков, в том числе туалетного.

Поведенческий анализ поведения (АВА) является наиболее эффективным методом, позволяющий сформировать «туалетный» навык. Ведущим специалистом в этом вопросе является поведенческий терапевт, который анализирует процесс формирования навыка: заполняет почасовые таблицы наблюдений, анализирует результаты и строит программу помощи. В результате аналитической работы у специалиста складывается представление над, чем необходимо и нужно работать именно сейчас: учить проявлять у ребенка инициативу; уменьшать частоту мочеиспускания в штаны; формировать навык испражняться в туалете. Через несколько диагностических встреч с семьей становится возможным понять, в чем заключается суть проблемы: в отсутствия навыка или же в нежелательном поведении, у которого есть определенная функция.

Поведенческий терапевт на основании анализа ситуации разрабатывает протоколы, представляющие собой подробный алгоритм приучения ребенка к посещению туалета по определенному расписанию и предоставление поощрений за успешные реакции.

Родителям важно осознавать, что ведущая роль в формировании туалетного навыка у ребенка принадлежит именно ухаживающему взрослому, а специалист направляет и сопровождает данный процесс, который может продолжаться до нескольких месяцев.

Учитывая индивидуальные особенности ребенка и семьи, специалист может рекомендовать родителям применение дополнительных компонентов туалетного тренинга, повышающие эффективность данного процесса:

✓ «Писающая кукла»

Использовать "писающую куклу" рекомендуют Азрин и Фокс. На первом этапе ребенок учит куклу "ходить на горшок", усаживает на горшок и поощряет ее. И после проделанной игры с куклой, ребенок повторяет эту деятельность. Данный компонент туалетного тренинга описан авторами как способ, применяющийся для детей с типичным развитием. Однако с ребенком, у которого наблюдаются нарушения развития, такой

компонент тренинга может не сработать. Хотя его можно попробовать в работе с детьми, у которых сформирован навык игры и имитации [2].

✓ Карточки PECS

При формировании туалетного навыка могут использоваться карточки PECS. Перед тем, как пойти в туалетную комнату, взрослый дает ребенку подсказку подать карточку, и после этого ведет ребенка в туалет. Использование карточек поможет как неговорящему ребенку научиться проситься в туалет, так и может способствовать более быстрому развитию инициативы у говорящего ребенка. Некоторые специалисты вместо карточек PECS используют девайсы или мобильные коммуникативные приложения. А для формирования навыка выполнять самостоятельно необходимую последовательную цепочку действий (например: снять трусики, сесть на унитаз, пописать, смыть, помыть руки), могут использоваться визуальные расписания [3].

✓ Видео моделирование

Данный метод предполагает показ видеоролика, в котором отображен процесс формирования туалетного навыка, затем повторение ребенком просмотренной цепочки действий. При первом просмотре возможен вариант показа отдельных частей цепочки, с последующим ее увеличением. На предлагаемом видео возможно отображение действий ребенка, любимого героя и т.д. Применения данного метода возможно только в том случае, если у ребенка в репертуаре уже есть сформированный навык имитации [2].

✓ Энурезный будильник

Это устройство, которое регистрирует начало мочеиспускания, издавая звук либо вибрируя. Данный прибор чаще всего применяют для лечения энуреза. Если будильник звуковой, то это будет сигналом для взрослых отвести ребенка в туалет, и способствовать тому, чтобы мочеиспускание хотя бы частично произошло там. Будильник с вибрирующим сигналом, чаще всего применяется для формирования инициативы, и будет сигнализировать ему о том, что подошло время идти в туалет. Данный метод был рекомендован еще в середине прошлого столетия, и довольно широко используется и по сегодняшний день [1].

В рамках деятельности РРЦ РП специалисты проводят информационно-просветительскую деятельность, в том числе по вопросам формирования туалетного навыка у детей раннего возраста с особенностями в развитии. Информация предоставляется на Интернет-ресурсах, на официальном сайте, в виде буклетов и листовок, а также семинарах, мастер-классах и круглых столах, очно в формате семейной консультации, в он-лайн формате (дистанционно).

Таким образом, в период с марта - сентябрь 2019, опираясь на метод АВА, педагоги совместно с семьями (законными представителями), смогли сформировать новое поведение - навык пользования туалетом у 3 детей с ОВЗ.

Следовательно, процесс формирования и закрепления «туалетного» навыка требует продолжительного времени. Поэтому, очень важно применять процедуру последовательно, используя подсказки, поощрения, собирая данные и анализируя их.

**Список литературы:**

1. Азрин, Н.Х. Фокс, Р. М. Туалетный тренинг. Как ребенку освоить горшок за один день / Перевод с англ. под общей ред. Кузьмицкой М.С.- М.: ИП. Толкачева, 2018-164с.
2. Доусон Дж. Учебник по Денверской модели раннего вмешательства детей с аутизмом / Перевод с англ. под общей редакцией Кузьмицкой М.С., Толкачевой Л.Л., 2019-432 с.
3. Лиф Р. Макэкен Д. Стратегии работы с поведением. Учебный план интенсивного вмешательства при аутизме/ Перевод с англ. Под общей редакцией Толкачевой Л.Л., 2016. – С.608.

УДК 376.3

**РЕАЛИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ С ДЕТЬМИ С РАС  
В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Павлова А.Ю., Кривошеина Н.П.

Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности», Россия, г. Кемерово

**IMPLEMENTATION OF EARLY ASSISTANCE TO FAMILIES WITH CHILDREN  
WITH ASD IN KEMEROVO REGION**

Pavlova A., Krivosheina N.

Kuzbass regional center for psychological, pedagogical, medical and social care «Health and personal development», Kemerovo, Russia

**Аннотация:** В статье рассматривается проблема оказания комплексной психолого-педагогической помощи детям раннего и дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра в образовательных организациях региона. Представлены основные направления работы с данной категорией семей в системе образования Кемеровской области. Подробно описана работа специалистов регионального ресурсного центра комплексной помощи детям с РАС, а также деятельность консультационных пунктов, созданных на базе дошкольных образовательных организаций Кемеровской области.

**Abstract:** The article deals with the problem of providing comprehensive psychological and pedagogical assistance to children of early and preschool age with autism spectrum disorders in educational institutions of the region. The main directions of work with this category of families in the educational system of the Kemerovo region are presented. The article describes in detail the work of specialists of the regional resource center for comprehensive assistance to children with ASD, as well as the activities of consultation points established on the basis of preschool educational organizations of the Kemerovo region.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, дети раннего и дошкольного возраста, комплексная помощь, ресурсный центр.

**Keywords:** autism spectrum Disorders, children of early and preschool age, comprehensive care, resource center.

Расстройства аутистического спектра (РАС) - часто встречающееся нарушение развития. По данным Американского центра по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) за 2014-2015 годы, РАС встречается у одного из 68 детей; аналогичные данные были также получены и в других странах. Поэтому вопросы, касающиеся помощи детям с аутизмом, являются крайне важными и актуальными для миллионов семей в разных странах, в том числе и России [1, 2, 3, 4, 5].

На территории Кемеровской области по состоянию на 1 марта 2019 года численность детей группы риска с признаками расстройства аутистического спектра и с расстройством аутистического спектра (далее - дети группы риска с признаками РАС и с РАС) составляет 888 человек, что обуславливает необходимость решения проблемы помощи этим семьям на региональном уровне.

В 2017 году в г. Кемерово открылся Региональный ресурсный центр по комплексному сопровождению семей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра (РРЦ РАС) на базе Государственной организации образования «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности». Целью деятельности центра является оказание комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям с РАС и их семьям, информационная и методическая поддержка в Кемеровской области.



Инициатива по созданию условий для эффективных изменений в системе помощи детям группы риска с признаками РАС и с РАС и семьям, их воспитывающим, была поддержана решением правления Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в виде гранта на выполнение комплекса мер «Комплексная помощь детям с расстройством аутистического спектра в Кемеровской области».

Специалисты РРЦ РАС прошли обучение на базе Института раннего вмешательства (ИРАВ, г. Санкт-Петербург), что позволяет им использовать Концепцию ранней помощи, реализовывать функциональный подход в сопровождении семей.

С целью информирования семей, воспитывающих детей с РАС, о возможности получения комплексной помощи, создан и поддерживается в актуальном состоянии реестр организаций разной ведомственной принадлежности и некоммерческих организаций по оказанию комплексной помощи детям с РАС и размещен на сайтах органов исполнительной власти Кемеровской области и на частных специализированных сайтах (для инвалидов, для родителей детей с РАС).

Региональным ресурсным центром комплексной помощи детям с РАС организовано повышение профессиональной компетентности специалистов организаций разных ведомств в вопросах психолого-педагогического сопровождения детей и подростков с РАС, оказания им комплексной помощи. С 2018 года реализуется дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Психолого-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра» (120 часов). Повышение квалификации и методическую поддержку ресурсного центра получили специалисты здравоохранения, образования, социальной защиты населения. Регулярно проводятся научно-практические конференции для специалистов и родителей детей с РАС.

В каждом муниципальном образовании на базах дошкольных образовательных организаций приказом (распоряжением) Управления образованием территории созданы консультационные пункты ранней помощи для детей, не посещающих образовательные учреждения. По состоянию на 1 января 2019 г. в области функционирует 211 консультационных пунктов и центров, куда ежегодно обращается не менее 4000 семей с детьми младенческого, раннего и дошкольного возраста, не получающие услуги в образовательных организациях.

Опыт работы Кемеровской области по реализации ранней помощи семьям с детьми с РАС представлен на Всероссийской выставке-форуме «Вместе - ради детей! Вместе-10 лет» 5-7 сентября 2018 года в г. Челябинске.

Таким образом, в настоящее время в Кемеровской области система комплексной помощи детям с РАС реализуется на основе межведомственного взаимодействия и находится в стадии активного становления.

#### **Список литературы:**

1. Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter // Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1944. - Т. 117. - Р. 76-136. (Вопр. 177 психич. здоровья детей и подростков), 2010. - Т. 10. - С. 91-117; 2011. - Т. 11. - С. 82-109.
2. Гринспен С. На «ты» с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен. - М.: Тервинф, 2013. - 512 с.
3. Gee B., Thompson K., Pierce A., Toupin M., Holst J. The effectiveness of auditory stimulation in children with autism spectrum disorders: A case - control study.
4. Gordon, J.-S. (2013). Is Inclusive Education a Human Right? // Journal of Law, Medicine and Ethics. Vol. Human Rights and Disability. P. 754-767. 48 [Введите текст]
5. С.Д. Роджерс, Д. Доусон, Л.А. Висмара. Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом // Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2016.

УДК 364.444

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В АБИЛИТАЦИИ  
У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО  
СПЕКТРА**

Парамошко В.В., Иванова В.А., Родина А.В.

ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, Россия, Санкт-Петербург

**INTERDISCIPLINARY APPROACH IN ABILITY CHILDREN OF YOUNGER AGE  
WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS**

Paramoshko V., Ivanova V., Rodina A.

Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, Russia, St. Petersburg

**Аннотация.** В статье рассмотрены причины и сроки возникновения расстройства аутистического спектра (РАС), сопутствующие заболевания РАС, роль ранней помощи при РАС.

**Abstract.** The article discusses the causes and timing of autism spectrum disorder (ASD), concomitant ASD diseases, the role of early care for ASD.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра; ранняя помощь; междисциплинарная команда.

**Keywords:** autism spectrum disorders; early help; interdisciplinary team.

Расстройства аутистического спектра (РАС) привлекают особое внимание различных специалистов, медиков, психологов, логопедов, педагогов. По данным различных популяционных исследований, встречаемость РАС составляет 1 на 100 детей и с каждым годом неуклонно растет [1, 2, 7]. При том, что этиология РАС остается неизвестной, во многих исследованиях подчеркивается связь генетической предрасположенности и факторов внешней среды в развитии этого синдрома. Выделяются изученные и подтвержденные в генетических исследованиях синдромы, такие как синдром Ангельмана, синдром Ретта, синдром Корнелии да Ленге, Прадера-Вилли, синдром ломкой X хромосомы, комплекс туберозного склероза, проявляющиеся клиникой аутизма, частота которых с годами остается неизменной [1, 6].

Однако в последние годы обнаруживается все больше синдромов, ассоциированных с аутизмом, в том числе, связанных с полиморфизмом различных генов, таких, как генов фолатного цикла, участвующих в эпигенетическом процессе метилирования ДНК, поддержании врожденного иммунитета и защите от вирусов. Таким образом, в сложном механизме регуляции активности большую роль приобретают эпигенетические модификаторы, средовые факторы, определяющие в конечном итоге физическое и психическое здоровье [8]. Имеется значительное количество сообщений о появлении аутизма после перенесенных эпизодов инфекций, острых травм или оперативных вмешательств, после начала посещения детского сада с соответствующей иммунной провокацией в виде частых вирусных заболеваний. При этом, по мнению большинства авторов, первые симптомы аутизма проявляются в 12-18 месяцев и включают регресс развития и кататонические явления [1]. Во многих исследованиях подчеркивалась роль сопутствующих медицинских заболеваний, которые способствовали возникновению основных нейрорасстройственных симптомов расстройства [1, 4]. Среди сопутствующих заболеваний при РАС более всего распространены симптомы поражения ЖКТ, при этом, первые признаки поражения возникают в возрасте 1-4 месяцев [1, 8]. Низкая активность ферментов, разлагающих углеводы, описана у половины детей с аутизмом. В ряде исследований были обнаружены повышенные уровни антител IgA и Ig G к казеину и глютену у детей с РАС в сравнении с популяцией, улучшение состояния части больных при использовании

элиминационной диеты с исключением казеина и глютена [1]. Описаны нарушения микрофлоры кишечника, более частое выделение неспоровых анаэробов и микроаэрофильных бактерий у детей с РАС в сравнении с общей популяцией [8]. Также описаны нарушения обмена веществ в виде дисбаланса гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, чрезмерной реакции на инсулиновый стресс, более быстрого выброса кортизола и сопутствующих этому иммунологических нарушений [1, 4]. Есть много исследований, посвященных аутоиммунным изменениям при РАС, сопровождаемым повышением уровня цитокинов в крови и цереброспинальной жидкости, повышением сывороточных антител к основному белку миелина, выявлением серопозитивных антиядерных антител, с клиникой латентного нейровоспаления [1, 4]. Описана высокая частота сопутствующих эпилептических изменений в головном мозге при РАС [3]. При этом эпилептиформная активность может регистрироваться при исследовании ЭЭГ, как сопутствующий субклинический феномен, а может существенно осложнять течение РАС, затрудняя абилитацию ребенка и требуя незамедлительной коррекции терапии.

В последнее время в России принят курс на развитие ранней помощи. Общеизвестно, что возраст до трех лет является определяющим для развития основных функций организма. Пластичность нервных процессов, характерная для этого возраста, позволяет достичь высоких достижений в реабилитации ребенка с ментальными расстройствами. В концепцию ранней помощи включается взаимодействие между медиками, психологами, эрготерапевтами, специалистами по физической реабилитации, педагогами, социальными работниками. Междисциплинарная команда специалистов проводит комплексную системную диагностику физического, психологического состояния ребенка, его развития, анализ его окружения и разрабатывает программу сопровождения ребенка и его семьи. Основные направления работы команды - выявить и заблокировать патологические изменения, затрудняющие процесс абилитации, разработать комплекс мероприятий, направленных на развитие недостающих функций.

### Список литературы:

- 1 Бобылова М.Ю. Атипичный аутизм у детей: особенности соматоневрологического статуса и амбулаторного наблюдения врачом общепедиатрического профиля. // Русский журнал детской неврологии том VIII-IX №4, 2013. - №1, 2014. - С. 42-51.
- 2 Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. - М.: Теревинф, 2010. - 288 с.
- 3 Ноговицын В.Ю., Нестеровский Ю.Е., Осипова Г.Н. и др. Эпилептиформная активность у детей без эпилепсии: клинко-электроэнцефалографические корреляции // Журн. неврол. психиатр. - 2006. № 6. - С.42-46.
- 4 Мальцев Д.В. Расширенный клинко-лабораторный фенотип при генетически детерминированном нарушении фолатного цикла у детей с расстройствами спектра аутизма. // Международный неврологический журнал - №5(99), 2018. - с.5-19.
- 5 Симашкова Н.В. Новые подходы к проблеме атипичного аутизма. //Материалы XIV съезда психиатров России. М., 2005. - С. 223.
- 6 Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, 2006. - 44 с.
- 7 Kogan M.D., Blumberg S.J., Schieve L.A. Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. // Pediatrics. - 2009. - Vol.124(5). - P.1395-403.
- 8 Liu et al. Altered composition and function of intestinal (2019) <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0389-6>.

УДК 376.37

## ОСОБЕННОСТИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА БАЗЕ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕСУРСНОГО ЦЕНТРА

Силкова К.А.

Региональный ресурсный центр «Семья и дети» ФГБОУ ВО «НГПУ»,  
Россия, г. Новосибирск

## FEATURES OF WORK OF THE SPEECH THERAPIST WITH CHILDREN OF EARLY AGE ON THE BASIS OF THE REGIONAL RESOURCE CENTER

Silkova K.

Regional resource center «Family and children», Russia, Novosibirsk

**Аннотация.** В статье описываются особенности работы логопеда с детьми раннего возраста с нарушениями речи в условиях ресурсного центра. Представлены основные этапы логопедической работы: диагностический, практико-действенный и аналитический. Подробно описано использование ресурса предметно-пространственной среды в индивидуальной логопедической работе с детьми раннего возраста.

**Abstract.** The article describes the features of the speech therapist with young children who have features in the development of speech, on the basis of the regional resource center. Presented the main stages of speech therapist's work: diagnostical, practical and analytical. Thoroughly described the using of the resource as substantive spatial in individual speech therapist's work with young children.

**Ключевые слова:** ранний возраст, логопедическая помощь, ранняя помощь, коррекционная работа, ресурсный центр.

**Keywords:** early age, speech therapy, early intervention, correction, resource center.

Согласно, Федеральному закону об образовании, в целях реализации права каждого человека на образование, федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления должны создаваться условия для ранней коррекционной помощи [4].

В «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» говорится, что «ранняя помощь» - это комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических мероприятий, организуемых для родителей и их детей от 0 до 3-х лет, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе ограниченные возможности здоровья, инвалидность, генетические нарушения, социальный риск развития ограничений жизнедеятельности. Целью данных мероприятий, является раннее выявление нарушений в развитии физического и психического здоровья ребенка, обеспечение качественного функционирования ребенка в повседневной жизни, а также поддержка семьи [2].

По данным С.Ю. Шерстобитовой до недавнего времени в России обследование детей раннего возраста проводилось в основном медицинскими работниками, педагогическая и психологическая оценка состояния ребёнка осуществлялась крайне редко и преимущественно в рамках отдельных практик ранней помощи [3].

На современном этапе, ранняя помощь в России становится актуальным направлением не только в медицинских учреждениях, но и в организациях социального профиля, общественных организациях, образовательных организациях.

О.Е. Игнатенко отмечает, что особую актуальность в процессе оказания ранней помощи приобретают специальные ресурсные центры, созданные на базе высших образовательных учреждений. Новые технологии, используемые в таких центрах, способствуют оказанию семье всесторонней помощи и поддержки различных специалистов: педагогов, психологов, логопедов, дефектологов, юристов и т.д.

Так, в г. Новосибирске, на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Новосибирский государственный педагогический университет» (далее ФГБОУ ВО «НГПУ») был создан Региональный ресурсный центр «Семья и дети» (далее - РЦ «Семья и дети»), основной целью которого является консалтинговая поддержка семьи и детей по вопросам психолого-педагогического сопровождения детей и их родителей в разных жизненных ситуациях [1].

Специалистами РЦ «Семья и дети», в рамках оказания ранней помощи, осуществляется консультативная деятельность в режиме индивидуального или коллегиального консультирования, а также проводятся индивидуальные и групповые коррекционно-развивающие занятия с детьми.

В настоящее время обозначилась тенденция к более раннему обследованию и коррекции речевого, коммуникативного развития ребенка, поскольку превентивное логопедическое воздействие, отвечает положениям разработанной концепции ранней помощи [5]. В связи с данными положениями логопедическая работа в РЦ «Семья и дети» строится с учётом реализации трех основных этапов: диагностического, практико-действенного и аналитического.

В рамках диагностического этапа у детей раннего возраста проводится оценка не только речевой деятельности, но и психомоторного, а также эмоционального развития. На основе полученных данных логопед совместно с родителями составляет индивидуальный план работы с ребенком, который включает в себя работу над накоплением пассивного словаря и его активизацией, работу по развитию мелкой моторики, артикуляционного аппарата, развитие чувства ритма, формирование фонематического слуха, а также работу по формированию правильного дыхания, сенсорных ощущений.

На практико-действенном этапе логопед проводит индивидуальные коррекционно-развивающие занятия с ребенком, которые строятся по принципу совместно-разделенной работы (с включением родителей) и с учетом ведущего вида деятельности детей раннего возраста. Поэтому предметно-пространственная среда РЦ «Семья и дети» наполнена достаточным количеством развивающих, сюжетно-ролевых, настольных, спортивных игр, новым интерактивным оборудованием.

Оснащение РЦ «Семья и дети» позволяет использовать в индивидуальной деятельности с детьми тактильные дорожки, мягкие модули, невысокие лавки, встраивая в структуру логопедического занятия работу по развитию общей моторики, чувства равновесия, что способствует удовлетворению потребности детей раннего возраста в двигательной активности, кроме того, создаёт благоприятную эмоциональную атмосферу.

В целом, вся работа с детьми раннего возраста требует от логопеда большой эмоциональной отдачи, это способствует эмоциональному развитию детей, привлекает детей к коммуникации, а также создаёт положительную эмоциональную атмосферу.

На базе РЦ «Семья и дети» для коррекционно-развивающей работы логопед имеет возможность использовать ресурс полифункциональной среды темной и светлой сенсорных комнат.

Разнообразные стимуляторы, воздействующие на органы зрения, слуха, обоняния, осязания, наполняющие пространство светлой сенсорной комнаты способствуют сенсорному развитию и развитию психических процессов (восприятия, внимания, памяти, мышления). Оснащение этой комнаты позволяет проводить увлекательные занятия по развитию речи у детей раннего возраста.

Большинство детей, родители которых обращаются в РЦ «Семья и дети», являются не говорящими или с очень ограниченным запасом пассивного и активного словаря. Большое разнообразие автодидактического оборудования по различным лексическим темам, представленного в светлой сенсорной комнате, позволяет наполнить пассивный словарь таких детей и постепенно его активизировать. Так, с использованием тактильной дорожки можно активизировать и пополнять пассивный словарь прилагательных (твёрдый, мягкий, колючий, пушистый и т.д.), глаголов (идём, бежим, стоим, перепрыгиваем и т.д.).

Интерактивная сенсорная панель «Солнышко» успешно используется в логопедической практике для работы с детьми с расстройствами аутистического спектра. Панель представляет собой настенный компьютер, имеющий набор папок и файлов по основным коррекционным направлениям. Использование интерактивной сенсорной панели позволяет логопеду успешно устанавливать контакт с детьми, также данная панель может служить подкрепляющим стимулом для ребенка.

Пространство темной сенсорной комнаты оснащено различного рода аудиальными, визуальными и тактильными стимуляторами. Они позволяют снимать эмоциональное и мышечное напряжение, корректировать психоэмоциональное состояние, стимулировать сенсорную чувствительность и двигательную активность.

В темной сенсорной комнате успешно проходят логопедические занятия с детьми раннего возраста, имеющими явную бедность сенсорного опыта и ослабленность некоторых сенсорных функций. Данное пространство также позволяет работать над активизацией словаря, дыханием, развитием мелкой моторики, а фантазия логопеда позволит превратить логопедические упражнения в увлекательную игру. Например, фиброоптические волокна при работе над дыханием, могут создать эффект их задувания ребёнком, в рамках игры с использованием пузырьковой колонны, ребёнку можно предложить представить, что он пускает пузырьки как рыбка.

Конечно, важной частью логопедической работы является развитие моторики органов артикуляции. Для привлечения детей раннего возраста к данному виду деятельности используется не только привычный всем наглядный материал и стихи, но и пальчиковые куклы, настольный театр.

В процессе коррекционно-развивающей логопедической работы с детьми раннего возраста организуются динамические паузы с использованием подвижных игр и логоритмических упражнений. Активные динамические паузы способствуют развитию у ребенка не только моторной ловкости, но и ориентировки в пространстве, координации движений.

Таким образом, предметно-пространственная среда обеспечивает не только решение коррекционных задач на практико-действенном этапе, но и позволяет быстро установить эмоционально-положительный контакт ребенка с логопедом, что повышает уровень доверия и уважения ребенка к педагогу и настраивает его на эффективную и результативную работу.

В рамках аналитического этапа проводится оценка результативности логопедической работы не только самим специалистом, но и родителями. При положительной динамике речевого развития ребенка, родителям даются рекомендации по дальнейшему психолого-педагогическому сопровождению и выстраиванию образовательного маршрута. При незначительных речевых изменениях родителям даются рекомендации для прохождения с ребенком более углубленного обследования, а логопед корректирует составленный ранее план работы.

Таким образом, превентивное логопедическое воздействие в рамках ресурсного центра позволяет минимизировать или устранить нежелательные последствия врожденного или приобретенного нарушения в речевом развитии ребенка раннего возраста.

### **Список литературы:**

1 Игнатенко О.Е. Региональный ресурсный центр - новая среда обучения в педагогическом вузе // Современные направления психолого-педагогического сопровождения детства: Материалы научно-практического семинара, Новосибирск 7-8 апреля 2016 г. - Новосибирск: НГПУ, 2016. - С. 30-34.

2 Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года [Электронный ресурс]: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 года №1839-р. - Режим доступа: <https://rosmintrud.ru/docs/government/180#> (дата обращения: 12.09.2019)

3 Шерстобитова С.Ю. Комплексное сопровождение детей 2-4 лет с речевыми нарушениями: диагностика, планирование, рекомендации, конспекты занятий, лингвистический материал. - Волгоград: Учитель, 2009. – 240с.

4 Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» [Электронный ресурс]: от 29 декабря 2012 года N 273-ФЗ. - Режим доступа: <https://base.garant.ru/70291362/4c3e49295da6f4511a0f5d18289c6432/> (дата обращения: 12.09.2019).

5 Оказание услуг ранней помощи детям от 0 до 3 лет, имеющим ограничения жизнедеятельности, и их семьям в организациях социальной сферы / Е.Б. Марушак, О.Е. Игнатенко, Д.А. Гасенко, В.А. Акиншин. - Новосибирск: изд-во НГПУ, 2019. - 152 с.

**УДК 797.259+159.922**

**РАННЕЕ ПЛАВАНИЕ ДЛЯ ОСОБЫХ ДЕТЕЙ - КАК ЛУЧШАЯ ОСНОВА,  
ФОРМИРУЮЩАЯ ЧУВСТВО БЕЗОПАСНОСТИ И ЛЮБВИ ВО  
ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ С РОДИТЕЛЕМ В ВОДЕ**

Ситникова Н.В.

МАДОУ «Детский сад № 411», Россия, г. Пермь

**EARLY SWIMMING FOR SPECIAL CHILDREN - AS THE BEST BASIS,  
FORMING A SENSE OF SECURITY AND LOVE IN RELATIONSHIPS  
WITH A PARENT IN THE WATER**

Sitnikova N.

Municipal Preschool Educational Institution kindergarten № 411, Russia, Perm

**Аннотация.** В статье представлены особенности и условия необходимости раннего плавания для детей, в частности для детей с ограниченными возможностями здоровья. Более подробно рассмотрены особенности взаимоотношений ребенка и родителя в воде, а также результаты внедрения методики раннего плавания.

**Abstract.** The article presents the features and conditions of the need for early swimming for children, in particular for children with disabilities. Features of relationship of the child and the parent in water, and also results of introduction of a technique of early swimming are in more detail considered.

**Ключевые слова:** раннее плавание, любовь, доверие, ощущение надежности, вода, дети.

**Keywords:** Early swimming, love, trust, a sense of security, water, children.

**Актуальность.** Особые дети всегда требуют особого подхода. Воспитание и обучение детей с ограниченными возможностями здоровья - не исключение. Нет никаких сомнений: детям с особенностями в развитии необходимо не только повышенное внимание со стороны родителей, уникальный подход к воспитанию, обучению, но и помощь квалифицированных специалистов.

Сегодня на вопрос: «Нужно ли обучать плаванию детей раннего возраста? Причем это касается также и детей с ограниченными возможностями здоровья» - дается однозначный ответ: да, нужно! Свидетельство тому - имеющийся опыт обучения грудных детей в нашей стране и за рубежом, его положительные результаты.

Процесс обучения ребенка плаванию - один из самых радостных периодов родительства. Он играет значительную роль в формировании нежной привязанности между ребенком и родителем. Важно, чтобы ребенок уверенно и комфортно чувствовал себя в водной стихии, поскольку такой ранний опыт станет фундаментом для развития бесценных плавательных навыков.

Сегодня получено уже много доказательств того, что развитие особых деток в первые 18 месяцев жизни может стимулироваться путем игрового взаимодействия с близким взрослым: им нравится вода, и они чувствуют себя в воде свободнее, чем на суше [4].

**Цели.** Целью наших занятий по раннему плаванию является создание дружелюбной и расслабленной атмосферы на уроках плавания для детей с особыми потребностями. Такой подход объединяет телесное, эмоциональное и интеллектуальное развитие посредством тех изменений, которые происходят с детьми и их родителями. Мы стремимся к тому, чтобы заботиться о детях и их родителях, учить осознанно и с уважением к каждому строить отношения на основе глубокой уверенности и доверия [7].

Преимущества раннего плавания для малышей включают в себя развитие чувства безопасности, улучшенную циркуляцию жидкостей в организме, укрепление иммунной системы и общее хорошее самочувствие [7].

#### **Методы. Особенности взаимоотношений ребенка и родителя в воде**

Как бы ни завораживала вода малыша, для большинства из них это, все-таки, неизвестное и вызывающее опасения место. Малыш может абсолютно комфортно чувствовать себя в ванне, в той обстановке, где ему все знакомо, да и воды там гораздо меньше, чем в бассейне. Поэтому, находясь в бассейне с малышом, родитель должен быть особенно чутким к эмоциям, желаниям, а главное - нежеланиям малыша. Самым важным фактором является надежность и уверенность родителя в себе и своих силах без чувства страха к воде. Дети чувствуют себя гораздо спокойнее в уверенных, надежных и ласковых руках.

Плавание оказывает на ребенка разностороннее благотворное воздействие. Помогая ему научиться самостоятельно плавать, и родитель переживает уникальный и очень радостный опыт. Взаимный восторг от совместного плавания глубоко воздействует на ребенка, принося ему чувство доверия и радости.

**Вместе в воде.** В воде родители имеют возможность пообщаться с ребенком, не отвлекаясь ни на что другое, и сблизиться с ним еще больше. Большинство родителей отмечают, что общение в воде позволяет им лучше узнать своих малышей, посмотреть на них по-другому, ведь вода - замечательный посредник между родителем и ребенком.

Вода делает возможным особенно близкий эмоциональный контакт. Получая безраздельное внимание родителя, малыш чувствует себя любимым, значимым, умелым, уверенным в своих силах. Все это помогает ему осознать свои собственные возможности и создает сильную внутреннюю мотивацию к их развитию.

**Ощущение надежности и доверия в воде.** Существует несколько факторов, обеспечивающих ощущение ребенком надежности своего родителя. Рассмотрим их более подробно.

Уверенность в себе. Я всегда, еще до начала занятия, выясняю у родителей, умеют ли они плавать, насколько уверенно родитель чувствует себя в воде, комфортно ли ему в нашем бассейне и при разговоре настраиваю каждого родителя, проговаривая ему, что с малышом в воде необходимо уверенно себя чувствовать. Это связано с тем, что родитель, чувствующий себя неуверенно в воде, не умеющий плавать, сам часто чрезмерно напрягается, держит ребенка чересчур крепко, близко прижимая к себе, как бы опекая малыша. Или же наоборот: родитель теряет, держит ребенка неловко, опять же - неуверенно, может случайно окунуть ребенка.

Однако следует заметить, что и хорошие пловцы зачастую чувствуют неуверенность с ребенком на руках. В этом случае, я рассказываю им, что бояться абсолютно нечего, что их спокойствие - это залог спокойного и хорошего настроения ребенка, его уверенного нахождения в воде, благодаря уверенному в себе родителю.

Также неуверенность в том, стоит ли заниматься с ребенком в бассейне. Может возникнуть, если малыш, попав в воду, начинает плакать и при этом не удается его успокоить. Зачастую неуверенные родители в этих случаях стараются успокоить малыша, перекивая его, громко говоря ему слова успокоения, гремя погремушкой, или же вовсе



поднимают его как можно выше, чтоб ребенок не касался воды. В этом случае я рекомендую родителям в первую очередь успокоиться самим, тогда и ребенок, почувствовав спокойствие родителя, успокоится и сам. В это момент я рекомендую покачать ребенка, поговорить с ним тихим голосом, поцеловать, успокоить.

Важно, чтобы родитель и малыш были погружены в воду комфортной температуры по плечи. Я проговариваю, что малыш попал в незнакомое место, ему все ново, реакция ребенка в этот момент может быть непредсказуемой. Необходимо позволить малышу освоиться и все будет в порядке, самое главное - не позволять себе нервничать.

Внимание. Внимание - важный фактор - необходимость по отношению и к малышу, и к себе. Важная установка для родителя - следить за уровнем воды, не допускать, чтоб ребенок захлебывал воду ртом или носом.

Благодаря этому нехитрому правилу многие родители начинают проявлять интерес не только к положению лица малыша относительно воды, а также с огромным интересом наблюдают за его эмоциями, настроением, желаниями.

Так же необходимо и внимание родителя к собственному телу. Важно, чтобы родитель контролировал свое положение в воде - плечи должны быть опущены в воду. Это необходимо не только потому, что так удобнее держать малыша в воде и правильно выполнять поддержки, но и необходимо для того, чтобы быть наравне с ребенком - не только физически, но и на невербальном уровне, т.е. не выражать свою авторитарность по отношению к малышу, находясь выше его в воде. Обычно я говорю родителям: «Пожалуйста, доставьте своему ребенку радость - побудьте с ним одного роста, поверьте, ему очень понравится».

Уважение. Очень важным фактором является наблюдательность и уважение к ребенку. Следить за его глазами, выражением лица, эмоциями, желаниями, прислушиваться к его дыханию, знать любимое и нелюбимое - очень важно для малыша. Если не реагировать на знаки, подаваемые малышом, он может счесть их бесполезным и перестанет проявлять их, а ведь нет ничего хуже и страшнее пренебрежения, проявляемого родителями. Великое искусство - уметь видеть, слышать и чувствовать своего ребенка.

Уважение должно быть во всем - в интонациях, выражениях, манере общения с ребенком. Очень важно не заставлять сделать что-либо малыша, а предложить ему это, возможно в стиле игры с ним, чтоб малыш все время чувствовал, что его желания и потребности не остаются без внимания. Иногда, еще совсем в маленьком возрасте (около двух месяцев) еще до проявления выпрямительного рефлекса, малыши не хотят лежать на спине. В этом случае я предлагаю родителям сменить поддержку, дать возможность отдохнуть ребенку и ни в коем случае не заставлять его и проявлять уважение к его нежеланию.

Таким образом, обеспечив малышу ощущение надежности, родители помогают ему расслабиться и направить все свое внимание на свои стремления, ощущения, познания воды и своего тела в ней. Задача родителя - создать маленькому первооткрывателю зону комфорта, предложить поддержку, обеспечивая оптимальный уровень свободы.

**Результаты.** С водой ребенок приобретает уверенность и независимость.

Вода развивает координацию и помогает освоить новые двигательные навыки. Дети, плохо владеющие телом, боятся падений. Однако в воде этот страх исчезает, и ребенок начинает активно работать руками и ногами. Ходьба в воде требует усилий в 10 раз больше, чем на суше. Она учит владеть телом в пространстве и перемещать центр тяжести. Сила сопротивления воды заставляет ребенка координировать движения и двигать руками и ногами с разной скоростью и частотой. При этом ребенок не чувствует тяжести собственного тела [8].

Вода укрепляет суставы.

Дети с синдромом Дауна страдают от гипермобильности суставов. Когда ребенок находится в воде, его мышцы укрепляются. Натренированные мышцы и связки фиксируют сустав [8].

Стимулируются кровообращение и мозговая активность.

Погружения в воду тренируют врожденный рефлекс задержки дыхания. У особых детей небольшой объем легких. Когда ребенка учат проныривать (именно проныривать, а не заныривать), он учится управлять дыханием и тренировать диафрагму. В задержке дыхания участвует речевая кора больших полушарий головного мозга. Она отвечает за речевое развитие, поэтому проныривание тренирует речь [8].

В воде дети, которые на суше часто дышат ртом (дети с синдромом Дауна, астматики и пр.) вынуждены закрывать рот и тренировать носовое дыхание. Это укрепляет носовой аппарат, а мощные вдохи носом расширяют носовые проходы и увеличивают поступление кислорода [8].

Корректируются нарушение осанки и заболевания опорно-двигательного аппарата.

Бассейн стимулирует физическую активность. В воде вес тела не чувствуется. Чтобы выйти из бассейна ребенок хватается за поручни. Благодаря этому укрепляются мышцы рук и вытягивается позвоночник [8].

Вода учит общаться в обществе и дружить.

Бассейн - источник удовольствия для детей. Одновременно с этим, бассейн - источник психологического комфорта, потому что в воде получают упражнения и движения, которые тяжело освоить на суше. Самооценка ребенка повышается, потому что он чувствует результат [8].

Особые дети застенчивы. На занятиях они легче включаются в игры и проявляют эмоции. Групповые и особенно индивидуальные уроки учат самостоятельному общению со взрослыми. Это прививает ценные социальные навыки и способствует укреплению доверия [8].

**Выводы.** Новорожденные дети чувствуют себя в воде, как в родной стихии, потому что провели в околоплодных водах девять месяцев.

Игры с ребенком в воде прекрасно помогают родителям расслабиться и наладить контакт с малышом, а также развить его физические и интеллектуальные возможности, укрепить уверенность в себе.

Для детей с ограниченными возможностями здоровья раннее плавание как крепкий фундамент, позволяющий в дальнейшем лучше адаптироваться и социализироваться в обществе. Для них занятия в воде - это основа физического, психического и эмоционального становления и адаптации [9]:

- занятия в воде помогают быстрее справиться с неврологическими проблемами у детей;
- упражнения в воде - это отличное закаливание для молодого организма;
- плавание улучшает работу сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата ;
- раннее плавание поможет снять повышенный тонус мышц, укрепить слишком слабые мышцы;
- у детей развивается гибкость, что обеспечивает их гармоничное физическое развитие;
- занятия плаванием уменьшают проявления агрессивности и тревожности, так как вода способствует снятию стресса и расслаблению;
- активная деятельность в воде развивает двигательную технику ребенка на суше.

Самое важное - это заложить родителям принципы ненасилия и уважительного отношения к ребенку, научить проявлять свою искренность и любовь!

Очень важно, чтобы наши занятия стали отправной точкой для последующего тесного, теплого, пронизывающего любовью взаимодействия родителей с детьми и в дальнейшем, и вне занятий.

### Список литературы:

- 1 Булгакова Н.Ж.; Морозов С.Н.; Попов О.И.; Морозова Т.С. Оздоровительное, лечебное и адаптивное плавание: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / под ред. Булгаковой Н.Ж. - М.: Издательский центр «Академия», 2008. - 432 с.
- 2 Ефименко Н.Н. Беседа В.В. Малый театр физического развития детей младенческого и раннего возраста: Учебно-методическое пособие. Издание 4-е, дополненное и переработанное: ООО «Твори», - 2018. - 252 с.
- 3 Ефименко Н.Н., Литвяков М.В. АКВА-ТЕАТР: парциальная программа адаптации детей раннего и дошкольного возраста к водной среде и обучения плаванию. - Винница: ООО «ТВОРИ», 2019. - 100 с.
- 4 Мухортова Е.Ю. Обучение плаванию малышей: Метод. Пособие. - М.: Физкультура и Спорт, 2008. - 112с.
- 5 Осколкова Е.А., Левченкова Т.В.: методическое пособие. - ННОУ «Учебно-оздоровительный центр «ФИТБОЛ», 2006. - 28 с.
- 6 Фридман, Франсуаза Барбира Плавание для малышей / Пер. с англ. Е.Е. Шляховой. - М.: Этерна, 2009. - 96 с.
- 7 Учебник по курсу «Плавание для детей с особыми потребностями». – Перевод Марины Зюгановой. - Birthlight.
- 8 <http://rebenok-plavaet.ru/zacem-osobomu-rebenku-plavat-i-s-cego-nacat>
- 9 <https://xn--35-jlcdbauwtgbin.xn--p1ai/gidroreabilitaciya-detej-s-ovz-rannego-vozrasta/>

УДК 37.04-053

## РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ: ОПЫТ РЕГИОНА

Соболева М.Е., Силинская Ю.П.

БУ ВО «Областной центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»,  
Россия, г. Вологда

## DEVELOPMENT OF INDIVIDUAL EARLY ASSISTANCE PROGRAM: EXPERIENCE OF THE REGION

Soboleva M., Silinskaya Y.

Regional center of psychological and pedagogical, medical and social assistance, Russia, Vologda

**Аннотация.** В статье представлен опыт работы областного центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи г. Вологды по разработке индивидуальной программы ранней помощи детям. Специалистами описан алгоритм взаимодействия специалистов при психолого-педагогическом сопровождении детей раннего возраста и их семей.

**Abstract.** The article presents the experience of the regional center of psychological, pedagogical, medical and social assistance in Vologda to develop an individual program of early assistance to children. The authors describe the algorithm of interaction of specialists in psychological and pedagogical support of young children and their families.

**Ключевые слова:** ранняя помощь, раннее выявление, индивидуальная программа ранней помощи, психолого-педагогическое сопровождение, дети с ограниченными возможностями здоровья.

**Keywords:** early assistance, early detection, mobile teams, psychological and pedagogical support, children with disabilities.

Оказание ранней помощи детям с различными нарушениями в развитии является актуальным в сфере образования. В последние годы в Российской Федерации сохраняются негативные тенденции в динамике состояния здоровья детей. По данным официальной статистики, численность детского населения неуклонно сокращается, а распространенность патологии и заболеваемость среди детей ежегодно увеличивается на 4-5% [1].

Эффективность работы специалистов по психолого-педагогическому сопровождению семей, воспитывающих детей раннего возраста, является приоритетным направлением деятельности Областного центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (г. Вологда).

Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 года № 1839-р, предполагается разработка и реализация индивидуальной программы ранней помощи (далее - ИПРП) в целях сопровождения детей раннего возраста с различными нарушениями развития. Данная концепция стала основой для разработки специалистами службы ранней помощи Областного центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (г. Вологда), созданной в процессе реализации Комплекса мер Вологодской области по формированию современной инфраструктуры служб ранней помощи при содействии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, формы и алгоритма реализации ИПРП.

В структуру ИПРП входят следующие разделы: анкетные данные ребенка и его семьи, сведения об инвалидности и заключении ПМПК, жалобы родителей, социальный паспорт семьи, анамнез ребенка, результаты первичного психолого-медико-педагогического обследования, содержание программы (задачи, формы работы с родителем и ребенком, сроки реализации программы, циклограмма реализации программы, критерии оценки результативности).

Реализация ИПРП предполагает работу команды специалистов с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с различными нарушениями развития. В целях организации командного взаимодействия и повышения эффективности психолого-педагогического сопровождения целевой группы Областным центром психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (г. Вологда) разработан алгоритм разработки индивидуальной программы ранней помощи [2].

1 Запись на прием к координатору службы ранней помощи осуществляется при обращении родителя (законного представителя) в регистратуру центра ППМС-помощи после обследования на ПМПК (приема у специалиста) или по письменной заявке на электронную почту учреждения.

2 На приеме координатора службы проводится первичное обследование ребенка с использованием наблюдения, шкалы нервно-психического развития, диагностической беседы с родителями (законными представителями), анкетирования. По результатам первичного обследования координатор определяет специалистов для проведения углубленной диагностики, при необходимости направляет ребенка на комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ПМПК.

3 Углубленное обследование проводят следующие специалисты: педагоги-психологи, учителя-логопеды, учителя-дефектологи, врачи-специалисты. По результатам обследования определяются задачи, направления и формы работы с ребенком и его семьей.

4 Координатор службы ранней помощи объединяет данные из индивидуальных протоколов обследования специалистов и рекомендации в единый документ - проект ИПРП. Назначается ведущий специалист.

5 Проект ИПРП изучается специалистами, проводившими комплексное психолого-медико-педагогическое обследование, при необходимости вносят в проект изменения и дополнения.

6 После согласования проекта ИПРП координатор службы ранней помощи знакомит с проектом ИПРП родителя (законного представителя), консультирование по вопросам совместной работы с ребенком.

7 Реализация ИПРП осуществляется через запланированные мероприятия. Специалистами службы ранней помощи реализуются следующие формы занятий:

- индивидуальные занятия;
- групповые занятия (от 2 до 7 человек);
- логопедическая помощь (логопедический массаж);
- участие в консультативно-методическом клубе «Помоги своему ребенку»;
- домашнее визитирование.

8 По итогам реализации ИПРП специалисты службы ранней помощи проводят промежуточное и итоговое обследование, направленное на определение динамики целевых показателей. Промежуточная и итоговая оценка результативности реализации ИПРП проводится с использованием тех же методов и методик, что и оценка при составлении проекта ИПРП, а также включает в себя оценку удовлетворенности родителей (законных представителей), других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц полученными услугами.

9 Специалисты и родители (законные представители) обсуждают итоговые результаты реализации ИПРП, в случае необходимости принимают решение о пролонгировании программы и (или) внесении в нее изменений.

Реализация ИПРП завершается, если ребенок больше не нуждается в услугах ранней помощи, так как цели ИПРП достигнуты; поступил в детский сад и успешно осваивает образовательную программу; достиг возраста 3-х лет и отсутствует необходимость пролонгирования ИПРП; достиг возраста 7 лет (в случае пролонгации ИПРП после 3-х лет).

Данный алгоритм разработки и реализация ИПРП позволяет организовать и скоординировать совместную деятельность специалистов службы ранней помощи в центре ППМС-помощи и родителей (законных представителей) в целях оказания эффективной помощи детям с ОВЗ и детям «группы риска» раннего возраста.

#### **Список литературы:**

1 Приходько О.Г., Югова О.В. Система ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям. - М., 2015.

2 Соболева М.Е., Субботина Ю.И. Алгоритм разработки и реализация индивидуальной программы ранней помощи в центре психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи [Электронный ресурс] // Сборник научно-практических материалов Региональной межведомственной конференции «Жизнь без барьеров» / автор-составитель О.Н. Беляева; под общей редакцией Т.А. Пескишевой. – Череповец: Управление образования мэрии г. Череповца, 2018 - URL: <http://np-detsad.ru/images/2018/klub/life-bez-barierov.pdf>

**УДК 616.831-009.11-085-053.2**

### **АНАЛИЗ ФОРМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ И РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ДЦП И ДРУГИМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ. ОПИСАНИЕ СОВРЕМЕННОГО ПОДХОДА К ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ РЕБЁНКА С ДЦП И ДРУГИМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

Тевкина Е.В.

ООО «Артель Блаженных», Россия, Москва

**ANALYSIS OF FORMS OF INTERACTION BETWEEN SPECIALISTS AND PARENTS OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY AND OTHER MOTOR DISORDERS. DESCRIPTION OF THE MODERN APPROACH TO THE ORGANIZATION OF**

# ASSISTANCE AND SUPPORT FOR FAMILIES OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY AND OTHER MOTOR DISORDERS

Tevkina E. V.

Artel of the Blessed, Russia, Moscow

**Аннотация.** В данной работе мы проводим сравнительный анализ современных методов абилитации и реабилитации детей с двигательными нарушениями на первом году жизни, на основе многолетнего опыта семей с такими детьми, включенных в проекты социального предприятия «Артель Блаженных» и анализа их реабилитационных маршрутов.

**Abstract.** In this research we conduct comparative analysis of modern habilitation and rehabilitation methods for children with movement disorders starting from the first year of child's life. The work based on long-term experience of such families included in LLC «Artel' Blazhennyh» ("Artel of the Blessed") project and their rehabilitation ways analysis.

**Ключевые слова:** абилитация, реабилитация, ДЦП, детский церебральный паралич, нарушение двигательного развития, младенец, группа, поддержка семьи

**Keywords:** habilitation, rehabilitation, cerebral palsy, CP, штафте, group, family support.

**Актуальность.** Вопрос эффективной и своевременной поддержки семей, в которых родился ребёнок с нарушениями двигательного развития, с первых месяцев жизни ребёнка, актуален и требует организации новых, современных форм абилитации. Основной задачей организации новых форм взаимодействия специалистов и семей детей с нарушениями развития мы видим обучение родителей способам ухода и перемещения младенца, которые могут принципиально изменить своевременность и качество освоения моторных навыков у младенца, и снизить количество стрессовых факторов, влияющих на ребёнка и семью в первый год жизни ребёнка.

Цель: провести сравнительный анализ разных форм абилитации/реабилитации детей с ДЦП и другими двигательными нарушениями на первом году жизни.

Последние 20 лет активно мы активно участвуем в процессах абилитации и социальной реабилитации детей с ДЦП и другими двигательными нарушениями. Причём и как родители ребёнка с ДЦП, так и специалисты и организаторы проектов для абилитации и социальной реабилитации детей. Мы хотели бы сделать обзор эффективности форм взаимодействия во время абилитации и реабилитации между специалистами и семьями детей с ДЦП и другими двигательными нарушениями, а так же, сделать попытку обосновать эффективность тех или иных способов помощи.

Традиционно, виды помощи семьям с особыми детьми включают в себя:

- единичные консультации специалистов разных специальностей;
- курсовую реабилитацию; индивидуальные домашние занятия (массаж, ЛФК, физическая терапия, войта терапия, Бобат-терапия и тд);
- посещение 2-3 раза в неделю занятий в медицинском или педагогическом центре; выезды в санатории или зарубежные центры реабилитации.

Разберём плюсы и минусы некоторых форм.

Почему консультативные формы не приносят должного результата в области двигательного развития ребёнка с ДЦП и другими нарушениями двигательного развития?

1 Специалист видит ребёнка короткий промежуток времени, в незнакомой для ребёнка обстановке.

2 Ребёнок может быть истощен или возбужден после дороги и не проявлять ни двигательных возможностей, ни проблем, в полной мере.

3 У ребёнка нет времени адаптироваться и освоиться в ситуации.

4 Мама младенца может находиться в стрессовом состоянии. Есть вероятность высокой тревожности, и в связи с этим, довольно низкого уровня восприятия информации во время консультации.

5 Часто родитель не готов психологически к адекватному восприятию информации от специалиста, и тогда ему сложно быть внимательным и активным участником дальнейшего обсуждения шагов и этапов абилитации ребёнка.

6 Родители не обладают достаточными компетенциями в области развития ребёнка первого года жизни. Могут не знать о тонкостях и нюансах двигательного развития ребёнка первого года жизни.

7 Освоение большого количества знаний и практических навыков требует времени, и невозможно в режиме консультации

8 Родитель выстраивает логику абилитации/реабилитации ребёнка на основании своих представлений о том, как должна выглядеть абилитация, почерпнутых из общения с другими родителями и СМИ. В связи с этим часто воспринимает рекомендации специалиста с высоким уровнем критичности, или включает механизмы защиты.

9 Если рекомендации специалиста не совпадают или расходятся с представлениями родителя, то родители не считают выполнение их важным или полезным ребёнку.

10 Информация, которую родители получают из СМИ не всегда качественная и, зачастую, содержит много непроверенных и заведомо ложных фактов.

11 Когда родители заняты уходом за новорожденным или младенцем с особыми потребностями, у них может не хватать времени на выполнение рекомендаций специалистов, связанных с двигательным развитием ребёнка. Специалисты, в свою очередь, не всегда представляют реалии конкретной семьи.

Обучение ребёнка с особенностями в развитии процесс более сложный, чем обучение обычного ребенка. Поэтому, объём новых навыков и методов родительского взаимодействия с особым ребенком невозможно донести за время консультации. Тем более невозможно достичь понимания целей и задач абилитации - а это основное условие активного включения родителей.

Достоинства другой формы абилитации/реабилитации - возможность пройти курс в стационаре, в больнице или центре реабилитации в том, что ребенка за короткий промежуток времени и в одном месте могут осмотреть, проконсультировать врачи и специалисты разных специализаций; а также возможно дополнительное обследование для более точной диагностики

Рассмотрим недостатки того, что ребёнок с двигательными нарушениями и его мама длительные периоды вынужденные находиться в больнице. Конечно, мы не рассматриваем ситуацию, в которой требуется срочное хирургическое вмешательство или срочная медикаментозная терапия.

#### 1 Повышенный риск заболеваний.

Младенец и его родители часто испытывают стресс, находясь вне дома, в непривычной ситуации и вынуждены жить большие временные промежутки времени в напряженном темпе. Это может негативно влиять на защитные функции организма и иммунитет. Дети болеют и заражают друг друга, что не только способствует снижению эффекта реабилитации, но и истощает ресурсы семьи.

#### 2 Необходим длительный период адаптации.

Двигательные занятия в такой ситуации нельзя назвать высоко-эффективными, потому что период адаптации у ребенка долгий, и за 2-3 недели малыш только начинает привыкать к новой среде и новому окружению.

#### 3 Не везде действует принцип междисциплинарного подхода и командная работа.

В больницах и центрах реабилитации врачи и специалисты разных направлений не всегда работают командой с одним подходом, видением проблемы, в одной концепции. В этом случае родители получают разрозненную, противоречивую информацию, с которой им не всегда понятно, что и как делать дальше.

4 Ребенок, освоивший некоторое количество навыков, в случае сниженного интеллекта или нарушения познавательного интереса, не всегда способен воспользоваться ими в условиях жизни вне стационара. В некоторых случаях, ребенок начинает применять

умение, осваивая его через компенсаторные механизмы, и закрепляя стереотипные патологические двигательные паттерны.

Форма занятий, когда родители ежедневно в течении двух-трёх недель возят младенца на курс занятий в медицинский центр.

Достоинства такой формы - возможность высокого уровня и качества оказания услуг.

Недостатки этого подхода в том, что:

- младенец много времени находится в дороге;
- время самостоятельной активности ребёнка в течение этого времени значительно снижено;
- родители устают, и в эти периоды, не могут организовывать и поддерживать дома двигательные занятия с малышом.

Центр Лечебной Педагогике г. Москва организовал оказание услуг для молодых родителей по принципу РЕКIP, в России программа известна под названием: «Родители и дети: первый год».

Сильные стороны этой программы:

- безоценочная и тактичная поддержка ведущим всех участников группы;
- поддержка группы;
- доверительные отношения;
- своевременно «запускается» подражание между детьми - а это один из важнейших элементов развития ребёнка, который часто упущен в организации жизни ребёнка с ДЦП или другими двигательными нарушениями;
- облегчённый способ обучения в группе, учитывая особенности и предпочтения своего ребёнка. Ценно, что у родителей есть возможность понаблюдать, как получается или с первого раза - не получается выполнение упражнения с ребёнком у другого родителя. Это даёт положительный эффект и увеличивает уверенность в своих компетенциях;
- ранее выявление проблем в развитии ребёнка;
- своевременное обучение бережным способам ухода, укладки, перемещения.

Это даёт возможность любому ребёнку, и особенно ребёнку с патологией или легкой неврологией в первые три-четыре месяца обеспечить базовые потребности в комфорте и положении тела. А также использовать грамотные медленные способы перемещения через физиологичные асимметричные скрученные движения, что в разы уменьшает провокации рефлекторной активности, в том числе снижает риск выработки и закрепления стереотипных патологических рефлекторных движений.

Что, в свою очередь, не создаёт необходимости у ребёнка компенсировать высоким напряжением и глобальным разгибанием резкое и болезненное попадание в крайние положения тела, головы или конечностей, в момент действия рефлекса.

Обучение двигательным играм и упражнениям, которые подбираются ведущим согласно не только возрастным и физическим возможностям, но и уровню моторного развития. Это напрямую влияет на своевременное освоение умений и навыков, в том числе на двигательное развитие.

Атмосфера группы, создание эргономичной среды, в которой ребёнку посилено выполнение различных активностей, поддержка свободной активности и интереса даёт эффект «веры в свои силы». И часто именно на группе ребёнок делает первые попытки новых умений или моторных навыков.

Занятия на группе «Созвучие. Сонастройка. Мягкая коррекция» отличается от программы «Родители и дети: первый год» более глубоким и детальным подходом в области моторного развития. Последние два года под эгидой социального предприятия «Артель Блаженных» работал интегративный проект, в рамках которого были организованы группы поддержки для родителей детей первого года. В группе были семьи с детьми с нормотипичным развитием, и семьи с детьми с задержками и нарушениями двигательного развития. Разница в возрасте у малышей в группе была не более 2-х месяцев. Родители детей с ДЦП и другими нарушениями двигательного развития присоединялись в группу, в



зависимости от уровня развития моторных навыков. Курс занятий составлял десять недель. Занятия проходили один раз в неделю. В группах работал ведущий - физический терапевт и психолог. Поддержку осуществляли начинающие специалисты и волонтеры.

Родители обучались навыкам придания комфортного и физиологичного положения младенца, и видам укладок. Освоение и использование родителями этих знаний в первые месяцы жизни ребёнка, помогают малышу освоить положение, научиться распределять вес, организовать позу, своевременно начать осваивать двигательные навыки.

Ведущий на каждом занятии подбирает, объясняет, и помогает выполнить несколько актуальных и полезных игр и упражнений, в том числе коррекционных, на каждом этапе развития младенца.

В рамках проекта, для помощи и поддержки родителей были организованы семинары и тренинги по запросам родителей, в том числе с мастерами различных двигательных практик. Возможность не только слушать объяснения физического терапевта, а самому двигаясь, понимать и чувствовать, как устроена биомеханика движения, значительно повысила эффективность обучения.

Ещё одним важным компонентом поддержки и обучения родителей стал патронаж и занятия с выездом домой физического терапевта или начинающего специалиста. Это позволило обеспечить необходимым количеством двигательных занятий в комфортном ритме и режиме ребёнка.

Таким образом, такая модель поддержки семей с детьми первого года жизни с ДЦП и другими двигательными нарушениями включает обучение теории, практики, патронаж, занятия с физическим терапевтом и психологическую составляющую, что обеспечивает раннюю, своевременную помощь, показывает высокую эффективность, и положительно влияет на качество формирования развития моторных навыков.

**Выводы.** Чтобы создать эффективную систему поддержки и помощи семьям с детьми с двигательными проблемами, и обеспечить качественную абилитацию/реабилитацию ребёнка раннего возраста нужно активно развивать такую форму взаимодействия между специалистами и родителями детей с ДЦП или другими двигательными нарушениями, при которой будет обеспечены:

- ранняя диагностика нарушений;
- взаимодействие с родителями и членами семьи как с котерапевтами; обучение и целеполагание;
- интегративная среда для особого ребенка с первых дней жизни;
- комфортный режим занятий, с учетом реалий каждой отдельной семьи;
- повышенное внимание к позиционированию и формированию правильных двигательных навыков;
- стимуляция собственной активности ребенка;
- получение родителями позитивного опыта от совместного времяпрепровождения с ребенком.

Опыт проекта «Созвучие. Сонастройка. Мягкая коррекция» дает методическую базу для развития и тиражирования программ эффективной помощи семьям с особыми детьми.

#### **Список литературы:**

- Ключкова Е.В. Введение в физическую терапию. Реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы [Электронный ресурс] / Е.В. Ключкова. - Эд. Изд. - Эле науч.-попул. эл. издание / М.: Теревинф, 2015. - 290 с.
- Философия здоровья: от лечения к профилактике и здоровому образу жизни: руководство для врачей, специалистов по реабилитации и студентов / под ред. Е.В. Ключковой. - М.: Теревинф, 2009. - 272 с.
- Зельдин Л.М. Развитие движения при различных формах ДЦП. - М.: Теревинф, 2014. - 136 с.

УДК 37.04-053

## МОБИЛЬНЫЕ БРИГАДЫ СПЕЦИАЛИСТОВ КАК РЕСУРС ДОСТУПНОЙ И КАЧЕСТВЕННОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Токарева И.А., Соболева М.Е.

БУ ВО «Областной центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»,  
Россия, г. Вологда

## MOBILE TEAMS OF SPECIALISTS AS A RESOURCE OF AFFORDABLE AND HIGH-QUALITY ASSISTANCE TO FAMILIES RAISING YOUNG CHILDREN

Tokareva I., Soboleva M.

Regional center of psychological and pedagogical, medical and social assistance, Russia, Vologda

**Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы раннего выявления детей с ограниченными возможностями здоровья и психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей раннего возраста с нарушениями развития, проживающим в удаленных районах Вологодской области. Представлена вариативная модель психолого-педагогического сопровождения семей с детьми раннего возраста мобильными бригадами специалистов. Выделены и описаны этапы данного сопровождения.

**Abstract.** The article deals with the issues of early detection of children with disabilities and psychological and pedagogical assistance to families raising children with early development disorders living in remote areas of the Vologda region. A variable model of psychological and pedagogical support of families with young children by mobile teams of specialists is presented. The stages of this support are highlighted and described.

**Ключевые слова:** ранняя помощь, раннее выявление, мобильные бригады, психолого-педагогическое сопровождение, дети с ограниченными возможностями здоровья.

**Keywords:** early assistance, early detection, mobile teams, psychological and pedagogical support, children with disabilities.

Практика работы центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (далее - центр ППМС-помощи) показывает, что ежегодно увеличивается количество детей с ограниченными возможностями здоровья (далее - ОВЗ) и усложняется структура нарушений их развития. Ранняя психолого-педагогическая помощь детям «группы риска» и детям с ОВЗ позволяет достичь максимально возможных результатов в развитии детей и компенсировать нарушенные функции.

БУ ВО «Областной центр ППМСП» на протяжении многих лет уделяет особое внимание вопросам ранней помощи детям. Специалисты центра ППМС-помощи (педагогипсихологи, социальные педагоги, учителя-логопеды, учителя-дефектологи) проводят консультации для родителей (законных представителей), педагогических работников образовательных организаций области по вопросам оказания ранней помощи детям, комплексное психолого-медико-педагогическое обследование детей, индивидуальные и групповые коррекционно-развивающие занятия с малышами и семьями, в которых они воспитываются [1].

Участие в реализации комплекса мер Вологодской области по формированию современной инфраструктуры служб ранней помощи, реализуемого при содействии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, позволило в 2018 году открыть в центре ППМС-помощи службу ранней помощи.

Географическое расположение муниципальных образований области имеет следующие особенности: удаленность населенных пунктов друг от друга, в том числе от мест получения необходимых услуг, сложности в транспортном сообщении в силу значительной протяженности территории области. Поэтому деятельность мобильных бригад

специалистов является необходимостью и ключевым ресурсом в оказании помощи семьям, воспитывающим детей раннего возраста.

Порядок работы мобильных бригад определен вариативной моделью психолого-педагогического сопровождения детей, их семей, проживающих в удаленных районах Вологодской области.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ в удаленных районах мобильной бригадой специалистов осуществляется в несколько этапов: диагностический, поисково-вариативный, практико-действенный, итоговый.

Цель диагностического этапа - выявление ребенка испытывающего трудности в развитии. На данном этапе проводится первичное и (или) комплексное психолого-педагогическое обследование детей.

Поисково-вариативный этап реализуется через разработку оптимального маршрута психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ - индивидуальной программы ранней помощи (ИПРП).

Данный этап начинается с обсуждения командой специалистов трудностей ребенка с ОВЗ, результатов диагностического обследования. Каждый специалист, в пределах собственной профессиональной компетенции и с учетом проведенного обследования ребенка, предлагает варианты маршрута психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ. После детального определения всех потребностей развития и коррекции нарушений развития ребенка с ОВЗ, с учетом рекомендаций ПМПК по организации психолого-педагогического сопровождения и мнения команды специалистов БУ ВО «Областного центра ППМСП» определяются пути оказания помощи семье.

Цель практико-действенного этапа - реализация психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ.

Практико-действенный этап может включать разные варианты психолого-педагогического сопровождения. Помощь ребенку с ОВЗ оказывают педагогические работники дошкольных образовательных организаций, консультативных пунктов по месту жительства ребенка, используя методические рекомендации специалистов БУ ВО «Областного центра ППМСП». Специалисты БУ ВО «Областной центр ППМСП» на данном этапе оказывают помощь детям, их родителям (законным представителям) и педагогическим работникам образовательных организаций через психолого-педагогическое консультирование: очное (по записи как в центре, так и в образовательной организации муниципального района) и дистанционное (по телефону, электронной почте, скайпу).

Целью итогового этапа является отслеживание эффективности психолого-педагогической сопровождения и при необходимости корректировка индивидуальной программы ранней помощи.

Практико-действенный этап работы мобильных бригад специалистов часто осуществляется посредством дистанционных форм взаимодействия. Дистанционное консультирование в учреждении осуществляется по телефону, электронной почте, скайпу.

Для повышения психолого-педагогической компетентности родителей, воспитывающих детей раннего возраста, разработан цикл вебинаров. Данный цикл состоит из двух блоков.

1 Повышение профессиональной компетентности педагогических работников дошкольных образовательных организаций, центров ППМС-помощи в целях последующего обучения родителей по вопросам воспитания и развития детей.

2 Повышение психолого-педагогической компетентности родителей, воспитывающих детей раннего возраста по вопросам воспитания и развития детей.

Реализация данного цикла осуществляется в дистанционной форме посредством использования платформы для организации и проведения вебинаров.

В целом, за год работы службы получены значительные результаты:

1) услуги ранней помощи получили 645 детей, из них - 347 проживают в удаленных районах Вологодской области;

2) 560 родителей обучены по вопросам развития, воспитания и абилитации детей раннего возраста, из них - 291 из удаленных районов Вологодской области;

3) 787 педагогов дошкольных образовательных организаций проконсультированы по вопросам работы с родителями, воспитывающими детей раннего возраста, из них 434 - из образовательных организаций удаленных районов области.

Организация работы службы ранней помощи, в том числе деятельности мобильных бригад специалистов в удаленных районах области позволила обеспечить доступность получения качественных услуг квалифицированных специалистов семьям, воспитывающим детей раннего возраста.

#### **Список литературы:**

1 Соболева М.Е., Субботина Ю.И. Алгоритм разработки и реализация индивидуальной программы ранней помощи в центре психологопедагогической, медицинской и социальной помощи [Электронный ресурс] // Сборник научно-практических материалов Региональной межведомственной конференции «Жизнь без барьеров» / автор-составитель О.Н. Беляева; под общей редакцией Т.А. Пескишевой. - Череповец: Управление образования мэрии г. Череповца, 2018. - URL: <http://np-detsad.ru/images/2018/klub/life-bez-barierov.pdf>

#### **УДК 376.1**

### **РОЛЬ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА В ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Шалкина А.Н.

Череповецкий центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи,

Россия, г.Череповец

### **ROLE OF A SPECIAL NEEDS TEACHER IN DETECTION OF DEVELOPMENTAL DISORDERS OF EARLY CHILDHOOD**

Shalkina A.

Cherepovets Center of Psychological, Pedagogical, Medical and Social Aid,

Russia, Cherepovets

**Аннотация.** В статье рассмотрен ранний возраст, как важнейший период становления функциональных систем для всего последующего умственного, физического, речевого и эмоционального развития ребенка. Определена роль учителя-дефектолога в процедуре раннего вмешательства. Выделены основные моменты, требующие повышенного внимания со стороны родителей и педагогов на определенных возрастных этапах развития. Приведены критерии оценки, используемые в ходе психолого-педагогического обследования детей раннего возраста.

**Abstract.** In the article the early childhood is considered as the most important fledging period of functional systems for the further mental, physical, speech and emotional development of a child. The role of a special needs teacher in early intervention procedure is determined. The key aspects requiring a particular attention from parents and teachers at the particular age stages of development are defined. The criteria for evaluation used in the psychological and pedagogical assessment of early childhood are identified.

**Ключевые слова:** ранний возраст, раннее вмешательство, психолого-педагогическое обследование детей раннего возраста, роль учителя-дефектолога в процедуре раннего вмешательства.

**Keywords:** the early childhood, the early intervention, the psychological and pedagogical assessment of early childhood, the role of a special needs teacher in early intervention procedure

Ранний возраст - период становления функциональных систем, формирования высших корковых функций. Этот возраст представляет собой и важный этап с точки зрения эффективности психолого-педагогического воздействия. В связи с этим особое значение приобретает ранняя диагностика психомоторного и речевого развития, которая позволяет целенаправленно проводить коррекцию выявленных нарушений. В настоящее время раннему возрасту уделяется самое пристальное внимание со стороны врачей, педагогов.

Отклонения в моторном, психическом, речевом и эмоциональном развитии, которые проявляются уже в раннем возрасте, отрицательно влияют на дальнейшее развитие ребенка, вызывая трудности в овладении чтением, письмом и счетом, являются причиной появления вторичных отклонений и школьной дезадаптации.

Дефицит помощи в раннем возрасте сопровождается невосполнимыми потерями. В этот период важен не только год, но даже месяц, неделя и день.

Определение уровня актуального развития ребенка, соответствия или несоответствия его нормативно-возрастным показателям происходит во время консультативных приемов на базе Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (далее Центр ППМСП). Следует отметить, что обращение родителей за консультацией учителя-дефектолога в Центр ППМСП носит систематический характер. Это связано с прохождением процедуры медико-социальной экспертизы, возросшим интересом родителей к психологии и педагогике раннего возраста, пониманием того, что ребенка необходимо обучать, придавая особое значение имеющимся особенностям его развития, а не только присматривать и ухаживать за ним.

На консультацию к учителю-дефектологу все чаще обращаются родители, воспитывающие одного нормотипичного ребенка и ребенка с отклонениями в развитии.

Нами выделены основные моменты, требующие повышенного внимания со стороны родителей, педагогов, медицинских работников на определенных возрастных этапах развития.

**В каких случаях нужно проявлять беспокойство по поводу возможных нарушений развития у ребенка?**

**Если к концу третьего месяца наблюдается:**

- беспокойное, «болезненное» выражение лица ребенка;
- снижение двигательной активности и мышечного тонуса, ребенок лежит в позе «лягушки»;
- повышение двигательной активности, длительный тремор (дрожание) конечностей, подбородка в покое, спонтанные вздрагивания, судороги;
- ограничение движений в одной или двух конечностях (правых, левых);
- недостаточность или отсутствие слежения за игрушками, предметами, реакции на звуки;
- отсутствие улыбки, «комплекса оживления», слухового сосредоточения во время общения со взрослым.

**Если к концу первого полугодия наблюдается:**

- отсутствие или слабая выраженность положительных эмоций при восприятии предметов;
- недостаточное развитие мануальных действий;

**Если к концу второго полугодия жизни:**

- не сформирована потребность в сотрудничестве со взрослым, наблюдается отсутствие понимания речи взрослого, отсутствие лепета, нет стремления и умений с помощью действий извлечь максимум информации о предмете;

- ребенок не проявляет любознательности, определенной степени настойчивости в попытках завладеть предметом, обследовать его;
- у ребенка врожденные пороки развития анатомических органов речи (например, расщелина губы и неба).

**Если к концу первого полугодия второго года жизни:**

- отсутствует интерес к предметному миру, знакомство с новыми игрушками ограничивается беглыми взглядами;
- манипуляции представлены единичными однотипными действиями, на всех действиях ребенка лежит некая тень равнодушия, безразличия;
- ребенок мало подражает взрослому, пассивно воспринимает и поощрение, и похвалу;
- у ребенка не появилось ни одного осмысленного слова, он плохо понимает речь, когда не видит губ, пристально присматривается к вашей артикуляции, не использует мимику и жесты, не понимает простых просьб, не отзывается на собственное имя;
- одновременно с бурным началом речевого развития ребенок начинает делать паузы и остановки, у него появляются повторы слов, нарушения дыхания во время речи в виде судорожного вдоха, всхлипывания.

**Если к концу второго полугодия второго года жизни:**

- отсутствуют культурно-фиксированные действия.

**Если на третьем году жизни наблюдается:**

- полное отсутствие активной речи, полное отсутствие реакции на словесное обращение взрослого;
- игнорирование ребенком образцов действий, предложенных взрослым, ребенок не действует с предметами в соответствии с их назначением;

Следует отметить, что в процессе психолого-педагогического обследования детей раннего возраста имеются особые трудности, связанные с многообразием и сложной структурой имеющихся нарушений, возрастными особенностями[1].

В ходе психолого-педагогического обследования учитель-дефектолог использует различные методы: изучение медицинской документации детей, сбор и анализ анамнестических данных, педагогическое наблюдение в процессе свободной деятельности, индивидуальный обучающий эксперимент, беседу.

В процессе предъявления заданий учитель-дефектолог выявляет как ребенок принимает их, как выполняет, необходима ли помощь, каков ее характер и объем. Учителем-дефектологом анализируются: сформированность представлений об окружающем мире и о пространственной ориентации, зрительно-моторной координации, графической деятельности, общей и мелкой моторики, речи; отмечается вступление в контакт; сформированность социальных навыков (обращается внимание на следующие качества: активность-пассивность, деятельность - инертность; выявляются особенности преобладающего настроения (бодрое, спокойное, неустойчивое, раздражительное; резкие колебания настроения) и поведения ребенка); особенности двигательного развития (способность самостоятельно ходить, сидеть, брать мелкие предметы) и познавательной деятельности.

Психолого-педагогическая диагностика основывается на знаниях, накопленных в области коррекционной педагогики (С.Д. Забрамная, И.Ю. Левченко, К.Л. Печора, Г.В. Пантюхина, Е.А. Стребелева, Э.Л. Фрухт, Н.Д. Шматко, и др.)[4].

Анализ особенностей, выявленных при конкретном обследовании ребенка в сопоставлении с нормативными характеристиками, дает основание для заключения об отсутствии или наличии нарушений, что позволяет сделать выводы о необходимости дальнейшего наблюдения за ребенком или об оказании психолого-педагогической помощи уже на данном этапе развития.

После углубленного обследования ребенка в рамках консультативного приема осуществляется организация ранней психолого-педагогической помощи учителем-дефектологом посредством проведения индивидуальных занятий.

На индивидуальных занятиях учителю-дефектологу отводится основная роль. Проведенный анализ собственных наблюдений, литературных источников позволил выделить основные требования, которых должен придерживаться учитель-дефектолог:

- ставить перед родителями краткосрочные цели;
- вести глубокую разъяснительную работу, связанную с нехваткой информации родителями;
- показывать, как и чем необходимо заниматься, чем заинтересовать ребенка;
- создавать условия для проявления и развития ведущей деятельности;
- учить родителей (маму) фиксировать весь ход занятия [2,3].

Первоначально от родителей требуется лишь повторять дома задания, копировать действия учителя-дефектолога и их последовательность, иногда перенимая его поведение, интонацию, учить действовать «рука в руке» и т. д. В начале последующих занятий учитель-дефектолог просит показать, как делали дома то или иное упражнение, что получилось и что не получилось, в последнем случае определяя (для себя) причину неудачи матери, и изменяя характер или вид задания; учитывает состояние родителей; помогает создать комфортную и безопасную развивающую среду. Учитель-дефектолог должен видеть в родителях не «объект своего воздействия», а равноправного партнера, объяснять родителям, что не следует сравнивать достижения своего ребенка с умениями других детей. Сравнение возможно лишь с тем, что ребенок мог ребенок делать ранее.

Таким образом, ранее вмешательство учителя-дефектолога и активное участие родителей может исключить необходимость компенсирующего обучения в старшем дошкольном возрасте и дает возможность более широкого выбора типа школьного обучения. Учитывая особенности развития ребенка раннего возраста, имеющиеся нарушения, учитель-дефектолог должен обращать постоянное внимание на позицию родителей по отношению к ребенку и его особенностям, осуществлять эмоциональную поддержку, сочувствовать родителю и располагать его к себе, нести точную и корректную информацию о нарушении развития, об изменении состояния развития ребенка, объяснении особого состояния, составлять совместный план дальнейших действий.

#### **Список литературы:**

1. Баженова О.В. Диагностика психического развития детей первого года жизни. - М.:Изд-во МГУ, 1986.
2. Бельковец С.М., Саломатова О.С., Букатова М.С. Работа с детьми раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья по программе «Первые шаги»// Вестник практической психологии образования. - 2008.- № 14 (17).- С. 125-128.
3. Павлова Л.Н. Раннее детство. Познавательное развитие.1-3 года: Метод. пособие / Л. Н. Павлова, Е. Б. Волосова, Э. Г. Пилюгина. - М.: Мозаика-Синтез, 2006.
4. Пантюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста. - М., 1998.

**Сборник статей**

**II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ  
РАННЯЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ:  
ТРАЕКТОРИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА**

ISBN 978-5-6042039-7-2



Подписано в печать 20.10.2019 г. Формат 60x84<sub>1/16</sub>.  
Объем 6 п.л. Тираж 50 экз. Заказ 2010/2019

Отпечатано в типографии «ЦИАЦАН»  
СПб, пр. Энергетиков, 70/Б, пом. 113  
8-981-969-45-55; e-mail: CIACAN@yandex.ru  
<http://cn.spb.ru>