

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ»

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ ДЕТЯМ РАННЕГО
ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Ставрополь
«АГРУС»
2019

УДК 373.2:37.015.3
ББК 88.8:74.1
П86

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
ГБОУ ВО «Ставропольский
государственный педагогический институт»

Рецензенты:

А. В. Шумакова, доктор педагогических наук,
профессор, Почетный работник высшего профессионального образования РФ,
зав. кафедрой общей педагогики и образовательных технологий
ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт»;

Л. Ф. Хайртдинова, директор АНО ДПО «Институт абилитации», кандидат
педагогических наук, доцент, доцент кафедры специальной педагогики и психологии
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный педагогический университет
им. М. Акмуллы», г. Уфа, Республика Башкортостан

Авторский коллектив:

Е. С. Слюсарева (гл. 1, 4, 5), Н. Н. Мизина (гл. 6),
Е. В. Заика (гл. 4), О. А. Косикова (гл. 2), С. В. Денисова (гл. 4),
С. М. Исаева (гл. 4), В. И. Мелихова (гл. 3, 4), Б. Л. Цыденова (гл. 4)

П86

Психолого-педагогическая помощь детям раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья : учебно-методическое пособие / Е. С. Слюсарева, Н. Н. Мизина, Е. В. Заика и др. ; под ред. Е. С. Слюсаревой. – Ставрополь : АГРУС Ставропольского гос. аграрного ун-та, 2019. – 186 с.

ISBN 978-5-9596-1609-0

Представлены теоретические и практические подходы к организации психолого-педагогической помощи детям раннего возраста «группы риска» и детям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям. Предложены диагностические технологии, используемые в системе психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, рассмотрены направления коррекционно-развивающей работы с детьми. Особое внимание уделяется родителям, воспитывающим детей раннего возраста с ОВЗ.

Адресовано студентам среднего профессионального и высшего образования, слушателям курсов повышения квалификации и переподготовки.

УДК 373.2:37.015.3
ББК 88.8:74.1

ISBN 978-5-9596-1609-0

© Авторский коллектив, 2019
© ГБОУ ВО Ставропольский государственный педагогический институт, 2019
© ФГБОУ ВО Ставропольский государственный аграрный университет, 2019

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в системе образования прочно утвердился подход, обеспечивающий равенство возможностей всех субъектов образовательного взаимодействия.

Данный подход базируется на идее инклюзивного образования, в основу которого положена идеология, которая исключает любую дискриминацию детей и обеспечивает равное отношение ко всем людям, но создаёт особые условия для детей, имеющих особые образовательные потребности. Инклюзивное образование – процесс развития общего образования, который подразумевает доступность образования для всех, в плане приспособления к различным нуждам всех детей, что обеспечивает доступ к образованию для детей с особыми образовательными и коммуникативными потребностями.

Включение ребенка в образовательное пространство возможно только при учете его индивидуальных и специфических особенностей, что предполагает организацию диагностической и коррекционной работы с детьми на максимально раннем возрастном этапе. Первые три года жизни являются чрезвычайно важным и ответственным этапом в развитии ребенка. Значимость этого периода связана с максимальным темпом формирования предпосылок, обуславливающих все дальнейшее развитие человека. В этом возрасте закладываются основы для благополучного развития всех психических функций ребенка, а также фундаментальные личностные образования (общая самооценка, доверие к людям, интерес к окружающему миру и др.).

В раннем детстве необходим контроль за психическим развитием для обеспечения индивидуального психолого-педагогического сопровождения ребенка, соответствующего его психофизическим особенностям; раннего выявления отклонений от норм развития; планирования индивидуальных мер коррекции и профилактики, направленных на создание условий полноценного развития всех сторон психики ребенка.

С этой целью в Ставропольском крае создана и развивается дифференцированная сеть учреждений, осуществляющих диагностику и коррекцию нарушений развития у детей в системе образования, здравоохранения, социальной защиты. В 2017 году на основании приказа Министерства образования Ставропольского края была создана Служба ранней помощи «Растем вместе» на базе Краевого психологического центра.

В 2019 году на базе Краевого психологического центра, структурного подразделения «Служба ранней помощи» была открыта краевая инновационная площадка в сфере образования Ставропольского края, деятельность которой направлена на изучение теоретических и практических аспектов деятельности Служб ранней помощи. Научное консультирование осуществляет Ставропольский государственный педагогический институт.

Результаты данного сетевого сотрудничества представлены в учебно-методическом пособии.

Учебно-методическое пособие является кратким руководством для осуществления психолого-педагогической диагностики и коррекционно-развивающей работы с детьми от рождения до трех лет.

Первая глава пособия посвящена анализу современного состояния системы ранней помощи.

Во второй главе представлено нормативно-правовое обеспечение деятельности Служб ранней помощи, предложены основные документы, которые необходимы специалистам Служб ранней помощи.

Третья и четвертая глава рассматривают организацию и содержание психолого-педагогического обследования детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

В пятой главе рассмотрены основные подходы к организации коррекционно-развивающей работы с детьми раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, предложены программные продукты для разных групп детей.

Особым разделом выступает работа с родителями, воспитывающими детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Научная и практическая значимость учебно-методического пособия состоит в том, предложенные материалы могут быть использованы в качестве научно-методической основы для разработки индивидуальных программ ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, методических рекомендаций для педагогов и родителей, включённых в систему ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.

ГЛАВА 1

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Создавая систему раннего выявления и ранней помощи, необходимо рассматривать ее как базовую часть реабилитации, в том числе реабилитации через образование. В связи с этим предполагается, что содержание, организация и методы психолого-педагогической помощи детям раннего возраста будут обеспечивать непрерывность образования, то есть будут взаимосвязаны с дальнейшим дошкольным и школьным обучением ребенка.

В работах Л. И. Растягайловой, З. М. Дунаевой предлагается система помощи детям с выраженными отклонениями в развитии. Авторы предлагают восемь этапов в организации комплексной помощи:

- первый этап – детальное обследование новорожденных неонатологом, неврологом, генетиком с регистрацией всех адаптивных параметров ребенка в паспорте новорожденного;

- второй этап – подробное изложение в истории диагностических и коррекционных мероприятий с ребенком с особенностями развития в период младенчества (до 1 года), выявление детей группы риска;

- третий этап – дифференциальная диагностика с определением прогноза развития и адекватной коррекционной работы с детьми от одного года до трех лет в условиях соответствующего детского учреждения;

- четвертый этап – выделение ведущих отклонений в развитии ребенка после трех лет с целью их компенсации и подготовки ребенка к школьному обучению;

- пятый этап – дифференциально-диагностическая и психолого-медико-педагогическая работа с целью подбора адекватной формы обучения;

- шестой этап – выявление детей с трудностями школьной адаптации; корректировка программы и условий обучения и воспитания дезадаптированных школьников с максимальным учетом индивидуальных особенностей;

- седьмой этап – ранняя (с 12-13 лет) профессиональная ориентация и соответствующая подготовка в профессиональных школах к трудовой и жизненной адаптации подростков;

- восьмой этап – социальная опека подростков с отклонениями в развитии работниками социальных служб при муниципалитетах, период начальной трудовой адаптации (получение доступной квалификации и внедрение в трудовой коллектив).

На всех этапах должно осуществляться комплексное взаимодействие специалистов: медиков, психологов, педагогов, юристов и социальных работников. (Л. И. Растягайлова, З. М. Дунаева).

Таким образом, признавая интеграцию одной из стратегических задач развития системы специального образования на современном этапе, следует учитывать, что первым и самым главным принципом интеграции является интеграция через раннюю коррекцию. Только грамотно организованная ранняя помощь позволяет значительно снизить степень социальной дезадаптации, достичь максимально возможного для каждого

ребенка уровня общего развития, образования и, как следствие, степени интеграции в общество.

Ориентиром в постановке целей и ожидаемых результатов является Концепция развития образования детей с ОВЗ на 2020-2030 гг.: Развитие ранней помощи в образовании детям с ОВЗ и группы риска: основания, ориентиры и ожидаемые результаты (Н.Н. Малофеев, О.С. Никольская, О.И. Кукушкина, Е.Л. Гончарова) [Концепция развития образования обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья до 2030 г., 2019].

Смысл создаваемой Концепции авторы видят в том, чтобы определить точки роста современного образования детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), выделить и обосновать стратегические направления его развития и ожидаемые результаты. Ключевая точка роста всей образовательной системы – это создание ее нового фундамента – системы ранней (с первых месяцев жизни) помощи детям с ОВЗ и детям группы риска. Это стратегическое и ключевое направление развития образовательной системы в целом.

Рассмотрим основные положения данной Концепции [Концепция развития образования обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья до 2030 г., 2019].

В настоящее время ранняя помощь детям с ОВЗ рассматривается в качестве базового структурного компонента образовательной системы, способного кардинально изменить результативность образовательной системы в целом.

Утверждение о том, что введение ранней помощи в образование детей с ОВЗ способно кардинально изменить эффективность образовательной системы в целом, основано на результатах многолетних зарубежных и отечественных исследований.

Отечественная научная школа специальной психологии и коррекционной педагогики в 1992 году выделила раннюю помощь как приоритетное направление научных разработок и развернула системные исследования в области ранней помощи детям с ОВЗ с различными вариантами нарушений психического развития. Эти исследования продолжаются до настоящего времени, что позволило получить убедительные эффекты ранней помощи разным категориям детей с ОВЗ.

Доказано, что в условиях ранней помощи, основанной на применении подходов, методов и технологий отечественной научной школы коррекционной психологии и коррекционной педагогики, развитие более 50% детей группы риска может приблизиться к возрастной норме, они смогут получать школьное образование в общем потоке без массивной специальной поддержки. Семья сможет сохранить и развивать свой социальный статус.

Доказано, что целенаправленная организация раннего психолого-педагогического выявления детей группы риска с разными вариантами угрозы отклоняющегося развития и немедленная организация ранней помощи, а именно: создание условий воспитания, поддерживающих тенденции нормального возрастного развития и одновременно обеспечивающих профилактику отклоняющегося развития, позволяет существенно снизить риски и добиться продвижения ребенка по пути нормативного развития. Доказано, что подобный эффект может быть обеспечен, если специалист ранней помощи в образовании ориентирован не на коррекцию отдельных видимых проявлений неблагополучия, а на удержание ребенка в логике нормативного психического развития и темповые показатели развития в группе риска являются не определяющими, а дополняющими качественные характеристики развития.

Выполненные исследования позволяют обоснованно определить ожидаемые (и на этой основе планируемые в будущих стандартах) результаты и, соответственно, целевые ориентиры развития ранней помощи детям с инвалидностью, с ОВЗ в образовании.

Первый год жизни. Принципиально важно добиться введения детей в систему ранней помощи уже на первом году, а при необходимости – на первых месяцах жизни. Как показали многочисленные научные исследования, успех вовлечения ребенка с инвалидностью и с ОВЗ в развивающее взаимодействие с близкими взрослыми на первом году жизни определяет динамику всего его дальнейшего психического развития и позволяет максимально реализовать его потенциал.

Непосредственно после рождения специалисты ранней помощи будут иметь дело с тремя группами детей:

1. Дети с очевидной сразу после рождения потребностью в комплексной ранней помощи вследствие выявленных ограничений здоровья (различные по характеру и степени тяжести нарушения слуха, зрения, генетические нарушения, органические поражения центральной нервной системы, двигательной сферы и др.) и возникающей на этой основе угрозы нарушения психического развития.

2. Дети с неочевидными после рождения, но выявляющимися на первом году жизни ограничениями здоровья и проблемами психического развития. Это дети с риском формирования нарушений эмоционально-волевой сферы; задержки психического развития разной природы, системного недоразвития речи разной степени тяжести, нарушений интеллектуального развития разной степени тяжести.

3. Дети без очевидных ограничений здоровья, но с выявляемыми в течение первого года жизни рисками задержки психического развития в связи с неблагоприятной социальной ситуацией развития ребенка в семье. Если в прошлом подобные риски возникали в семьях социально неблагоприятных, где близкими уделяется недостаточно внимания ребенку, то в настоящее время они присутствуют и в семьях с высоким уровнем доходов, где родители тоже недостаточно взаимодействуют со своим ребенком, передоверяя эти функции приглашенному и часто меняющемуся персоналу.

Специалисты ранней помощи на современном этапе будут иметь дело с новой группой детей. Речь идет о детях с измененным функциональным статусом вследствие развития высокотехнологичной медицины, применения новейших медико-биологических и цифровых технологий: это имплантированные глухие, незрячие (в ближайшем будущем), с двигательными нарушениями, с нарушениями артикуляционного аппарата. Исследования глухих детей, прошедших кохлеарную имплантацию во втором полугодии жизни, показывает, что все они нуждаются в специальной психолого-педагогической реабилитации, направленной на гарантированный перевод ребенка на путь развития, типичный для нормально слышащего малыша. Есть основания считать, что дети с другими видами имплантов (зрительных, двигательных и др.) будут нуждаться в подобной психолого-педагогической реабилитации, поскольку высокотехнологичная медицина создает предпосылки, но не обеспечивает нормализации психического развития ребенка. И даже после успешно завершённой реабилитации имплантированные дети будут оставаться в группе риска и нуждаться в поддержке системы ранней комплексной помощи.

Различия данных групп требуется учитывать для дифференциации психолого-педагогических задач, содержания работы, дифференцированного определения и оценки ожидаемых результатов. Вместе с тем, при всех различиях детей данных трех групп, следует выделить общий принцип оказания ранней помощи в системе образования – налаживание развивающего взаимодействия ребенка с близкими взрослыми, в связи с

этим ранняя помощь ребенку первого года жизни – это, прежде всего, помощь семье. Успех вовлечения ребенка в развивающее взаимодействие с близкими взрослыми на первом году жизни определяет, как показали многочисленные научные исследования, динамику всего его дальнейшего психического развития и позволяет максимально реализовать реабилитационный потенциал детей с инвалидностью и с ОВЗ.

Данный общий принцип – налаживание развивающего взаимодействия ребенка с близкими взрослыми – реализуется с учетом характера ограничений здоровья, особенностей психического развития и специфики методов ранней помощи, отвечающих потребностям ребенка и его семьи.

В мониторинге динамики психического развития ребенка обязательным компонентом становится оценка динамики развития его взаимодействия с близкими взрослыми на первом году жизни. Требуется выработать систему согласованной оценки специалистами разного профиля динамики психического развития ребенка первого года жизни, а специалистами психолого-педагогического профиля – динамики развития его взаимодействия с близкими взрослыми.

Оценка динамики развития ребенка должна проводиться не только относительно траектории нормативного психического развития ребенка первого года жизни, но и по принятому в коррекционной педагогике принципу – «продвижение ребенка в развитии оценивается по отношению к самому себе», т.е. оценивается индивидуальный прогресс.

Результаты отслеживания благополучия динамики развития ребенка в медицинских аспектах должны учитываться специалистами психолого-педагогического профиля. Это необходимо для адресной и эффективной психолого-педагогической ранней помощи, и требуется уточнение механизма координации профессиональной деятельности специалистов разного профиля, вовлеченных в систему ранней комплексной помощи детям с ОВЗ и детям группы риска на первом году жизни.

Система помощи детям первого года жизни должна сразу выстраиваться как система, обеспечивающая вариативность форм организации этой помощи, чтобы родители могли выбрать удобную им и требуемую ребенку:

- семейное воспитание с психолого-педагогической помощью специалиста в условиях дома;
- семейное воспитание с регулярной психолого-педагогической помощью на протяжении первого года жизни ребенка в условиях ближайшего к дому центра в системе образования.

В соответствии с возрастными особенностями психического развития формы семейного воспитания детей первого года жизни являются ведущими. При необходимости и желании семьи ребенку во втором полугодии жизни может понадобиться и должна быть предусмотрена помощь в группе кратковременного пребывания с учетом ограничений здоровья и особенностей психического развития.

Целевыми ориентирами специалистов на конец первого года жизни ребенка, получающего раннюю помощь в образовании, должны служить:

- Положительная динамика развития взаимодействия и коммуникации ребенка с близкими взрослыми.
- Положительная динамика психического развития ребенка в целом.
- Нормализация перспективы дальнейшего развития ребенка:
- вывод части детей из группы риска в группу детей с нормативным развитием;
- профилактика нарастания угрозы формирования наиболее тяжелых форм расстройств аутистического спектра (РАС), общего недоразвития речи (ОНР), задержки

психического развития (ЗПР), тяжелых нарушений психического развития при глухоте, слепоте, двигательных нарушениях, множественных ограничениях здоровья.

- Предупреждение дезадаптации семьи, воспитывающей ребенка с ограничениями здоровья и рисками нарушения психического развития, поддержание эмоциональной стабильности членов семьи и формирование их конструктивной позиции в воспитании своего ребенка и во взаимодействии со специалистами.

Второй год жизни. К началу второго года жизни специалисты ранней помощи будут иметь дело с тремя, но уже другими группами детей:

- Дети с устойчивыми ограничениями здоровья и реализующейся угрозой нарушения психического развития (различные по характеру и степени тяжести нарушения слуха, зрения, генетические нарушения, органические поражения центральной нервной системы, двигательной сферы, последствия заболеваний, перенесенных на первом году жизни и др.).

- Дети с нормализующимся психическим развитием вследствие эффективной помощи на первом году жизни, но нуждающиеся в динамическом наблюдении, регулярной консультативной помощи семье (речь идет о детях с различными по характеру и степени тяжести нарушениями слуха, зрения, генетическими нарушениями, органическими поражениями центральной нервной системы, двигательной системы, следствием родовых травм и заболеваний, перенесенных на первом году жизни и др.).

- Дети без очевидных ограничений здоровья, но с неблагоприятной социальной ситуацией развития и потому все более проявляющимися рисками задержки психического развития и формирующимися трудностями в эмоционально-волевой сфере.

Специалисты ранней помощи на современном этапе могут иметь дело с новой группой детей второго года жизни – детей с измененным функциональным статусом вследствие применения новейших медико-биологических и цифровых технологий. Глухие, незрячие и дети с двигательными нарушениями, прошедшие имплантацию на втором году жизни, нуждаются в специальной психолого-педагогической реабилитации, направленной на перевод ребенка на путь развития, типичный для здорового сверстника. После успешно завершенной реабилитации имплантированные дети второго года жизни продолжают оставаться в группе риска и нуждаться в поддержке системы ранней помощи. Требуется мониторинг благополучия дальнейшего психического развития и при необходимости – оказание специальной психолого-педагогической помощи ребенку и его семье.

При всех различиях этих трех групп детей второго года жизни, общий принцип оказания им ранней помощи в системе образования – налаживание силами специалистов развивающего взаимодействия ребенка с близкими взрослыми и теперь еще – со сверстниками (на детской площадке, в группе кратковременного пребывания). Этот общий принцип реализуется с учетом характера ограничений здоровья ребенка, вариантов отклоняющегося развития и специальных методов ранней помощи, отвечающих потребностям ребенка и его семьи.

При этом результаты проведенного разными специалистами мониторинга благополучия динамики развития ребенка должны соотноситься и интерпретироваться в рамках междисциплинарного взаимодействия для адресной и эффективной ранней помощи. Требуется уточнение механизма координации профессиональной деятельности специалистов разного профиля, вовлеченных в систему ранней комплексной помощи детям с ОВЗ и детям группы риска на втором году жизни.

Система помощи детям второго года жизни должна также выстраиваться сразу как система шаговой доступности, обеспечивающая вариативность форм организации этой помощи, чтобы родители могли выбирать удобную им и необходимую ребенку:

- семейное воспитание с консультативной психолого-педагогической помощью специалиста в условиях дома (патронат);
- семейное воспитание с регулярной консультативной психолого-педагогической помощью на протяжении второго года жизни ребенка в условиях ближайшего к дому центра в системе образования (по запросу родителей).

Формы семейного воспитания детей второго года жизни продолжают оставаться ведущими. При необходимости ребенку и семье может быть предложена специальная помощь в группе кратковременного пребывания по месту жительства.

Система ранней помощи в образовании детям второго года жизни должна обеспечивать возможность семье выбрать при необходимости форму общественного воспитания, однако они не должны превалировать над формами семейного воспитания детей этого возраста, чтобы не снизить возможности максимальной реализации потенциала развития детей.

К концу второго года жизни ребенка целевыми ориентирами специалистов должны служить:

- положительная динамика развития взаимодействия ребенка с близкими взрослыми в семье, со сверстниками на игровых площадках;
- положительная динамика показателей психического развития ребенка;
- положительная динамика развития навыков самообслуживания, коммуникации, усвоения уклада и порядка жизни дома и в группе кратковременного пребывания, ориентации на похвалу и указания близкого взрослого, следование самым элементарным правилам безопасного поведения;
- нормализация перспективы дальнейшего развития ребенка;
- вывод части детей второго года жизни из группы риска в группу детей с нормативным развитием;
- профилактика нарастания угрозы формирования наиболее тяжелых форм РАС, ЗПР, ОНР и др.;
- сохранение и развитие статуса семьи, эмоциональной стабильности и конструктивной позиции близких ребенку взрослых в отношении воспитания и взаимодействия со специалистами.

Третий год жизни. К началу третьего года жизни специалисты ранней помощи в образовании будут иметь дело с тремя, но изменившимися, группами детей:

- Дети с устойчивыми ограничениями здоровья и реализующейся угрозой нарушения психического развития (различные по характеру и степени тяжести нарушения слуха, зрения, генетические нарушения, органические поражения центральной нервной системы, двигательной сферы, следствия заболеваний, перенесенных на первом и втором году жизни, формирующееся системное недоразвитие речи, ЗПР, РАС и др.).
- Дети с устойчивыми ограничениями здоровья (различные по характеру и степени тяжести нарушения слуха, зрения, генетические нарушения, органические поражения центральной нервной системы, двигательной, следствия заболеваний, перенесенных на первом году жизни и др.), но нормализующимся психическим развитием вследствие оказания эффективной помощи на первом и втором году жизни. При этом они продолжают нуждаться в психолого-педагогическом динамическом наблюдении и регулярной консультативной помощи ребенку и семье.

- Дети без очевидных ограничений здоровья, но со все более проявляющимися рисками задержки психического развития и формирующимися трудностями в эмоционально-волевой сфере в связи с неблагоприятной социальной ситуацией развития.

Специалисты ранней помощи в образовании детям третьего года жизни также могут иметь дело с новой группой детей с измененным функциональным статусом вследствие применения новейших медико-биологических, цифровых имплантационных технологий. После успешно проведенной имплантации и последующей психолого-педагогической реабилитации имплантированные дети с нарушениями слуха, зрения, движения, артикуляционного аппарата, продолжают оставаться в группе риска и нуждаться в поддержке системы ранней помощи – прежде всего, в мониторинге благополучия дальнейшего психического развития.

При всех различиях данных групп детей третьего года жизни, общим остается принцип оказания ранней помощи – налаживание силами специалистов развивающего взаимодействия ребенка с членами семьи, в группе сверстников на детской площадке.

Данный общий принцип реализуется с учетом характера ограничений здоровья ребенка, вариантов отклоняющегося развития и специальных методов ранней помощи, отвечающих потребностям ребенка и его семьи.

В мониторинге динамики психического развития ребенка третьего года жизни обязательным компонентом остается оценка динамики развития его взаимодействия с близкими взрослыми в кругу семьи, со сверстниками на детской площадке, со сверстниками и взрослыми в группе кратковременного пребывания, общеразвивающей, комбинированной и компенсирующей направленности. При этом требуется согласованная оценка психического и социального развития.

Оценка динамики развития самого ребенка третьего года должна проводиться, как и ранее, не только относительно траектории нормативного психического развития, но и по принятому в коррекционной педагогике принципу оценки индивидуального прогресса.

При этом результаты отслеживания благополучия динамики развития ребенка в медицинских и психолого-педагогических аспектах должны учитываться специалистами обоих профилей, поэтому требуется уточнение механизма координации профессиональной деятельности специалистов разного профиля, вовлеченных в систему ранней комплексной помощи детям с ОВЗ и детям группы риска третьего года жизни.

Система помощи детям третьего года жизни должна сразу выстраиваться как система, обеспечивающая вариативность форм организации этой помощи, чтобы родители могли выбирать удобную семье и нужную ребенку:

- семейное воспитание с систематической регулярной психолого-педагогической помощью специалиста в условиях дома;
- семейное воспитание с психолого-педагогической помощью в ближайшей к дому образовательной организации, с возможностью обращения при необходимости к профильному специалисту за ее пределами и поддержанию консультативной связи с ним;
- сочетание семейного и общественного воспитания в группе кратковременного пребывания, комбинированной направленности, компенсирующей направленности по месту жительства.

Формы семейного воспитания детей третьего года жизни продолжают оставаться ведущими, но при необходимости ребенку и семье может быть предложена помощь в группе кратковременного пребывания по месту жительства. При этом формы общественного воспитания детей третьего года жизни еще не должны превалировать, чтобы

сохранить определяющую роль семьи и не снизить возможности максимальной реализации реабилитационного потенциала детей.

К концу третьего года жизни ребенка целевыми ориентирами специалистов ранней помощи в образовании должны служить:

- положительная динамика развития игрового и бытового взаимодействия ребенка с близкими взрослыми и детьми в семье, в группе сверстников на детской площадке, со сверстниками и взрослыми в группе кратковременного пребывания;
- развитие эмоциональных отношений и коммуникации с близкими детьми и взрослыми, адекватной ориентации на похвалу, указания и неодобрение близкого взрослого, формирование первого положительного опыта терпения и достижения компромисса, договора с близкими взрослыми;
- общая положительная динамика психического развития ребенка;
- положительная динамика развития навыков самообслуживания, активного участия в домашней жизни и в жизни группы кратковременного пребывания, следование правилам безопасного поведения, накопление общих представлений и сведений об окружающем;
- максимально возможная нормализация перспективы дальнейшего развития ребенка:
 - вывод части детей из группы риска в группу детей с нормативным развитием;
 - профилактика нарастания угрозы формирования наиболее тяжелых форм РАС, ОНР, ЗПР;
 - сокращение группы детей-инвалидов, нуждающихся в дошкольном и школьном возрасте в индивидуальном дорогостоящем и наиболее специальном образовательном маршруте;
 - сохранение и развитие статуса семьи, эмоциональной стабильности и конструктивной позиции близких взрослых в воспитании ребенка и сотрудничестве со специалистами.

Ожидаемые результаты развертывания ранней помощи в образовании.

Реализация предлагаемой Концепции развития ранней помощи позволит обеспечить:

- 1) вывод части детей раннего возраста из группы риска в группу детей с нормативным развитием;
- 2) профилактику уже в раннем возрасте наиболее тяжелых форм расстройств аутистического спектра (РАС), общего недоразвития речи (ОНР), задержки психического развития (ЗПР), предупреждение самых тяжелых нарушений психического развития при глухоте, слепоте, двигательных нарушениях, умственной отсталости, тяжелых множественных нарушениях;
- 3) в 100 % случаев положительную динамику развития детей раннего возраста и уровень, не достижимый при более позднем включении в систему образования;
- 4) освоение родителями детей раннего возраста способов развивающего взаимодействия со своим ребенком, методов семейного воспитания, соответствующих его особым образовательным потребностям и обеспечивающих максимально возможное развитие ребенка;
- 5) возможность сохранения и развития социально-психологического статуса семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ раннего возраста, предупреждение дезадаптации семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с инвалидностью, с ОВЗ, поддержание эмоциональной стабильности членов семьи и формирование их конструктивной позиции.

Ожидаемые результаты ранней помощи в аспекте развития дошкольного образования:

1. Часть детей группы риска перейдет в группу детей с нормативным развитием и сможет получать дошкольное образование в общем потоке. Им не понадобится создавать максимально развернутые специальные условия воспитания и обучения.

2. Подавляющая часть имплантированных детей сможет перейти в группу детей с нормативным развитием и получать дошкольное образование вместе со сверстниками без ОВЗ.

3. В дошкольные группы придет меньше детей с тяжелыми формами РАС, ОНР, ЗПР, меньше детей с грубым отставанием развития при глухоте, слепоте, двигательных нарушениях, тяжелых ментальных и множественных нарушениях.

4. Уровень развития всех дошкольников с ОВЗ и детей с инвалидностью, охваченных помощью в образовании в раннем возрасте, будет существенно выше уровня развития детей с аналогичными ограничениями здоровья и рисками отклонений развития, не охваченных ранней помощью.

5. Среди родителей детей с ОВЗ и детей группы риска вырастет число семей, способных к сохранению и развитию статуса своей семьи, способных к развивающему взаимодействию со своим ребенком, владеющих способами семейного воспитания, соответствующими особым образовательным потребностям их ребенка, занимающих конструктивную позицию. Это существенно облегчит ситуацию взаимодействия с родителями специалистов дошкольного образования и повысит его эффективность.

6. Среди семей, охваченных ранней помощью в образовании, снизится число отказов от детей с инвалидностью, детей с ОВЗ, а также случаев социального сиротства, ухода отца из семьи по причине трудностей воспитания своего особого ребенка.

Таким образом, проведенные исследования и накопленный отечественный и зарубежный опыт ранней коррекционной работы показал, что система комплексной медико-психолого-педагогической помощи в раннем возрасте позволяет:

- компенсировать отклонения в психическом развитии детей группы риска;
- сократить долю детей, которые по достижению школьного возраста будут нуждаться в специальном образовании в условиях специализированных учреждений;
- уменьшить количество детей, которые в силу тяжести и сложности нарушений развития в настоящее время оказываются вне системы специального обучения.

В настоящее время система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с ОВЗ реализуется в Службе ранней помощи (СРП).

Работа служб ранней помощи организуется в соответствии со следующими принципами:

- необходимость раннего диагностического изучения и коррекционно-педагогической помощи ребенку;
- системный подход к организации ранней коррекционно-развивающей помощи;
- комплексный подход к изучению развития и организации диагностико-лечебно-психолого-педагогической работы;
- учет возрастных качественных новообразований и их своевременная реализация;
- построение ранней помощи с учетом зон актуального и потенциального развития, ориентация на зону ближайшего развития;
- учет ведущего вида деятельности;
- индивидуальный и дифференцированный подход к построению коррекционно-развивающей работы с детьми;

- взаимосвязь внутри «команды» специалистов, а также специалистов и семьи в оказании ранней помощи детям.

Клиентами служб ранней помощи являются семьи, воспитывающие ребенка с проблемами в развитии первых трех-четырех лет жизни. В службу ранней помощи могут быть направлены дети всех вышеперечисленных групп.

Для оказания на базе Службы комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи необходимо, чтобы в штате были специалисты разного профиля: медицинские сотрудники, психологи, педагоги.

Основными направлениями деятельности служб ранней помощи являются:

1) Информационно-просветительская деятельность предполагает информирование о миссии, цели и задачах службы, перечне предоставляемых услуг. В рамках этой деятельности осуществляется работа с ближайшим окружением ребенка по формированию положительного отношения к ранней помощи в целом, к семьям с проблемными детьми и детьми-инвалидами. Информационно-просветительская работа проводится в учреждениях здравоохранения, социальной защиты и образования. Организуются конференции, семинары, круглые столы, форумы и другие формы работы.

2) Организационно-координационная деятельность направлена на установление партнерских отношений между учреждениями здравоохранения, социальной защиты и образования. Основными задачами в рамках этой деятельности являются своевременное выявление детей с проблемами в развитии, оказание им квалифицированной медицинской помощи, а также определение маршрута дошкольного и школьного образования.

3) Деятельность по осуществлению комплексной медико-психолого-педагогической диагностики предполагает оценку развития и состояния ребенка, выявление причин, приводящих к проблемам в развитии. В рамках этой деятельности осуществляется также психологическая диагностика функционирования семьи и определяется ее реабилитационный потенциал.

4) Деятельность по психолого-педагогическому консультированию, помощи и реабилитации организуется с семьей ребенка. На основе комплексной диагностики ребенка формируется программа его развития, в реализации которой принимают активное участие все члены семьи. При этом семье оказывается психологическая помощь и поддержка. Вместе с родителями подбираются оптимальные формы организации работы: домашняя помощь или занятия в службе; индивидуальные занятия, подгрупповые или их сочетание. В рамках этой деятельности осуществляется сопровождение семьи и ребенка при переходе в другое образовательное учреждение.

5) Профилактическая деятельность направлена на работу с семьями детей групп биологического и социального риска.

6) Научно-методическая деятельность осуществляется с целью анализа, систематизации и подбора эффективных методик и технологий оказания помощи семье с проблемным ребенком.

В следующих разделах пособия будут рассмотрены нормативно-правовые и содержательные основы деятельности Служб ранней помощи.

Литература

1. Концепция развития образования обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья до 2030 г. / под общей ред. Н.Н. Малофеева. – М.: ФГБНУ «ИКП РАО», 2019. – 120 с.

ГЛАВА 2

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Старт повсеместного развития служб ранней помощи в Ставропольском крае был дан в декабре 2016 года. Это связано с выходом распоряжения Правительства Российской Федерации от 31.08.2016 №1839-р о «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года». В это время в крае был принят межведомственный документ – модель, подписанная министрами трех ведомств-соисполнителей: министерства труда и социального развития, здравоохранения и образования.

Таким образом, краевая нормативно-правовая база включает в себя следующие документы:

– Модель межведомственного взаимодействия при оказании ранней помощи детям с нарушениями развития или высоким риском возникновения нарушения развития и их родителям (законным представителям) в Ставропольском крае.

– План реализации модели межведомственного взаимодействия при оказании ранней помощи детям с нарушениями развития или высоким риском возникновения нарушения развития и их родителям (законным представителям) в Ставропольском крае.

– Приказ министерства образования и молодежной политики Ставропольского края от 30 июля 2017 года № 993-пр «О создании краевого Ресурсного центра».

– Приказ министерства образования Ставропольского края от 30 июня 2017 года № 993-пр «Об организации деятельности служб ранней помощи детям с нарушениями развития или высоким риском возникновения нарушения развития и их родителям (законным представителям) в организациях, подведомственных министерству образования Ставропольского края».

Ресурсный центр «Ранняя помощь» при ГБОУ «Краевой психологический центр» был создан в сентябре 2017 года и, по сути, стал первой организацией в Ставропольском крае, которой удалось скоординировать вокруг себя сеть услуг ранней помощи, созданную на базе образовательных учреждений Ставропольского края.

Целями ранней помощи являются:

– улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях (ЕЖС);

– повышение качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье;

– повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах развития и воспитания ребенка;

– включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи.

Для представления нормативно-правовой базы, используемой в работе Службы ранней помощи, необходимо описать порядок оказания услуг.

Итак, процедура оказания ранней помощи начинается с обращения семьи в Службу. Определение нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи проводится либо специалистами медицинских учреждений (до 50 % обращений), либо родителями самостоятельно.

Любая семья с маленьким ребенком от 0 до 3 лет 6 мес. может самостоятельно записаться в Службу ранней помощи на первичный прием, в ходе которого происходит знакомство с семьёй и установление контакта.

Далее специалисты междисциплинарной команды проводят скрининг-диагностику и оценку развития ребенка. Если на первичном приеме выясняется, что ребенок имеет какое-либо нарушение или отставание в развитии, семье предлагается участвовать в программе ранней помощи.

После этого специалисты проводят дополнительные оценочные процедуры и переходят к разработке и реализации индивидуальной программы ранней помощи (ИПРП).

Формы оказания услуг ранней помощи. Для детей раннего возраста до полутора лет она включает в себя консультирование специалистами не реже 1 раза в месяц на базе организации, или включение семьи в программу домашнего визирования, когда специалист проводит консультацию непосредственно там, где живёт семья и ребёнок.

Для семей с детьми от полутора до четырёх лет также существуют две формы работы: консультирование специалистами не реже 1 раза в месяц на базе службы или включение детей в индивидуальные и групповые занятия (периодичность – 2 раза в неделю).

Работая с семьями на базе Службы ранней помощи, специалисты учитывают особенности и закономерности развития детей раннего возраста, специфику межличностных, внутрисемейных отношений, модель семьи. При консультативной поддержке команды специалистов родители реализуют индивидуальную программу развития ребёнка в игре, в быту и в процессе специально организованных занятий. Также в совместной работе специалисты применяют методы и приёмы, направленные на формирование активной позиции у самого ребёнка.

Далее следует этап перехода ребенка в программы учреждений для детей дошкольного возраста (сопровождение ребенка и семьи). В ходе него осуществляется помощь в подборе учреждения, взаимодействие специалистов Службы ранней помощи и специалистов выбранного учреждения для передачи технологий работы с семьей и ребенком.

В Службе ранней помощи Краевого психологического центра «Растем вместе» пока осуществляется только психолого-педагогическое сопровождение семьи. Для консультирования по вопросам здоровья ребёнка семьи направляются в учреждения, которые могут оказывать специализированные медицинские услуги. Кроме этого, специалисты предоставляют семье информацию обо всех службах, в которых семье помогут справиться с проблемами в развитии ребёнка. Такая система может быть организована только на основе делового сотрудничества учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты. Это сотрудничество дает возможность реализовать следующие задачи: своевременное выявление детей, нуждающихся в ранней помощи, непрерывное междисциплинарное патронирование ребенка и семьи, обеспечение возможности для интеграции ребенка, имеющего проблемы здоровья и развития в соответствующие его потребностям и возможностям образовательные программы.

Таким образом, на основании описанной технологии ранней помощи, мы можем выделить следующие услуги, которые предоставляются Службами ранней помощи и должны регламентироваться документами:

- 1) определение нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи;
- 2) проведение оценочных процедур и разработка индивидуальной программы ранней помощи;

3) содействие развитию функционирования ребенка и семьи в естественных жизненных ситуациях;

4) содействие развитию общения и речи ребенка;

5) содействие развитию мобильности ребенка;

6) содействие развитию у ребенка самообслуживания и бытовых навыков;

7) содействие развитию познавательной активности ребенка;

8) психологическое консультирование;

9) поддержка социализации ребенка;

10) проведение промежуточной оценки реализации индивидуальной программы ранней помощи;

11) проведение итоговой оценки реализации индивидуальной программы ранней помощи;

12) пролонгированное консультирование без составления индивидуальной программы ранней помощи;

13) краткосрочное предоставление услуг ранней помощи без составления индивидуальной программы ранней помощи;

14) консультирование родителей в период адаптации ребенка в образовательной организации.

Все вышеуказанные услуги ранней помощи внесены в общероссийские базовые (отраслевые) перечни государственных (муниципальных) услуг, оказываемых физическим лицам, и работ, оказание и выполнение которых, предусмотрено нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Основные документы, регламентирующие создание и работу служб ранней помощи, являются внутренними локальными актами учреждений, разрабатываемыми самими организациями.

Представленные в данном пособии документы Службы ранней помощи «Ранняя помощь» могут быть использованы как образцы при организации деятельности служб ранней помощи на местах.

Документация делится на две группы:

– документы, регламентирующие управленческую деятельность;

– документы, регламентирующие работу с семьями.

Документы, регламентирующие управленческую деятельность.

1. Приказ вышестоящей организации (учредителя) об открытии СРП в учреждении (в форме структурного подразделения).

2. Приказ (внутренний) об открытии СРП в учреждении и утверждение «Положения о Службе ранней помощи».

3. Внутренние приказы (копии), касающиеся организации деятельности СРП.

4. Годовой план работы Подразделения.

5. Годовой отчет о работе Подразделения.

6. Расписание работы Подразделения.

7. Расписание занятий (график загрузки помещений).

8. Графики работы сотрудников на неделю.

9. Расписание занятий (циклограмма работы) на неделю.

10. Приказы о зачислении и отчислении детей.

11. Журнал регистрации первичных обращений.

12. Журналы учета проведенной работы.

13. Журнал движения детей в СРП.

14. Журнал протоколов совещаний междисциплинарной команды.

15. Должностные инструкции работников Подразделения.

Документы, регламентирующие работу с семьями:

1. Индивидуальная карта ранней помощи каждого воспитанника, содержит:

Документы, предоставленные родителями (законными представителями) ребенка на первичном приеме (регистрационный лист, заявление о приеме, анкета для родителей, анамнез, выписка, медицинская карта, результаты последних обследований, копия заключения ПМПК, копия ИПРА и др.).

Договор с родителями (законными представителями), согласие родителей (законных представителей) на обработку персональных данных.

Протокол первичного приема, заключения специалистов Подразделения по итогам консультаций.

Заключение междисциплинарного консилиума.

ИПРП (индивидуальная программа ранней помощи).

Заключение по итогам обследования ребенка.

Предложения по дальнейшему образовательному маршруту ребенка.

2. Другая документация, связанная с учётом и описанием работы с ребенком и семьей.

Основные нормативно-правовые документы представлены в приложении 1.

ГЛАВА 3

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Основным содержанием диагностической деятельности в Службах ранней помощи является психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста.

Сегодня роль психолого-педагогической диагностики очень велика, т.к. требуется своевременное выявление детей с особенностями развития; определение их оптимального образовательного маршрута; обеспечение индивидуального сопровождения в учреждении общего типа; разработка программ индивидуального обучения для детей со сложными и тяжёлыми нарушениями психического развития, для которых обучение в соответствии с типовыми образовательными программами является недоступным. Вся эта работа может быть осуществлена только на основе глубокого всестороннего изучения ребёнка.

Современные методики психолого-педагогической диагностики хорошо теоретически и психометрически обоснованы. Они прошли проверку по таким критериям, доказывающих их качество и эффективность, как валидность и надёжность.

Валидность (англ. validity, от лат. validus – «сильный, здоровый, достойный») – обоснованность и пригодность применения методик и результатов исследования в конкретных условиях. Более прикладное определение понятия «валидность» – мера соответствия методик и результатов исследования поставленным задачам. Валидность считается фундаментальным понятием экспериментальной психологии, организационной психологии и психодиагностики.

Надёжность методики – это критерий, который говорит о точности психологических измерений, то есть позволяет судить о том, насколько внушают доверие полученные результаты.

Это согласованность результатов тестирования испытуемых в разные моменты времени, при первичном и вторичном тестировании и с использованием разных по эквивалентности, по содержанию, заданий. Надёжность характеризует тесты свойств, но не состояний.

При подборе необходимого минимума диагностических методик учитывается необходимость определения у ребенка в ходе обследования не только актуального уровня развития, но и его потенциальных возможностей.

В настоящее время в научной литературе представлены следующие направления исследования детей раннего возраста.

О.Г. Приходько и Т.Ю. Моисеева (2001) представили свои предложения по организации комплексного диагностического обследования детей с нарушениями в сфере формирования движений.

Е.Р. Баенская и М.М. Либлинг (2001) предложили методику диагностики нарушений взаимодействия ребенка в раннем возрасте с окружающим миром и представили признаки искажения аффективного развития.

Т.В. Пельмская и Н.Д. Шматко (2001) предложили методику педагогического обследования слуха у детей первого года жизни, которое способствует раннему выявлению снижения слуха.

И.И. Ильчикова, М.Э. Вернадская и О.В. Парамей (2003) изложили особенности заболевания глаз у детей младенческого возраста, а также методы психолого-педагогической диагностики нарушений зрительного восприятия у детей.

Е.В. Козлова в работе «Стимуляция и коррекция психомоторного развития детей первого-второго года жизни» (2003), выбрала для системной оценки основных показателей развития детей шкалу Гриффитс.

Ю.А. Лисичкина (2004) модифицировала и апробировала диагностическую методику О.В. Баженовой для исследования довербального развития детей с ПЭП (перинатальной энцефалопатией).

Среди перечисленных выше методик только некоторые направлены на диагностику нарушений доречевого развития (методики Е.Ф. Архиповой, Е.В. Козловой, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенковой, Ю.А. Лисичкиной).

В качестве базовых методик при диагностике психомоторного развития детей младенческого возраста, страдающих ПЭП, можно рекомендовать методики Г.В. Пантюхиной, Г.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт (1983), О.В. Баженовой (1986), Ю.А. Лисичкиной (2004), методику Гриффитс (в переводе Кешишян, 2000), М.Л. Дунайкина (2001). Для оценки характера, степени нарушений и прогноза, определения коррекционной направленности мероприятий требуется качественный клинический анализ отклонений психомоторного развития. С этой целью используют методики Л.Т. Журбы, Е.Н. Мастюковой и Е.Д. Айнгорн (1981).

Выбор той или иной психолого-педагогической методики обследования в каждом конкретном случае зависит от целей и задач проводимого обследования, возраста ребенка и присущего ему ведущего вида деятельности, а также имеющегося у ребенка нарушения развития, социального фактора и др.

Обратимся к организации психолого-педагогического обследования в Службе ранней помощи.

Первым элементом в системе ранней помощи является скрининг-диагностика. Проводится она в заочной форме при помощи шкалы KID и RCDI, используемых для оценки уровня развития, которые зарекомендовали себя не только как удобный скрининговый инструмент, но и инструмент, помогающий построить программу, определить цели вмешательства, а также в дальнейшем проводить регулярный мониторинг.

Процедура использования шкал на первичном приеме выглядит следующим образом. Родители заранее, перед приемом, заполняют вопросник (в онлайн доступе на сайте Службы ранней помощи), опираясь на наблюдения за поведением ребенка дома. Далее родители и ребёнок приглашаются в Службу ранней помощи, и, когда они приходят на первичный прием, специалисты представляют результаты исследования (результаты обрабатываются с помощью компьютерной программы). На первой встрече специалисты знакомятся с ребенком и родителями, дается информация об особенностях работы службы.

В процессе проведения первичного приема они имеют возможность сразу же обсудить результаты диагностики с родителями, а также вопросы, возникшие у родителей в момент заполнения анкеты. В процессе беседы с родителями специалисты также проводят свою экспертную оценку развития ребенка, взаимодействуя с ним и наблюдая за поведением, а также умениями и навыками.

Помимо результатов в каждой из областей развития, определения возраста развития, программа позволяет выделить те навыки, которые характерны для данного возраста,

но отсутствуют у данного ребенка. Это позволяет определить зону ближайшего развития ребенка и, проанализировав, почему данные навыки отсутствуют, построить программу вмешательства, направленную на развитие конкретных навыков.

На основании проведенных скринингов, оценки уровня развития ребенка и сбора информации от родителей, специалисты делают выводы о наличии или отсутствии проблем у ребенка и, соответственно, принимают решение о том, насколько необходимо дальнейшее обследование и проведение специфических оценок и, главное, является ли программа вмешательства необходимой для данной семьи.

Если серьезных проблем в развитии ребенка не было обнаружено, родители получают рекомендации о развитии ребенка и им предлагается через некоторое время повторить оценку уровня развития. Если какие-либо сложности были обнаружены, принимается решение о возможности включения ребенка и семьи в программу вмешательства. На следующем этапе происходит более глубокая оценка, направленная на определение причин нарушения или отставания и сильных сторон ребенка, на которые можно опираться при построении программы помощи.

Заключение первичного приема является «рабочей гипотезой», которая обсуждается в дальнейшем на собрании всей команды, которая на основании информации, полученной от специалистов, проводивших первичный прием, проводит анализ и выработку стратегии работы с каждой конкретной семьей.

Далее следует **первичная диагностика ребенка**, которая состоит из двух частей:

1 – беседа с мамой. Ее цель: сбор анамнеза, формирование первичного родительского запроса, формирование у специалистов представления об обстановке, в которой живет ребенок, о сложностях, с которыми он может столкнуться.

2 – собственно обследование ребенка.

Жалобы, с которыми приходит родитель, часто помогают сформировать первичную картину ситуации, в которой растет ребенок. Специалисты-психологи обращают внимание на качество контакта ребенка с матерью. Ведь мама – первый и главный человек в жизни каждого ребенка. Именно она пробуждает в ребенке интерес к жизни, желание расти и развиваться, стремление узнавать новое.

На первичной встрече каждый из специалистов, с учетом своей профессиональной области, задает матери вопросы, касающиеся развития ребенка, начиная с момента беременности матери.

Имеет значение все: течение беременности, характер родов, первый крик ребенка, приложение к груди, срок кормления, процесса отучения от груди и приучения к горшку, первый шаг, первое слово ребенка, особенности проявления ребенком своих эмоций и реакции на них взрослых.

По результатам первичного приема составляется протокол.

Также внимание обращается на познавательное и речевое развитие ребенка. Перед диагностикой ребенка вопросы о его развитии задаются матери. Различает ли ребенок цвета, знает ли времена года, может ли показать, где большой предмет, а где маленький, соотносит ли формы, владеет ли фразовой речью, каков словарный запас ребенка.

Как показывает практика, часто картина, которую описывает родитель и которую показывает ребенок на обследовании, не совпадают. Это обусловлено тем, что родители находятся внутри ситуации, им сложно заметить имеющиеся трудности у ребенка. Всегда хочется видеть ребенка лучше, способнее, чем он есть на самом деле.

Специалистам же такая ситуация дает ценную информацию о видении родителями ребенка, ожиданиях, имеющихся относительно него, о принятии или непринятии сложностей, имеющихся у ребенка. А это уже ценный материал для работы.

Также мы просим маму взять на обследование любимую игрушку ребенка. Кроме снижения тревоги, любимая игрушка имеет большую диагностическую роль

Гипотеза о промежуточной сфере детского опыта и важности переходных объектов в период инфантильного развития была выдвинута английским психоаналитиком Д. Винникоттом (1896-1971) в статье «Переходные объекты».

Согласно этой гипотезе, в промежуточной сфере детского опыта важную роль в развитии младенца приобретает использование им объектов, не являющихся частью его тела, но в то же время, не осознаваемых им до конца в качестве внешней реальности. Речь идет об активном использовании ребенком таких внешних объектов, как, например, часть простыни, пеленки, одеяла, которые он засовывает в рот и которыми по-своему дорожит.

К переходным объектам Д. Винникотт отнес также издаваемые ребенком звуки и мелодии, совершаемые им различные действия. Во всяком случае, переходные объекты используются младенцем во время отхода ко сну и служат «его защитой от тревог, особенно от тревоги депрессивного типа».

Ребенок заявляет свои права на владение переходным объектом. В его жизни появляются такие внешние объекты (вначале не воспринимаемые им в качестве таковых, то есть внешних), как куклы, плюшевые медвежата, различные мягкие и твердые игрушки. Он дает им свои, подчас только ему самому понятные названия, относится к этим объектам с нежностью и любовью, а иногда и с инстинктивной ненавистью. Владение переходным объектом предполагает, по мнению Д. Винникотта, постепенное приобретение ребенком способности «к допущению сходства и различия» и освоение им жизненного опыта как пути «от полной субъективности к объективности».

Наделяя любимую игрушку теплым образом близкого человека и принося ее с собой, ребенок снижает тревогу по поводу отделения от родителей. Он нуждается в образе знакомого человека «здесь и сейчас» и игрушка является ресурсом для него в такой ситуации.

Очень часто мы отмечаем, что, когда ребенок стремится принести игрушку в дошкольное образовательное учреждение, ему отказывают. По мнению взрослых, она мешает ему, создает конфликтные ситуации между детьми за право игры ею. Но для ребенка, находящегося вдали от значимых взрослых, это тот «образ», который он может носить с собой, т.е. держать образ родителей при себе. Очень важно не отбирать игрушку, а включать ее в игру, в «круг», как равного члена занятий. Тогда ребенок видит, ощущает, что он в безопасности, расслабляется, все реже и реже носит игрушку с собой. И в дальнейшем потребность в ней отпадает сама собой.

Наличие переходного объекта говорит нам о том, что у ребенка есть образ значимого взрослого (чаще матери), с которым у него имеются доверительные отношения, который может принять и успокоить его.

А также, что ребенок начинает отделять свой внутренний мир от внешнего, различать, где «я», а где «не я».

После разговора с матерью внимание переключается на самого ребенка – это вторая часть первичной диагностики.

Ему предлагаются задания, в соответствии с возрастом, которые помогают специалистам оценить уровень познавательного, речевого развития ребенка.

При исследовании фиксируется понимание инструкции, быстрота, точность выполнения, адекватность действия, заинтересованность, принятие помощи, установка на результат, обучаемость, реакция на успех.

Рассмотрим основные диагностические инструменты, которые применяются на первичной комплексной диагностике специалистами.

Цветовой гнозис (4 цвета: красный, синий, желтый, зеленый).

Нормативы: сличение от 1,5-2 лет; выбор по названию – в 2-3 года; самостоятельность называния – в 2,5 – 3 года.

Стимульный материал: цветные наборы дидактических игр «Бабочки и крылья», «Рыбки и хвостики», «Цветочек и лепесточек», «Носки и варежки», «Листочки» и др.

Пример инструкций:

- 1) «Положи к каждому цветочку подходящий по цвету лепесточек»;
- 2) «Покажи, где красный (синий, желтый, зеленый) лепесточек»;
- 3) «Назови, какого цвета этот цветочек».

Предметный гнозис.

Стимульный материал: 10-12 карточек с изображением знакомых предметов (лото малышам).

Инструкция:

- 1) «Покажи, где нарисован ...»;
- 2) «Что нарисовано?» или «Что это?»

Нормативы:

В 1,5-2 года называют 4-5 картинок. В 2,5 года называют многие предметы из групп: игрушки, посуда, одежда, мебель. В 3 года дети знают и называют все предметы, их свойства и качества, в пассивном словаре сформированы некоторые обобщающие понятия: игрушки, одежда, мебель, обувь.

Методика «Выбор по образцу» (парные картинки).

Стимульный материал: шесть пар одинаковых предметных картинок.

Нормативы: выбор из двух картинок – в 2 года; выбор из четырех картинок – в 3 года.

Детям старше 4 лет методика предъявляется в случае, если они не справляются с классификацией.

Конструктивный праксис (методика «Разрезные картинки»).

Стимульный материал: картинки, разрезанные на две и три части с разной конфигурацией разреза.

Нормативы:

- разрезная картинка из двух фрагментов – в 2,5-3 года;
разрезная картинка из трех фрагментов- в 3-3,5 года.

Анализ результатов:

- 1) совершает целенаправленные действия;
- 2) соединяет части без анализа полученного целого;
- 3) прикладывает с разворотами;
- 4) зрительное соотношение частей без прикладывания.

Конструирование по подражанию (методика предлагается детям 2,5-3 лет).

Стимульный материал: кубики, прямоугольные бруски (кирпичики), треугольные призмы (крыша), полусферы разных цветов.

Анализ результатов:

- 1) подражание внешним манипуляциям взрослого без учета формы, величины и пространственных отношений (что для детей 3 лет является неадекватным);
- 2) подражание манипуляциям с учетом формы, величины и пространственного расположения;
- 3) сопоставление и исправление ошибок;

- 4) точное воспроизведение расстановки фигур без ошибок и исправлений;
- 5) самостоятельный анализ образца и воспроизведение.

Пространственный гнозис.

Стимульный материал: мелкие игрушки и картинки, уложенные в коробку.

Пример инструкций: «Посади мишку около коробки», «Положи в коробку», «Посади на коробку», «Спрячь картинку под коробку», «Достань из-под коробки», «Покажи, где верх (низ)», «Иди вперед (назад)».

Нормативы: 2,5-3 года – дети понимают предположно-падежные конструкции; ошибаются в 1-2 заданиях, легко корректируются; 3,5-4 года – выполняют все задания.

Диагностика способов деятельности.

Складывание пирамидки.

Стимульный материал: пирамидка из четырех и шести колец с колпачком.

Нормативы: снимают кольца с пирамидки – в 1 год; собирают пирамидку без учета диаметра колец – в 1,5-2,5 года; собирают пирамидку с учетом диаметра колец и установки на результат без проб и примеривания – в 3-3,5 года; работа зрительным соотношением.

Анализ результатов:

1) неспецифические манипулятивные действия (ребенок стучит об стол, подносит к уху, гремит, берет в рот и др.). Данные действия являются неадекватными;

2) простое манипулирование (специфическая манипуляция);

3) силовая проба (например, ребенок вкладывает маленькую матрешку в нижнюю часть большой и, наоборот, при этом использует силу (вдавливает), не учитывая свойств предмета);

4) целенаправленная проба (ребенок замечает ошибки, исправляет их и находит правильный способ решения);

5) примеривание (ребенок еще не может соотнести предметы на расстоянии и подносит их друг к другу, заметив несоответствие, меняет их);

6) зрительное соотношение (ребенок сразу правильно решает задачу, зрительно соотнося элементы).

Дети 3 лет с сохранным интеллектом могут работать зрительным соотношением, допустимо примеривание или целенаправленная проба. Отсутствие данных способов к 3 годам свидетельствует о недостатках психического развития. До 2,5 лет правомерно пользоваться силой.

Методика «Вкладыши» («Мисочки»).

Стимульный материал: семь цилиндрических или квадратных чашек (вкладышей) разного размера четырех основных цветов.

Анализ результатов:

1) неспецифические манипуляции (использование вкладыша не по назначению; неадекватные действия);

2) специфические манипуляции (познавательные);

3) силовая проба (действие силой, без учета свойств и величины вкладыша);

4) хаотическая проба (промежуточный способ выполнения задания, когда совмещаются пробные и силовые действия);

5) целенаправленная проба (самостоятельное исправление ошибок с нахождением окончательного решения);

6) примеривание (определение несоответствия вкладышей путем поднесения друг к другу);

7) зрительное соотнесение (правильное решение на основании только зрительного анализа)

До 2,5 лет возможна силовая проба. К 3 годам формируется зрительное соотношение, допустима целенаправленная проба или примеривание. Неспецифические манипуляции в деятельности к 2,5-3 годам свидетельствуют о снижении интеллектуального развития.

Методика «Почтовый ящик» («Коробочка форм») (Л.А. Венгер, Г.Л. Выгодская, Э.И. Леонгард).

Стимульный материал: деревянный ящик или пластмассовая коробка с пятью прорезями – полукруглой, треугольной, прямоугольной, квадратной, шестиугольной и десять объемных геометрических фигур.

Анализ результатов: до 3 лет допускается силовая проба, в 3 года и старше появляются целенаправленные пробы с элементами зрительного соотнесения. Ребенок действует силой, т.е. толкает фигуру в первую попавшуюся прорезь или в ту, в которую взрослый опустил предыдущую фигуру. Пробы: ребенок переходит от отверстия к отверстию, пытаясь в каждое из них протолкнуть фигуру; примеривание: ребенок начинает ориентироваться на форму прорези и фигуры. При этом он еще не может соотносить формы зрительно на расстоянии, поэтому прикладывает фигуру к похожей, с его точки зрения, прорези. Так, шестиугольник часто прикладывают к квадрату, затем сразу же переносят в нужную прорезь, полукруг – к треугольнику, и наоборот. При этом способе бывают также затруднения с разворотом треугольника и полукруга. Зрительное соотнесение: ребенок зрительно соотносит форму прорези и фигуры и опускает фигуру всегда в нужную прорезь; разворот фигур при этом производится заранее, в воздухе.

Задания с предметами быта (по О. В. Баженовой).

Стимульный материал и исследование: ребенку предъявляется соответствующий предмет быта с просьбой выполнить с ним определенное действие.

Нормативы:

15 месяцев – подносит ложку ко рту, хорошо сам пьет из чашки, может вынуть таблетку из бутылочки, рисует каракули карандашом, проявляет интерес к книге;

18 месяцев – снимает варежки, носки, листает книгу, переворачивая одновременно 2-3 страницы, указывая на картинки, ест самостоятельно густую пищу ложкой. Умеет воспроизводить часто наблюдаемые в жизни действия; если на глазах у ребенка спрятать игрушку под одним из двух одинаковых предметов, а затем поменять предметы местами, он находит игрушку на новом месте;

2 года – запускает волчок, вставляет ключ в замочную скважину, поворачивает ручку двери, нажимает на кнопку звонка, кормит и баюкает куклу, возит машину, листает книгу – каждую страницу отдельно, сам надевает носки, туфли, штанишки, в игре воспроизводит ряд логически связанных действий;

2,5 года – подражает большому количеству действий взрослых с бытовыми предметами, в игре действует взаимосвязано и последовательно (будит куклу, одевает, кормит, ведет на прогулку и т.д.). Самостоятельно одевается, но еще не умеет завязывать шнурки, застегивать пуговицы;

3 года – подражает большому количеству действий взрослых с бытовыми предметами, в игре исполняет роль, одевается самостоятельно, застегивает пуговицы, завязывает шнурки при небольшой помощи взрослого.

Диагностика развития игры.

Детям предлагают поиграть со знакомыми игрушками.

Анализ уровня развития игры:

- 1) неадекватные действия с игрушкой;
- 2) манипуляция с предметами - до 2 лет;
- 3) процессуальные игровые действия – с 2 лет (например, возит, машину, одевает и раздевает куклу и т.п.);
- 4) процессуальная игра с элементами замысла – от 2-3 лет (например, нагружает кубиками машину, катает куклу и т.п.);
- 5) сюжетная игра – к 3 годам.

Исследование памяти.

Предлагается выполнить по памяти серию инструкций: встать, открыть дверь, сесть за столик, открыть коробку, взять карандаш.

Нормативы: 1,5 года – выполняют 3 действия; 2 года – выполняют 3-4 действия; 3 года – выполняют 5 действий.

Исследование внимания.

Методика «Зрительный диктант».

Стимульный материал: три таблицы из 16 клеток, где нарисованы знакомые картинки (не по порядку).

Нормативы: для детей 2-2,5 лет – найти две повторяющиеся картинки; для детей 3-4 лет – найти две повторяющиеся картинки; для детей 5 лет – отыскивание картинок в таблице.

Инструкция: «Вот здесь, на табличке, картинки. Посмотри и закрой все одинаковые (например, домики). Как можно быстрее. Но не ошибайся».

Анализ результатов: скорость выполнения одной таблицы – 1,5 минуты.

Нарушения внимания:

- 1) повышенная отвлекаемость (нарушение концентрации внимания);
- 2) генерализация внимания (зависимость внимания от внешних воздействий);
- 3) «застреваемость» внимания (нарушение переключаемости), слабая способность переходить с одного объекта на другой;
- 4) ограниченный объем внимания (неспособность воспринять в данный момент нужный объем информации).

При изучении эмоционально-волевой сферы и поведения учитываются: контактность, длительность сосредоточения внимания, эмоциональный фон настроения, реакция на поощрение и порицание, наличие или отсутствие двигательной расторможенности.

1. Контактность:

- а) легкий, быстрый контакт;
- б) поверхностный;
- в) контакт устанавливает с трудом;
- г) уходит от контакта;
- д) протестная реакция.

2. Внимание:

- а) взгляд фиксирует (не фиксирует);
- б) устойчивое (неустойчивое);
- в) с хорошей переключаемостью с одного предмета на другой;
- г) «застревание»;
- д) с явлениями генерализации.

3. Фон настроения:

- а) нормальный;
- б) несколько повышен (снижен);

- в) эйфорический;
- г) депрессивный;
- д) контрастирующий.

4. Реакция на поощрение и порицание:

- а) адекватная;
- б) индифферентная;
- в) с повышением (понижением) результативности работы;
- г) корректировка деятельности;
- д) отсутствие реакции;
- е) отказ от деятельности при порицании;
- ж) агрессивная реакция на порицание;
- з) дезорганизация деятельности.

Помимо исследования особенностей психического развития ребенка, большое внимание уделяется анализу способов взаимодействия со взрослыми, типам привязанности.

Английский психиатр и психоаналитик Джон Боулби основал теорию привязанности, согласно которой привязанность зависит от нашей способности испытывать доверие к самим себе и другим. Эта способность развивается с момента рождения. Младенец привязывается к значимому взрослому, который о нем заботится (чаще всего, хотя и не обязательно, это мать). И от этого взрослого ребенок ожидает защиты и поддержки, когда испытывает тревогу. Но привязанность ко взрослому возникает в любом случае, даже если взрослый лишен чуткости или невнимателен. Привязанность формируется к концу 1 года жизни. Привязанность не всегда бывает безопасной. Определив тип привязанности у ребенка, мы можем строить дальнейшую работу.

Ученица и ассистентка Д. Боулби Мэри Эйнсворт в 1969 году провела эксперимент, нацеленный на изучение привязанности ребенка к матери и последствий разлуки. Она наблюдала, каким образом годовалый ребенок встречает свою мать после нескольких минут разлуки. Эксперимент проводился следующим образом: мать, ребенок и исследователь некоторое время вместе играли в одной комнате. Затем мать удалялась на несколько минут (ребенок при этом оставался в комнате с исследователем) и снова возвращалась. Мэри Эйнсворт выяснила, что дети по типу привязанности делятся на три группы: надежно привязанные младенцы; неуверенные, избегающие младенцы; неуверенные, амбивалентные младенцы.

Надежно привязанные младенцы активно играли в комнате в присутствии матери. При этом они периодически подбегали к матери, во время игры обращали на нее внимание, убеждались в ее присутствии. Как пишет Мэри Эйнсворт, надежно привязанные дети использовали мать в качестве отправной точки. Однако, когда мать покидала комнату, их энергия и познавательная активность снижалась, иногда малыши демонстрировали тревогу и беспокойство, когда мать покидала комнату. Когда мать возвращалась, дети проявляли радость при ее виде, бежали к ней и некоторое время играли рядом с матерью. Присутствие матери рядом снова вселяло в них уверенность и через некоторое время они удалялись от нее, начиная снова исследовать окружающее пространство.

Мэри Эйнсворт изучила также взаимодействие этих детей с их матерями дома. Выяснилось, что матери надежно привязанных младенцев отличаются отзывчивостью. Они по возможности быстро отзывались на сигналы младенца: плач младенца, призыв и другие. То есть, эти матери были доступны для своих детей. Дети точно знали, что мама не пропадет, она обязательно откликнется на их сигнал. Дети усвоили то, что мир

безопасен, что объект привязанности (мама) отзывчив и ей можно доверять. Эти дети были уверены, что в случае опасности мать появится и защитит их, поэтому они легко отправлялись исследовать новое для них пространство. Поведение этих младенцев дома было спокойным. Они редко плакали, достаточно времени играли самостоятельно, при этом, конечно же, периодически подходили к матери.

Неуверенные, избегающие младенцы. Поведение этих младенцев в ситуации эксперимента с первого взгляда казалась весьма адаптивным. Дети выглядели независимыми, спокойными и уверенными в себе. Как только они оказывались в новой обстановке, они сразу же начинали исследовать пространство: бежали к игрушкам, играли. Со стороны состояние этих детей не внушало беспокойство, напротив, она выглядели на редкость здоровыми. Их поведение отличалось от детей первой группы. Они не подбегали периодически к матери, казалось, что они забыли о ней. Мэри Эйнсворт обратила внимание, что они не использовали мать как отправную точку (они не подбегали к ней время от времени). Когда мать выходила из комнаты, они просто не замечали ее ухода и продолжали играть так, как будто ничего не изменилось. Когда мать возвращалась, поведение ребенка опять не менялось: ребенок не бежал к матери, не радовался тому, что она вернулась. Такое поведение демонстрировали примерно 20 % детей.

Наблюдая за поведением этих детей, Мэри Эйнсворт предположила, что их эмоциональное состояние отнюдь не так благополучно, как может показаться на первый взгляд. Мэри Эйнсворт обратила внимание на то, что поведение этих детей является избегающим. Изучение взаимодействия этих детей с близкими в домашней обстановке подтвердило догадки Мэри Эйнсворт. Оказалось, что матери этих детей не были достаточно отзывчивы и чувствительны по отношению к детям, их поведение нередко было отвергающим. Дома наблюдаемые малыши вели себя не так, как в незнакомой ситуации. Дома они нередко вели себя независимо, но при этом много плакали и тревожились, если теряли месторасположение матери. Мэри Эйнсворт предположила, что эти дети опасались, что не смогут найти поддержку у матери в случае опасности. Они не были уверены в отзывчивости матери, в ее готовности прийти на помощь. Вероятно, это связано с опытом отвержения матерью, который они уже неоднократно испытали ранее. Поэтому для таких детей способом защиты оказывается избегание, отвержение матери. Это помогает им избежать разочарования при очередном отвержении.

Каковы последствия такого избегающего паттерна привязанности? Боулби пишет, что из таких детей вырастают взрослые, которые не могут выстроить близкие эмоциональные отношения с другими людьми, потому что не доверяют им.

Неуверенные, амбивалентные (двойственно-реагирующие) младенцы. В новой ситуации эти младенцы старались держаться как можно ближе к матери. В связи с этим они практически не исследовали окружающее пространство. Когда мать выходила из комнаты, дети очень волновались, беспокоились по поводу ее ухода. И когда мать возвращалась, они демонстрировали амбивалентную реакцию на ее возвращение. Они то прижимались к матери, то отталкивали ее.

Исследовав домашнюю обстановку, Мэри Эйнсворт увидела, что дома матери точно так же были непоследовательны по отношению к детям как дети к матерям в незнакомой ситуации. Матери иногда были отзывчивы и внимательны, иногда нет. Такое амбивалентное поведение матерей привело к формированию у детей неуверенности и амбивалентности в поведении. Дети не были уверены в том, как поведет себя мать в новой ситуации, когда они будут нуждаться в ней. Амбивалентное поведение матери подрывало доверие младенцев к миру в целом и матери в частности.

Как же в дальнейшем влияет тип привязанности на жизнь ребенка? Выяснилось, что надежно привязанные дети в дальнейшем более успешны как в обучении, так и в общении. Так, в процессе обучения они демонстрировали большее упорство при достижении цели, они были более общительны, легче завязывали социальные контакты. Таким образом, отзывчивость матери (или лица, ее заменяющего) оказывает влияние на дальнейшую жизнь ребенка.

На основе данных диагностики и полученных результатов о развитии ребенка раннего возраста, разрабатывается индивидуальная программа ранней помощи.

Литература

1. Гусаева Ю.Е. Типы привязанности и отзывчивость, чувствительность матери. URL: <https://www.b17.ru/article/54239/>
2. Гуревич К. М., Борисова Е. М. Учебное пособие. – М., Издательство УРАО, 1997. URL: <http://www.litceymos.ru>
3. Красникова Т. Диагностика детей раннего возраста. URL: <https://www.maam.ru/detskijasad/diagnostika-detei-ranego-vozrasta.html>
4. Лободенко Н.Л. Переходный объект как важный элемент в жизни ребенка. URL: <http://doshkolnik.ru/psihologiya/15633-perehodnyiy-obekt-kak-vazhnyiy-element-v-zhizni-rebenka.html>
5. Младенческий возраст и развитие детей. URL: <http://ekrost.ru/poster/mladencheskii-vozrast-i-razvitie-detei.html>
6. Осипова О.А., Унжакова Н.А., Сятчихина О.А. и др. Методическое руководство для педагогов-психологов и воспитателей по работе с детьми раннего возраста. – Томск, 2005. URL: <http://www.metodir.ru/metodicheskie-rekomendacii-dlya-pedagogov-psihologov-po-rabote.html>

ГЛАВА 4

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

4.1. Диагностика нервно-психического обследования младенца и малыша

Диагностика психических заболеваний в раннем детстве и, особенно, в младенчестве представляет собой актуальную, требующую новых разработок проблему. Клиническая картина психической патологии в младенчестве и в первые годы жизни ребенка нередко представляет собой сплав неврологических и психических расстройств, которые проявляются на общем фоне нарушенного развития. Последнее является основным сопутствующим синдромом заболеваний головного мозга в этом возрасте. Следует также отметить, что и в норме в период раннего онтогенеза имеет место некоторая вариабельность сроков становления нервно-психических функций (двигательных, речевых, поведенческих и др.), связанная с генотипом организма, а также с влиянием внешней среды. Любые повреждающие факторы (биологические и психосоциальные) вызывают неспецифические реакции искажения развития нервной системы и психики младенцев.

Методика «ГНОМ» («График нервно-психического обследования младенца и малыша»), разработанная Г.В. Козловской и соавторами М.А. Калининой, А.В. Горюновой, относительно новая методика определения уровня психического развития младенца и малыша до 3 лет [Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В., 2012].

Существенным ее преимуществом является то, что она дает возможность одновременно качественно и количественно оценить психическое состояние ребенка на момент обследования.

Методика «ГНОМ» для младенческого возраста состоит из 12 тестов – по тесту на каждый месяц жизни ребенка, для детей старше года тесты составлены с интервалом в 3 мес. жизни, а для детей 2-3 лет – с интервалом в полгода. Помесячные тесты состоят из 20 вопросов/заданий, оценивающих состояние и развитие пяти основных сенсорных, моторных, эмоционально-волевых, познавательных и поведенческих функций с балльной оценкой каждого задания. Для исследования уровня развития каждой функции предлагают 4 задания.

Стандартизованная методика «ГНОМ» дает возможность вычислить психомоторный возраст ребенка, соответствующий уровню его индивидуального развития.

На каждый возрастной период предъявляют 20 тестовых вопросов и оценивают каждое задание в 5 баллов, затем определяют коэффициент психического развития (КПР) по формуле: $КПР = \frac{\Sigma(+n)}{n}$, где $\Sigma(+n)$ – сумма баллов за все выполненные возрастные задания.

Кроме того, ГНОМ позволяет распределить обследуемых детей по 3 группам нервно-психического здоровья:

- 1) группа здоровых – показатель психического развития в пределах 110-90 баллов;

2) группа риска возникновения психической патологии – показатель психического развития в пределах 89-80 (все случаи со сверхопережающим развитием – коэффициент психического развития выше 111 баллов – также относятся к группе риска);

3) случаи с коэффициентом психического развития ниже 80 баллов относятся к группе патологии и требуют консультации специалистов – детских психиатра и невропатолога.

Ребенку предъявляют диагностические тесты, исследуя 5 сфер психической деятельности:

– сенсорика: тестируется зрительная, слуховая и тактильная чувствительности;

– моторика: статика, кинетика, тонкая моторика и мимика;

– эмоционально-волевая сфера: исследуются формирование и дифференцировка эмоциональных реакций, появление и характер эмоционального резонанса (способности воспринимать эмоциональное состояние других людей и адекватно на него реагировать); волевые функции: исследуются активная и пассивная произвольная деятельность;

– познавательные функции тестируют по четырем показателям: речь, мышление, игра и внимание;

– поведенческие функции состоят из двух разделов: биологического (пищевого поведения, формирования навыков опрятности) и социального поведения, для изучения каждого из которых предлагают по два задания.

Обследование ребенка осуществляется следующим образом.

Ребенка обследуют в присутствии матери или другого, близкого ребенку лица, которые должны находиться в поле зрения ребенка. При невозможности установить психологический контакт с ребенком допустимо проведение заданий матерью ребенка под наблюдением исследователя.

Обследование младенца проводят на пеленальном столе, ребенка после года – в манеже, на ковре; ребенку 2-2,5 лет предлагают сесть за детский столик, где разложены игрушки.

Для обследования необходим заранее подготовленный определенный набор игрушек и секундомер для отмеривания временного интервала, потраченного ребенком в процессе выполнения заданий.

Результаты обследования по методике «ГНОМ» заносятся в протокол наблюдения. Протокол наблюдения представляет собой комплект из регистрационных таблиц для формализованной качественной и количественной оценки психического состояния ребенка. Вся шкала разделена на сферам психической деятельности, сформированным в виде таблиц (см. приложение 2).

Из сенсорных функций исследуют зрение, слух, тактильную чувствительность ребенка, стимулируя ответные реакции ребенка на зрительные, слуховые и тактильные раздражители. В качестве тестового материала служат яркие и звучащие игрушки, на которые ребенок должен обратить внимание, проследить их перемещение в пространстве, протянуть к ним руку и т.п. Ласковое прикосновение к голове, общее поглаживание ребенка (тактильная стимуляция) должно сопровождаться, например, в младенчестве реакцией сосредоточения и локализацией места прикосновения. Ответные реакции ребенка (быстроту реагирования, длительность сосредоточения на раздражителях) рассматривают не только как безусловно-рефлекторные акты, но и как предикторы личностного реагирования ребенка, которые регистрируют в соответствующих графах тестов.

В качестве индикаторов общего моторного развития выбраны два вида двигательных функций: формирование способности к удержанию положения (позы), передвижению в пространстве и координация движений, т.е. статика и кинетика. Анализируют также тонкую моторику, особенности мимики, которыми сопровождаются все игровые действия с ребенком. Кроме того, в тестах первого года жизни учитывают степень выраженности и сроки редукции физиологических безусловных рефлексов, свидетельствующих о степени зрелости и темпах нервно-психического развития в младенчестве.

В эмоционально-волевой сфере исследуют формирование и постепенное усложнение и дифференцировку эмоциональных реакций (улыбка, смех, удивление, обида, гнев и т.д.), время появления и характер эмоционального резонанса (способность воспринимать эмоциональное состояние матери, близких людей и степень адекватности ответной эмоциональной реакции ребенка). Волевые функции оценивают по степени выраженности спонтанной и ответной психической активности при выполнении заданий.

К параметрам познавательной сферы относят внимание, импрессиивную и экспрессивную речь, мышление, игру. При этом формирование мышления, память оценивают с помощью экспериментатора в игре на сообразительность. Например, узнает ли ребенок знакомую обстановку, различает ли чужих и своих. Внимание оценивают по способности к фиксации на слуховых и зрительных стимулах – концентрация внимания, быстрота сосредоточения, длительность удержания внимания на одних стимулах. Речь оценивают по наличию возрастного звукопроизношения: начального, певучего гуления, лепета, отдельных слов, фраз, обнаруживающихся у ребенка спонтанно или появляющихся у него после стимуляции.

Формирование поведенческих функций оценивают по особенностям пищевого поведения, навыков опрятности, а также социального поведения, с акцентом на характере установления контактов в системе «мать – дитя» и общении с окружающими.

Схема исследования детей раннего возраста.

I. Вегетативно-инстинктивная сфера, ее отражение в психических процессах

1. Установление ритма «сон – бодрствование»:

1) Сроки формирования: а) норма; б) задержан. 2) Характеристика ритма: а) норма; б) особый ритм («совы», «жаворонка» и др.); в) отсутствие ритма; г) динамика ритма.

2. Сон, его характеристика и нарушения: а) норма; б) гипосомния; в) гиперсомния; г) инверсия (днем больше спит, ночью – бодрствует); д) ритм «совы»; е) ритм «жаворонка»; ж) нарушение засыпания (описать, какие); з) поверхностный сон с частыми пробуждениями; и) стереотипии во сне; к) пароксизмальные состояния во сне; л) ритуальность сна.

Динамика сна.

3. Формирование самоощущения.

1) Реакция на голод: а) норма; б) отсутствие реакции; в) гиперчувствительность, г) амбивалентное отношение (хочет есть, но не ест, могут быть рвотные движения).

2) Реакция на мокрое белье: а) норма; б) отсутствие реакции; в) гиперчувствительность; г) извращенная реакция.

3) Реакция на манипуляции с ребенком (пеленание, гимнастика, одевание, купание): а) норма; б) отсутствие реакции; в) гиперчувствительность.

Динамика формирования самоощущения.

4. Формирование функции «питание-выделение».

1) Сосательный рефлекс: а) норма; б) снижен. Динамика рефлекса: а) норма, б) задержан (долго не может научиться сосать, в дальнейшем – жевать, кусать, долго сохраняются сосательные движения); в) регрессивное появление рефлекса.

2) Процесс кормления: а) норма (сосет активно, наевшись сам бросает грудь, бутылочку, насильно кормить не удается); б) анорексия (сосет, но быстро перестает есть, насильно накормить не удается); в) булимия (нет чувства насыщения, продолжает сосать даже тогда, когда еда вытекает из рта и носа); г) еда во сне; д) инверсия дифференцировки съедобных и несъедобных предметов; е) привычная рвота; ж) избирательность в пище. Динамика процесса кормления.

3) Диспепсические расстройства: а) запоры, б) поносы, в) срыгивания; г) рвоты, д) руминации. Динамика диспепсических расстройств. 4) Становление навыков опрятности: (инстинктивный период): а) сигнализирует о своих потребностях; б) не сигнализирует.

5. Характеристика первичного вегетативно-инстинктивного уровня системы «мать – дитя»: а) успокаивается на руках у матери, б) принимает удобную позу, в) поисковый рефлекс.

6. Характеристика инстинкта самосохранения: а) норма, б) снижен (отсутствует страх перед посторонними с 9 до 12 мес., нет чувства «края», «высоты», «опасности» в отношении животных, темноты и т.д., не использует опыт знакомства с горячим, острым и т.д.); в) повышен (выраженные недифференцированные реакции на любые раздражители). Динамика формирования инстинкта.

7. Сфера влечений: а) агрессивность; б) аутоагрессия; в) онанизм; г) другие (трихотилломания, онихография и т.д. Динамика появления и течения.

II. Внимание.

1) Непроизвольное внимание: а) способен к длительной фиксации взора, б) не способен к длительной фиксации взора; в) элементы полевого поведения (хаотичное передвижение с невозможностью сосредоточиться).

2) Произвольное внимание (после 2-х лет).

3) Сверхизбирательность внимания. Динамика функции.

III. Моторное развитие.

1. Сроки формирования. 1) Удерживание головы (2-3 мес.). 2) Перевороты (4-5 мес.). 3) Сидение: а) пассивное (к 6 мес.), б) активное (6-7 мес.) 4) Ползание (до 8 мес.). 5) Вставание (в 8 мес.) 6) Ходьба (9-12 мес., не позднее 1 года 2 мес.). 7) Развитие зрительно-моторных координаций: а) тянет ручки к игрушке (2-3,5 мес.), б) дотрагивается до игрушки (3,5-4,5 мес.); в) захватывает игрушку (4мес); г) удерживает игрушку (3,5-4,5 мес.)

2. Характеристика моторики. 1) Моторная координация: а) ловкий; б) неловкий. 2) Тонкая моторика: а) удовлетворительная; б) недостаточная. 3) Наличие двигательных стереотипов: а) движения туловища, б) движение конечностями (в том числе хореоатетонидные движения пальцами); в) лицевые паракинезии. 4) Двигательное беспокойство (описать, какое). 5) Двигательная заторможенность (описать какая). 6) Другие расстройства, в том числе кататонические. Динамика моторного развития: а) норма, б) задержка, в) опережение, г) «переслаивание», д) регресс.

Кардинальные моменты развития моторики детей в возрасте от 1 до 3,5 лет:

1 год: 1) ходит самостоятельно; 2) при падении встает самостоятельно; 3) собирает мелкие предметы, используя большие и указательные пальцы.

1 год 3 мес.: 1) бегает на «заплетающихся ногах» 2) может переворачивать страницы в книге; 3) пытается есть ложкой.

1 год 6 мес.: 1) забирается на стул; 2) пользуется ложкой во время еды.

1 год 9 мес.: 1) ходит по лестнице вверх самостоятельно; 2) пытается надевать ботинки.

2 года: 1) подпрыгивает на одном месте; 2) складывает бумагу вдвое.

2 года 6 мес.: 1) балансирует на одной ноге 3-5 с; 2) складывает бумагу вчетверо.

3 года: 1) перепрыгивает через линию, начерченную на полу; 2) удерживает равновесие, стоя на одной ноге в течение 7-10 с; 3) застегивает пуговицы.

3 года 6 мес.: 1) ходит по узкой дощечке; 2) складывает бумагу по диагонали.

IV. Сенсорное развитие.

1. Сроки формирования. 1) Фиксация взгляда (до 2 мес.). 2) Прослеживание игрушки: а) горизонтальное (до 3,5 мес.); б) вертикальное (до 3,5 мес.); г) круговое (до 4,5 мес.). 3) Прослеживание взглядом невидимой траектории (3-4 мес.). 4) Локализация звука (до 3,5 мес.). 5) Реакция на звуки: а) норма (прислушивается, вздрагивает, ищет источник звука); б) отсутствие реакции; в) гиперчувствительность; г) парадоксальность. 6) Узнавание знакомых лиц (до 6 мес.). 7) Дифференцирование тона говорящих (до 8 мес.). 8) Узнавание формы предметов (к 1,5 годам). 9) Различение цветов (к 2,5 годам).

2. Патологические феномены. 1) Нарушение узнавания знакомых людей, предметов. 2) Иллюзии (зрительные, слуховые). 3) Галлюцинации. 4) Дерезализация, деперсонализация.

V. Эмоциональная сфера.

1. Комплекс оживления. 1) Сроки появления: а) норма (3-3,5 мес); б) появляется с задержкой; в) отсутствует; г) редуцирован. 2) Характеристика: а) содержит 3 компонента (двигательный, эмоциональный, голосовой); б) отсутствует двигательный компонент (может отсутствовать в норме); в) отсутствует голосовой компонент; г) отсутствует улыбка; д) все элементы слабо выражены. Динамика комплекса оживления (от 3 до 6 мес. усиливается голосовой и эмоциональный компонент и постепенно исчезает двигательный).

2. Мимика как отражение эмоционального состояния: а) живая; б) бедная; в) парамимии; г) вычурная.

3. Общая характеристика эмоций. 1) Контроль отрицательных эмоций (4,5 мес.). Становление сложных эмоций: обида, гнев, удивление (8-9 мес.).

2) Полярность эмоциональных реакций: а) преобладание положительного полюса; б) преобладание отрицательного полюса; в) биполярность эмоций; г) общая «несформированность» внешнего проявления эмоций. 4) Трудность вызывания эмоциональных реакций. 5) Трудность переключения эмоций. 6) Эмоциональная лабильность (для детей – норма). 7) «Истощаемость» (эмоциональная реакция возникает, но тут же исчезает). 8) Синтонность (способность к сопереживанию). 9) Адекватность. 10) Парадоксальность. 11) Диссоциированность.

4. Суточный ритм настроения: а) ровный; б) повышенное беспокойство: утром, в вечернее время, при пробуждении и засыпании («эндогенный» суточный ритм для детей раннего возраста – беспокойство особенно выражено после дневного сна), ночью.

5. Улыбка. 1) Сроки формирования: а) на комплексное воздействие: лицо взрослого плюс тактильное воздействие (1-1,5 мес); б) на «говорящее лицо» (1,5-2,5 мес.); в) на «неговорящее лицо» (3-3,5 мес); г) на игрушку (3,5-4 мес.). 2) Характеристика: а) норма; б) отсутствие улыбки; в) несформированность улыбки; г) редкость появления.

6. Психопатологические феномены. 1) Дистимии (перебегающие состояния капризности, недовольства, плача, «нытья», часто с отталкиванием и избеганием взрослых). 2) Дисфории (неожиданно возникающие состояния плохого настроения, сопровождающиеся агрессивными тенденциями в виде агрессии, направленной на окружающих или аутоагрессии, чаще всего со стремлением укушать, ущипнуть, оцарапать, плюнуть или больно удариться). 3) Гипомании (нехарактерное для ребенка в обычное время появление положительного эмоционального полюса с повышенной отвлекаемостью, переключаемостью, часто усилением речевой активности; у детей старше 2 лет – с дурашливостью, клоунадой, навязчивостью и отсутствием чувства дистанции в общении со взрослым) 4) Депрессия (более или менее устойчивая двигательная заторможенность, неулыбчивость, плач, иногда тревога, ажитация). 5) Тревога (иногда сопровождается акатизией, неспособностью сколько-нибудь продолжительное время находиться в неизменном положении, у маленьких детей часто сопровождается желанием собирать всех близких около себя). 6. Страхи (описать особенности). 7) Другие эмоциональные состояния. Динамика эмоционального состояния на протяжении жизни.

VI. Сфера общения.

1. Сроки формирования. 1) Фиксация взора на взрослом (1-2 мес.). 2) Предпочтение фиксации на человеческом лице (2 мес.). 3) Откликаемость (со 2-го месяца). 4) Прислушивание к речи (с 3-го месяца). 5) Поворачивает голову на человеческий голос (3-4 мес.) 6) Требуется внимания (1-3 мес.). 7) Отрицательная реакция на маску, динамика «формального» общения (3-6 мес.). 8) Контроль отрицательных эмоций (4,5 мес.). 9) Появление страха перед посторонними (к 9-12 мес.).

2. Характеристика общения. 1) Избегание человеческого взгляда. 2) Феномены «псевдоглухоты» и «псевдослепоты». 3) Протодиакризис (отношение к людям как к неодушевленным предметам). 4) Отношение к матери: а) узнает и выделяет мать среди других людей (к 5 мес.) б) симбиотическая привязанность; в) отвергает мать; г) относится индифферентно. Динамика функции. 5) Отношение к другим членам семьи (описать особенности). 6) Дифференциация окружающих. 7) Отношение к пребыванию в одиночестве: а) предпочитает; б) не переносит; в) острый страх; г) реакция отсутствует; д) как может находиться один. 8) Отношение к посторонним детям. 9) Отношение к посторонним взрослым. 10) «Уходы в себя». 11) Отсутствие дистанции в отношениях со взрослыми. 12) Сверхобщительность. 13) Плохо переносит коррекцию извне.

3. Динамика общения. Описать все особенности, периоды регресса.

VII. Речь.

1. Сроки появления. 1) Появление первых звуков (2 мес.). 2) Ответные звуки (до 3,5 мес.). 3) Гуление (3 мес.). 4) Разнообразные звуки (6-8 мес.). 5) «Период молчания» (5-6 мес., может не быть). 6) Первые слоги (8 мес.). 7) Вокализация при манипуляциях (7-8 мес.). 8) Первые слова (до 1 года). 9) Фразовая речь (к 2 годам).

2. Характеристика речи. 1) Наличие импрессивной речи (понимания обращенной к ребенку речи). 2) Наличие экспрессивной речи (пользование речью с коммуникативной функцией включая вокализации). 3) Словотворчество: слова-метки или сокращения; неологизмы; в) рифмование. 4) Модулированная речь. 5) Немодулированная речь. 6) Вычурные интонации. 7) Тахилалия. 8) Брадилалия. 9) Шепотная речь. 10) Излишне громкая речь. 11) Эхолалия. 12) Заикание и запинки (описать особенности). 13) «Взрослая» речь с употреблением фраз-штампов. 14) Мутизм: а) элективный; б) тотальный. Динамика развития: а) соответствующая возрастным нормам; б) асинхронная; в) регрессивная.

VIII. Познавательная деятельность, игра.

1. Сроки формирования. 1) Сосредоточение внимания на игрушке, отдельных предметах обстановки, окружающем (2-3 мес.). 2) Движения рук в сторону объекта (3-4 мес.). 3) Захват и рассматривание игрушки (3-4 мес.). 4) Поиск спрятанной игрушки (4-5 мес.). 5) Захват второй игрушки (5 мес.). 6) Удержание двух игрушек (6 мес.). 7) Захват трех игрушек (8 мес.). 8) Интерес к мелким предметам (8-9 мес.). 9) Игры с идентичными ролями (7 мес. – по подражанию). 10) Игры с неидентичными ролями (до 1 года). 11) Понимание запрета, разрешения (до 1 года). 12) Понимание соотношения слов с предметами (10 мес.). 13) Владение указательным жестом (11-13 мес.).

2. Характеристика познавательной деятельности. 1) Высокий познавательный интерес. 2) Низкая познавательная активность. 3) Интерес к неигровым предметам и абстрактным понятиям. 4) Приобретение и использование опыта (обучаемость). 5) Стереотипные игры. 6) Вычурные игры. Динамика развития познавательной деятельности, а) соответствующая возрастным нормам; б) опережающая; в) асинхронная; г) регрессивная.

Некоторые ключевые моменты в развитии познавательной деятельности детей 1-3,5 лет.

1 год: 1) Сам тянется к интересующей его игрушке, играет с ней. 2) Узнает на фотографии знакомых взрослых. 3) Играет в игры с неидентичными ролями. 4) Соотносит около 10 слов с предметами.

1 год 3 мес.: 1) Ставит один кубик на второй (после показа). 2) По просьбе кладет несколько кубиков в коробку (не все). 3) Рассматривает картинки в книге. 4) Показывает пальцем на интересующий его предмет, сопровождает это действие вокализацией. 5) «Присваивает» себе игрушки, прижимает к себе.

1 год 6 мес.: 1) С 3 попыток собирает доску Сегена из 3 блоков. 2) Пытается рисовать вложенным в руку карандашом. 3) По просьбе показывает на картинке некоторых животных, людей. 4) Выполняет подряд 2 просьбы («положи кубик на стол» и т. д.). 5) Показывает на себе не менее 2 частей тела.

1 год 9 мес.: 1) Чертит линию на бумаге после показа. 2) Безошибочно собирает блоки в доску Сегена. 3) По заданию кладет кубики в 2 разных емкости, различая их и пользуясь только вербальной инструкцией. 4) Пододвигает стул, чтобы достать высоко лежащий предмет. 5) Показывает требуемое изображение на большинстве предлагаемых ему 10 предметных карт.

2 года: 1) Пытается рисовать круг. 2) Складывает разрезанную картинку из 2 перевернутых частей. 3) Играет в мяч. 4) Называет 3 предмета на сюжетной картинке.

2 года 6 мес.: 1) Свободно рисует круг, горизонтальную линию. 2) Складывает разрезанную картинку из 2 перевернутых частей. 3) Строит мост из 3 кубиков. 4) Правильно называет один цвет. 5) Называет имя, фамилию.

3 года: 1) Копирует на бумаге «крест». 2) Выбирает самую длинную линию из трех. 3) Считает до двух. 4) Рассказывает стихи. 5) Понимает хотя бы 3 предлога.

3 года 6 мес.: 1) Складывает разрезанную картинку из 3 частей. 2) Различает противоположные понятия («большой – маленький», «холодный – горячий»). 3) При рассказе по сложной картинке употребляет прилагательные. 4) Правильно называет 3 цвета из 4. 5) Пересказывает сказки.

IX. Формирование социального поведения.

1. Режим: а) принимает быстро; б) принимает с трудом; в) «свой режим»; г) ритуальность.

2. Становление навыков самообслуживания: а) еды; б) одевания, раздевания; в) аккуратности. Динамика развития: а) своевременно, б) с опережением; г) регресс.

3. Учет ситуации.
 4. Подчиняемость.
 5. Негативизм: а) как «взрослый» симптом («я сам»); б) как патологический симптом.
 6. Становление навыков опрятности: а) своевременное, б) задержанное; в) не устанавливается; г) регресс.
 7. Поведение дома
 8. Поведение на улице.
 9. Поведение в детском учреждении.
 10. Патологические навыки. Динамика.
- Х. Формирование прообразов самосознания.

1) Формирование самоощущения (из вегетативно-инстинктивной сферы, только характеристика особенностей). 2) Откликается, показывает на себя 1 года. 3) Показывает на себя при просьбе (после 1 года). 4) Появление личных местоимений и правильное их использование (к 3 годам). 5) Идентификация пола. 6) Игровое перевоплощение в других людей, животных, неживые предметы с сохранением чувства реальности. 7) Патологические феномены: деперсонализация перевоплощения с уходом от реальности, в том числе нарушения идентификация пола и др.

Использование методики «ГНОМ» («График нервно-психического обследования младенца и малыша») имеет следующие преимущества [Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В., 2012].:

1. В методике «ГНОМ» определения психического развития включен широкий спектр вопросов, относящихся к психическому развитию ребенка и предикторам его индивидуальных психических реакций в возрастном диапазоне от 1 месяца жизни до 3 лет включительно. Это позволяет провести оценку психического развития ребенка, начиная с первых месяцев жизни, вычислить фактический возраст ребенка, соответствующий уровню его индивидуального развития, и определить отстающие в развитии функции.

2. Использование методики «ГНОМ» позволяет выявить детей с нарушениями психического развития, детей с психическими расстройствами или их предикторами уже на первом году жизни и своевременно начать необходимое лечение.

3. Методика «ГНОМ» проста в обращении: суммировав оценки за все выполненные задания, сразу можно определить коэффициент психического развития ребенка.

Методика проведения. Для проведения тестирования необходимо следующий набор экспериментального материала:

1. Две погремушки в виде какого-нибудь узнаваемого изображения – попугайчика, белочки, колобка и т.п. (размер 7-10 см); яркий пластмассовый шарик (3-5 см) привязанной к нему узкой и яркой ленточкой; резиновый мяч средней величины с яркой окраской; колокольчик; набор мелких предметов – мозаика или разноцветные разной величины пуговицы (1-1,5 см в диаметре), в исключительном случае можно пользоваться промытым и просушенным изюмом.

2. Пустая бутылочка для кормления младенца; соска с привязанной к ней узкой ленточкой; детские чашка, тарелочка и чайная ложечка; набор из шести деревянных, неокрашенных кубиков 4x4 см; простая доска Сегена (для младенцев); набор более сложных досок Сегена для детей старше одного года; три нарисованные маски с изображением человеческого лица, с четкой мимикой радости, уныния и угрозы (изображение должно быть черно-белое). Набор кукол – большая, средняя и маленькая – и соответствующая им по размерам игрушечная мебель: кровать-колыбель, стол, стульчик, шкаф для кукольной одежды, детские колясочки (большая и маленькая); одежда для

кукол; игрушечная металлическая посуда; мягкие игрушки из плотного поролона (моющиеся) в виде легко узнаваемых зверей (лиса, заяц, белка и др.) и сказочных героев (Карлсон, Чебурашка, Снегурочка, Буратино и т.п.).

3. Три большие и маленькие резиновые игрушки-пищалки в форме различных зверей; пирамида и матрешка (большие и маленькие); пластмассовая коробочка с крышкой; большое настенное зеркало, обычная кухонная утварь: небольшая кастрюля с крышкой, половник; набор металлических машинок: маленькая и большая (2–3 шт.). Разнообразные картинки (собака, кот, курица, яблоко) в цветном и черно-белом исполнении; набор картинок для детского варианта классификации: одежда, мебель, посуда, еда (включая фрукты, овощи, конфеты), животные, люди (6 групп). Набор детских стихотворений-четверостиший А.Барто («Мишка», «Бычок», «Мячик», «Зайка») с цветными иллюстрациями. Четыре красочных сюжетных картинок с временами года. Набор цветных картинок с реалистическим изображением животных, птиц, детей и т.п.

4. Набор цветных шариков и или кубиков (7-10 цветов с четкой расцветкой спектра); набор пластмассовых или деревянных геометрических фигур (простые и сложные); секундомер.

На каждый эпикризный период предлагаются таблицы развития (приложение 2), позволяющие оценить развитие ребенка и осуществить прогноз его нервно-психического развития.

Литература

1. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест «Гном». – М.: МГИУ, 2012. – 88 с.

4.2. Психолого-педагогическое обследование детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра

У каждого человека в голове есть определенная схема событий. К концу первого года жизни у ребенка появляются первые слова, к 1,5 годам фразы, затем предложения. Ребенок растет, активно интересуется игрушками, окружающими его взрослыми. Он изучает пространство, самого себя, он взаимодействует с окружающими, из этого общения получает информацию о мире, и таким образом развивается. Однако есть дети, у которых эта схема нарушена. Они не могут взаимодействовать с окружающей средой и получать из нее информацию, учиться так, как это делают другие.

С психологической точки зрения дети с аутизмом – это дети с особым восприятием мира, имеющие особую, отличную от других, конструкцию реальности. Она видят мир не так как остальные, поэтому и строят взаимоотношения с ним также специфически.

Аутизм представляет собой комплекс нарушений, который состоит из нарушения социального общения и взаимодействия и стереотипных действий. Только если присутствуют все эти элементы, можно говорить о наличии у ребенка аутистических черт.

К сожалению, в настоящее время в последние несколько лет наметился резкий рост (в 6 раз) детей с аутистическими чертами. Сегодня, согласно исследованиям американских ученых, основывающихся на информации, полученной от врачей, родителей, воспитателей, каждый ребенок из 59 имеет такие черты.

Исследователи озадачены таким высоким ростом данного феномена. Среди возможных причин названы: ухудшение экологии, употребление матерью во время беременности антидепрессантов или гормональных препаратов. Отмечаются и положительные факторы, среди которых названы улучшение качества диагностики. Если раньше это было просто странная особенность развития ребенка, то теперь она получила название. Однако роста количества детей с РАС в 6 раз не оправдывает ни один фактор.

И тут ученым приходится признаться в собственной уязвимости. Никто не знает точно, чем вызван столь значительный рост данного феномена, как точно не известны и его причины.

Однако аутизм – это всегда страшный удар для родителей. Как и при любом травматичном событии, они перегружены чувством вины, тревогой, злостью на себя и на весь мир. Целый коктейль не самых простых чувств вихрем обрушивается на этих родителей. Им действительно непросто справиться. Особенно когда все вокруг начинают прямо или косвенно указывать на особенности ребенка, упрекать родителей в неправильном его воспитании.

И тут проще сбросить все свои чувства на какой-то внешний фактор. Чаще всего «мишенью» оказывается прививка, которая недавно была сделана ребенку. Понятно, что прививка послужила лишь катализатором проявления сложностей у ребенка. Что задатки уже были и рано или поздно проявились бы. Исследования показывают даже то, что предпосылки к развитию аутизма могут быть еще у родителей, но проявляются только у детей.

Однако, вспоминая в каком непростом эмоциональном состоянии находятся родители, имея задачу, прежде всего, поддержать их на таком непростом пути, говорить об этом, по крайней мере, на первых порах, родителям не стоит. Пусть лучше на данном этапе будет «виновата» прививка.

Важно немного сказать и о терминологии. Диагнозы «аутизм» и «РАС» ставят только врачи-психиатры. Все остальные специалисты могут проводить диагностические процедуры с целью определения своего поля работы, но ставить диагнозы они права не имеют. Специалисты Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС рекомендуют даже использовать термин «нарушения в спектре аутизма», чтобы избежать созвучия с медицинским диагнозом.

Нам важны не диагнозы, а конкретные способы помощи ребенку. Поэтому даже если немедицинскими специалистами и проводятся диагностические процедуры, важно обозначить, что результаты исследования не являются медицинским диагнозом, а для более точной диагностики рекомендуется обратиться к врачу-психиатру.

Однако первые признаки аутизма необходимо знать как родителям, так и всем специалистам, работающим с детьми. Заметив эти признаки, так называемые «красные флажки аутизма», родитель или специалист могут способствовать тому, что ребенок вовремя окажется у специалистов, работающих с данным расстройством, и получит своевременную помощь.

Это особенно важно, поскольку установлено, что наилучший результат ребенок получает в том случае, если он начинает получать помощь в период между 2 и 3 годами. Чем раньше с ребенком будет проводиться коррекционная работа, тем больше шансов на позитивные результаты. Важна любая помощь – развитие познавательной сферы, эмоциональная поддержка, развитие коммуникации, формирование практических навыков, психологическая и информационная поддержка родителей. Часто родители детей с РАС проходят сами специальное обучение. Это в разы увеличивает шансы ребенка на благополучную социальную адаптацию.

Интересно представить себе внутренний мир ребенка с РАС. Как можно понять, он сильно отличается от мира обычных людей. Главная характерная особенность такого ребенка – это его тотальное одиночество. Окружающий мир настолько пугает его, что ему приходится уходить в себя. Мир слишком эмоциональный для него. Ребенок избегает эмоциональности, он не понимает и пугается ее. Все вокруг для него кажется таким нестабильным, пугающим. Он стремится хоть немного сохранить постоянство, оберегая порядок, используя одежду и предметы одного цвета. Его мир отличается от нашего также, как и кадр из фотоальбома от киноленты. Для него существуют отдельные моменты, мгновения.

Ребенку очень сложно понимать других людей. Он видит, что они делают, слышит, что говорят, наблюдает за жестами, но связать все воедино не может. Звуки, картинки, ощущения для него существуют отдельно, сами по себе, не формируя цельной картины.

Людей и предметы ребенок воспринимает также конкретно. Вика, которая его сестра, которая ходит с ним в детский сад. Стол, какой-то конкретный, который он когда-либо видел. Обобщений у такого ребенка не существует, эмоциональный смысл из слов он убирает. Остается одна конкретика.

«Красный флажок» представляет из себя конкретную жалобу родителя или конкретный вопрос, который можно задать относительно ребенка.

Однако, предвидя тревогу родителей, важно отметить, что наличие в поведении ребенка какого-либо одного из «красных флажков» еще не означает его предрасположенность к РАС. Аутизм представляет собой именно комплекс симптомов.

Важно в тревоге за благоприятное развитие ребенка не упустить радостные минуты, связанные с ростом ребенка, его новыми умениями. Ведь для него так важен контакт с родителями, поддержка при освоении мира. Тревожные и эмоционально закрытые родители могут спрятаться в своем страхе и не дать ребенку ту поддержку и любовь, в которой он нуждается.

На «красных флажках» основаны первичные диагностические инструменты. Это опросники для родителей, плакаты, методические пособия для специалистов.

Поэтому важно знать «красные флажки» и в случае их обнаружения немедленно обратиться к специалисту.

Рассмотрим наиболее распространенные «красные флажки»:

1. Недостаток зрительного контакта. Уже на третьем месяце жизни ребенок должен активно смотреть в глаза каждому, кто приближается к нему. Младенец то пристально смотрит в глаза, то отводит взгляд. Он спонтанно устанавливает зрительный контакт. Взрослым не приходится бороться за его внимание. Если же малыш больше внимания обращает на предметы, нежели на людей, то на это стоит обратить внимание.

2. Чрезмерная увлеченность вращающимися предметами. Большинство младенцев любят смотреть на вращающиеся игрушки, но если малыш слишком долго и заворочено смотрит на юлу, это также повод насторожиться.

3. Задержка речевого развития. Развитие речи младенца должно идти от активного гуления в 3-4 месяца до лепета, включая согласные звуки, в 6-9 месяцев. К концу первого года жизни должны появляться первые слова. Сегодня задержка речевого развития наблюдается у многих детей. Конечно, каждый ребенок развивается в своем темпе, но, если к 1,5 годам у ребенка не появились первые самые простые слова, это уже тревожный сигнал.

4. Игра в одиночестве. Дети до 2 лет, играя, активно привлекают взрослых, показывают, что у них есть, интересуются занятиями окружающих. Если же ребенок в возрасте 1-2 года часами играет один, следует насторожиться.

5. Отсутствие реакции на посторонних. В норме ребенок должен сразу же замечать, когда в комнате появляется новый человек. Он может испугаться и спрятаться за маму, а может, наоборот, заинтересоваться им и начать общаться. Но какая-то реакция должна быть в любом случае.

6. Отсутствие совместного внимания. Когда ребенок видит что-то новое, обычно он ищет реакции на это взрослого. Например, если ребенок увидел собаку, он посмотрит на собаку, потом на маму, чтобы увидеть ее реакцию. Потом снова на собаку, со страхом или с интересом, в зависимости от реакции мамы. Если собака не вызывает у него страх, он смотрит на собаку, потом на маму, улыбается, показывает на собаку жестом, как бы делится своим открытием. Мама же подтверждает: «Да, ты увидел собаку, ты обрадовался». Получается полноценный акт общения. Если ребенок не ищет реакции взрослого и не стремится поделиться с ним своими впечатлениями, следует взять этот симптом на заметку.

7. Повторяющиеся движения. Тревогу могут вызвать и повторяющиеся движения, совершаемые ребенком. Он может все время ходить на цыпочках, включать и выключать свет, размахивать руками. При этом беспокойство в раннем возрасте должно вызывать взмахи только в пределах кистей рук. Все остальные движения могут считаться нормой.

Поводами для беспокойства должны являться резкое ухудшение бесконтрольного поведения ребенка, физическая само(агрессия), слишком громкий, бешеный крик, продолжительные приступы гнева.

Все вышеуказанные признаки могут быть замечены помимо родителей и воспитателей, врачами-педиатрами во время планового осмотра. Поэтому очень важно, чтобы он проводился качественно.

Врачи-психиатры для постановки диагноза используют критерии РАС. Они также основываются на «красных флажках», но объединенных в группы:

1. Нарушение эмоциональной взаимности. Например, когда мама плачет, а ребенок в ответ смеется. Отсутствие разделенного внимания, когда мама показывает на самолет, а ребенок не смотрит. Несоблюдение социальных норм, когда взрослый улыбается ребенку или делает комплимент, а он уходит.

2. Нарушение невербальных форм поведения для социального взаимодействия. Это отсутствие указательного жеста, речи, глазного контакта. Важно отметить, что жесты могут и присутствовать, но отсутствует их объектная направленность. Они не имеют целью установление контакта.

3. Нарушение установления и поддержания социальных взаимоотношений и адаптации поведения к социальному контексту. Неправильно говорить, что дети с аутизмом не хотят дружить. Они хотят, но не умеют, у них нет нужного инструмента. Они не понимают, почему в библиотеке нужно говорить тихо. А часто доступный им способ взаимодействия – это отбирать игрушки или ломать все вокруг.

4. Стереотипные повторяющиеся движения, слова, стереотипная речь. Ребенок может говорить фразами из мультфильмов, повторять услышанные слова и звуки много раз (эхолалия), многократно повторять одни и те же движения.

5. Ритуализированные формы поведения, неприятие перемен. Небольшие изменения в окружающей обстановке могут вызвать ярость у ребенка. Он предпочитает одежду и еду одного цвета. Всегда и во всем стремится к сохранению постоянства.

6. Крайне ограниченные и фиксированные интересы. Важно отличать необычные интересы ребенка от фиксированных. Например, если ребенок недавно побывал в Ар-

мении и теперь увлекается буквами армянского алфавита. И для сравнения, если ребенок постоянно рисует буквы армянского алфавита на стене, на руках своих, на руках мамы, не замечает больше ничего вокруг. Это увлечение снижает качество жизни, мешает нормальной жизнедеятельности.

7. Избыточная или недостаточная реакция на сенсорные импульсы, необычные сенсорные интересы (свет, звук, вкус). Например, постоянно прикладывает к щеке липучки от одежды. Это препятствует другой деятельности и не имеет смысла.

Для постановки диагноза РАС у ребенка должны присутствовать в обязательном порядке все первые три критерия, а из следующих четырех любые два.

На «красных флажках» основан опросник М-СНАТ. М-СНАТ создан в США и является расширенной версией скринингового опросника СНАТ, созданного в Великобритании. М-СНАТ содержит 23 вопроса (в оригинальной версии содержится 9 вопросов). Обработка данных М-СНАТ занимает менее 2 минут. Дети, получившие более 3 баллов по общей шкале, либо набравшие 2 критических балла, должны быть направлены на диагностическое обследование к специалистам, в чью компетенцию входит постановка диагноза РАС у детей раннего возраста.

М-СНАТ может проводиться как часть обычного медицинского обследования ребенка. Также может быть использован для оценки риска наличия аутизма и представителями не медицинских специальностей.

Главная цель использования М-СНАТ – выявление риска наличия аутизма и РАС, однако, не все дети, которые выявляются при использовании данного метода, действительно имеют диагноз РАС.

Важно помнить, что ни один скрининговый инструмент не имеет 100% достоверности полученных данных, поэтому при выявлении у ребенка риска РАС необходимо рекомендовать родителям обратиться к врачу-психиатру для дальнейшего обследования и постановки диагноза.

Пройти М-СНАТ можно онлайн на сайте <https://test.autism.help/>.

Очень диагностично может быть и наблюдение за ребенком, за его контактом с мамой, за его игрой, реакцией на незнакомых людей, за его поведением в группе сверстников. При этом важно ставить перед собой вопросы: какие потребности есть у ребенка, какому этапу нормального развития они соответствуют; какие эмоциональные реакции возникают у ребенка и как он с ними справляется; какому возрастному этапу соответствует качество его игры. Диагностичными являются и чувства, возникающие у специалиста во время работы с данным ребенком, например, желание заботиться о нем, как мать, ощущение симбиоза с малышом.

Как видим, «красные флажки» являются первым тревожным звонком для родителей и воспитателей. Далее следует более глубокая диагностика, постановка диагноза. Однако, чем раньше ребенок окажется у специалиста и начнет получать помощь, тем вероятнее благоприятные прогнозы. Именно поэтому так важно заметить самые первые проявления аутистических черт у ребенка и принять необходимые меры.

Вторым этапом диагностики детей с РАС является **дифференциальная диагностика**. Это углубленное медико-психолого-педагогическое обследование ребенка с целью определения типа нарушения и соответствующего образовательного маршрута. Его осуществляют междисциплинарная команда специалистов, среди которых присутствует психиатр, невролог, психолог, дефектолог. Дифференциальный диагноз выставляется врачом-психиатром.

На этапе дифференциальной диагностики применяются такие направления исследования, как медицинское обследование, которое осуществляется психиатрами; психолого-педагогическое обследование, осуществляемое с помощью таких методов, как интервью родителей, психологическое тестирование, психолого-педагогическое наблюдение; логопедическое исследование.

Диагностика РАС в клинической практике значительно затруднена, особенно в раннем возрасте, поскольку признаки, по которым можно установить у ребенка наличие РАС, присущи также многим другим нарушениям развития у детей.

Наиболее часто аутизм приходится дифференцировать с ментальными нарушениями: умственной отсталостью, задержкой психического развития; речевыми нарушениями: алалией; сенсорными расстройствами: глухотой, слепотой.

В широком смысле под аутизмом понимается неконтактность ребенка, стремление уйти от общения, жить в своем собственном мире. Однако необщительность ребенка может проявляться по-разному и причины также будут отличаться. Необщительность может быть чертой характера ребенка, может быть вызвана глухотой, слепотой, задержкой психического развития, интеллектуальным недоразвитием.

Важно понимать, какое нарушение первично, потому что только при установлении причины нетипичного поведения ребенка можно качественно оказать ему помощь, составить его образовательный маршрут и программу психолого-педагогического сопровождения ребенка.

Основным методом диагностики расстройства аутистического спектра является динамическое наблюдение за ребенком. Оно может осуществляться как непосредственно, так и опосредованно, через опрос родителей и других близких родственников ребенка, ухаживающих за ним.

Опрос родителей осуществляется при помощи анкеты для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста. Родителям предлагается ответить на вопросы, основанные на наблюдении за ребенком (фиксирует ли ребенок взгляд на игрушках или лице взрослого; смотрит ли в глаза), данных из анамнеза ребенка (кормили ли ребенка грудью; соответствует ли нормативным показателям сроки моторного и речевого развития ребенка). В конце анкеты предложен ключ. При совпадении 4-х и более ответов с ключом методики, родителям ребенка рекомендуется обратиться к врачу-психиатру.

Еще одним диагностическим методом является Детская рейтинговая шкала аутизма (CARS) – стандартизированный инструментальный, который целесообразно использовать для клинико-динамической оценки детей с расстройствами аутистического спектра в возрасте от 2 лет. Шкала основана на непосредственном наблюдении за поведением ребенка.

В процессе исследования обращают внимание на следующие 15 признаков:

- 1) взаимоотношения с людьми;
- 2) подражание;
- 3) эмоциональные реакции;
- 4) моторную ловкость;
- 5) использование предметов;
- 6) адаптационные изменения;
- 7) зрительную перцепцию;
- 8) вкусовую, обонятельную, тактильную перцепцию;
- 9) тревожные реакции,

- 10) страхи;
- 11) вербальную коммуникацию;
- 12) невербальную коммуникацию;
- 13) общий уровень активности ребенка;
- 14) уровень и последовательность познавательной деятельности;
- 15) общее впечатление диагноста, коррелируемое с DSM-IV.

Оценка отдельных областей включает в себя 4 степени: от поведения, соответствующего возрасту, до поведения, сильно «отклоняющегося от обычного».

Методика РЕР-3 (Психолого-Образовательный Профиль) создана для обследования детей с аутизмом, чтобы дифференцированно оценить способности ребенка с расстройствами аутистического спектра к обучению, что является очень важным моментом, так как развитие различных психических функций при аутизме происходит неравномерно, что необходимо учитывать при составлении индивидуальных коррекционных программ.

В РЕР-3 информацию о ребенке получают из двух основных источников. Во-первых, это результаты выполнения заданий, основанные на типичных для детей формах активности; эти результаты оцениваются по стандартизированным, соотнесенным с типичным развитием шкалам. Во-вторых, информацию получают из опросника для родителей (или законных представителей ребенка).

РЕР-3 включает 172 задания, которые предлагают ребенку выполнить. Задания представляют собой то, чем обычно занимаются дети раннего и дошкольного возраста: сложить пазл, пустить мыльные пузыри, скатать колбаску из пластилина, что-то нарисовать, срисовать или раскрасить, покормить игрушечную собачку и др. Количество заданий представляется большим, чем есть на самом деле, поскольку одно реальное задание может использоваться для оценки сразу нескольких параметров.

Задания по вербальному и невербальному интеллекту объединены в блок «коммуникация», по общей, тонкой моторике и зрительно-двигательному подражанию (зрительно-моторной координации) – в блок «моторика», аффективные проявления, социальное взаимодействие, типичное поведение в двигательной и речевой сферах – в блок «дезадаптивное поведение».

Вопросник для родителей включает: 10 вопросов в связи с проблемами поведения, 13 – о состоянии навыков самообслуживания и 15 вопросов – по адаптивному поведению, то есть всего 38 вопросов.

Кроме того, родителям предлагается оценить уровень развития ребенка на момент обследования по пяти параметрам (способность к общению, развитие моторики, социальных навыков и самообслуживания, а также способностей мышления) и, в целом (какому возрасту соответствует состояние навыка или общего развития). Также родителям предлагают десять диагностических категорий (аутизм, умственная отсталость, шизофрения, речевые нарушения и т.д.), чтобы оценить, в какой степени они подходят их ребенку и влияют на его развитие. Эти разделы характеризуют адекватность отношения родителей к ситуации нарушения развития у их сына или дочери, в какой степени эти оценки сходны у обоих родителей (если они оба заполняют вопросники).

РЕР-3 используется для решения следующих конкретных задач:

- определение сильных и слабых сторон развития ребенка, как основы для составления индивидуальных программ обучения;
- получение информации, подтверждающей диагноз;
- определение уровня развития ребенка и степени его адаптации;
- оценка эффективности педагогической и клинической коррекции в динамике.

К достоинствам РЕР-3 можно отнести гибкость схемы применения (нет временных ограничений – можно проводить обследование в течение нескольких занятий с перерывом, за несколько дней и т.п.), возможность оценить зону ближайшего развития, поскольку результат оценивается не только как «выполнено»/ «не выполнено», но и как «выполнено с помощью», виды которой строго регламентированы для каждого задания. Результат представлен не только качественными, описательными данными, но также наглядно (в форме графика) и количественно (психический возраст по семи шкалам).

РЕР-3, безусловно, не может применяться без других методов исследования (наблюдение, клиническая беседа и т.п.), он не лишен недостатков (в частности, недостаточно точно дифференцирует легкие нарушения в двигательной сфере), но, как показывает практика, является во многих отношениях очень полезным инструментом психолога и дефектолога.

Основным инструментом дифференциальной диагностики РАС (по материалам С.А. Морозова) является ADOS «План диагностического обследования при аутизме». Это стандартизированная методика, позволяющая при наличии подозрения на расстройства аутистического спектра оценивать особенности общения, социального взаимодействия и игры. Структурированные виды деятельности и материалы методики позволяют создать стандартные ситуации, в которых могут проявиться формы поведения, важные для диагностики аутизма. Однако данная методика является авторской и запатентованной, поэтому в свободном доступе отсутствует. Использовать эту методику можно только пройдя специальное дорогостоящее обучение. Однако можно использовать в диагностической работе ее элементы, задания, которые предусмотрены данной методикой. Выставлять ребенку баллы, как это предусмотрено методикой, соответственно, также нельзя. Однако, проведя диагностическое обследование, опираясь на «красные флажки аутизма», а также на клинические проявления аутизма, которые уже были рассмотрены, можно понимать, имеем ли мы дело с РАС.

Наблюдение остается основным инструментом диагностики аутизма. Поведение ребенка может существенно меняться в зависимости от обстановки, времени, места, присутствия других лиц. Важно наблюдать за ребенком в свободной игре, а также в специально организованной среде, в обычной повседневной жизни.

Для детей с РАС очень важны следующие условия:

- Присутствие родителей.
- Понятный порядок, структура действий.
- Ограничение раздражителей.
- Использование знакомого материала.
- Обеспечение безопасности ребенка.
- Применение материалов с высоким побуждающим характером.
- Ясная и однозначная коммуникация (рисунки, пиктограммы, жесты, фотографии, предметы).
- В случае необходимости, применение материальных усилителей, к которым можно отнести любимую еду, питье, игрушки.

В ходе опроса близких людей, важно собрать информацию, касающуюся поведения ребенка в ежедневных жизненных ситуациях, медицинского анамнеза ребенка, уровня развития ребенка, его владения различными навыками, семейной ситуации, личной истории развития ребенка, его предпочтений, интересов, любимой игрушки и предметов, времяпрепровождения, эмоционального реагирования на различные ситуации.

О.С. Никольская и ее коллеги разработали классификацию, согласно которой выделяются четыре основные группы аутичных детей с совершенно разными типами поведения. Варианты отличаются тяжестью и характером аутизма, степенью дезадаптации ребенка и возможностями его социализации. Опираясь на эту классификацию, а также на «красные флажки», опишем клинические проявления аутизма (помним, что слово «аутизм» мы употребляем условно, под ним подразумеваем не клинический диагноз, а проявления спектра аутизма).

Наиболее характерное проявление аутизма – *нарушение социального взаимодействия*, расстройство общения. У ребенка отсутствуют эмоциональные связи с кем-либо, поскольку эмоций ребенок избегает, а также привязанности к матери или другим близким взрослым. В младенческом возрасте такой ребенок может выглядеть очень спокойным и удобным, он не кричит, не требует присутствия матери, не реагирует на мокрые пеленки, не требует утешения у родителей, предпочитают одиночество. Он не подражает активности окружающих, часто манипулирует только одним предметом, причем манипуляции носят однообразный стереотипный характер. Особенно это характерно для детей первой группы, которые просто не вступают в активное соприкосновение с миром. Вместо эмоционального контакта, такой ребенок относится к окружающим как к неодушевленным предметам, используя колени матери, например, как лестницу, чтобы добраться до сладостей, он не заглядывает в глаза, а если и заглянет, то удержать глазной контакт не в состоянии. Он берет взрослого за руку и отводит к нужному предмету, также избегая глазного контакта. Для детей второй группы характерны избирательное отношение с миром, фиксируется все страшное, неприятное. Дети третьей группы не просто избирательны в контактах с миром, они могут определить для себя цель и развернуть программу по ее достижению, однако программа не приспособляется к обстоятельствам. Дети четвертой группы в контакт вступают, но обнаруживают повышенную ранимость, неразвитость форм общения.

Речь и язык. Часто у детей с РАС речь отсутствует полностью. Дети первой группы – неговорящие дети (мутизм), они не используют жесты, мимику. У тех же, у кого она развивается, речь достаточно необычная, развивается очень медленно. Для детей второй группы характерна «эхолоалия», повторение слова или фразы, сказанной другими. Причем часто это повторение может быть отсрочено во времени. Дети третьей группы очень «речевые», имеют большой словарный запас, однако речь слишком «книжная», взрослая, говорят цитатами. Слова и фразы отличаются отсутствием относимости к контексту, они лишены коммуникативной функции, носят характер механического, заученного повторения. Создается впечатление «отсутствия собеседника», как будто ребенок разговаривает сам с собой. Часто у детей с РАС наблюдается «реверсия местоимений», они называют себя «ты» или «он», а других называют «я», иногда обращаются безлично. Часто произнесенные слова используются в качестве аутоstimуляции. Они не могут рассказать о своих прошлых, либо будущих переживаниях, их речь монотонна, лишена эмоций, обобщений, крайне конкретна. Дети четвертой группы обладают смазанной, аграмматичной речью.

Реакции на сенсорные стимулы могут быть либо повышенными, либо сниженными, в том числе и в разное время на одни и те же стимулы может наблюдаться диаметрально разная реакция. Дети первой группы не реагируют на холод, боль, голод. В связи с отсутствием реакции на сенсорные стимулы, часто такие дети производят впечатление слепых или глухих. У них отсутствует реакция на имя, громкие звуки, в то же время они могут слышать шорох бумаги, переворачивающихся страниц. Такие же меняющиеся реакции возникают и на тактильные, болевые, температурные, вестибулярные

раздражители. Аномально реагируют и на вкусовые стимулы – могут тянуть в рот, нюхать, облизывать несъедобные предметы, а есть могут только определенную пищу. Дети второй группы проявляют выраженную чувствительность по отношению ко внешним стимулам. Дети третьей группы значительно меньше сосредоточены на отдельных ощущениях своего тела, на внешних сенсорных впечатлениях.

Симптом тождества состоит в том, что дети с РАС пытаются сохранить неизменность своего окружения, они нетерпимы к переменам обстановки вокруг, к изменениям в маминой одежде, могут испугаться нового предмета интерьера, истерику может вызывать переставленный цветок. Они носят одежду одного и того же цвета, одну и ту же одежду. В случае каких-либо перемен ребенок может проявить беспокойство, панику. Часто бывает чрезмерная привязанность к предметам, когда ребенок манипулирует только одной игрушкой, без нее не может заснуть. Ребенок сильно привязан к дому, неспособен его покинуть. В большей степени стремятся сохранить неизменность, сопротивляются любому новшеству дети второй группы. В наименьшей степени активное сопротивление изменениям в окружающем мире свойственно детям первой группы. Отстаивают свои стереотипы, но это выражается в отстаивании форм поведения. Дети третьей группы не способны принять новое неожиданно, если оно исходит от другого. Стремление жить в неизменных условиях у детей четвертой группы вызвано страхом оказаться несостоятельным, испытать неодобрение взрослых.

Страхи. У детей с РАС наблюдаются достаточно необычные страхи: например, страх всего черного, мелькающих предметов в транспорте, страхи звука пылесоса, воды в трубах, новых помещений, определенных предметов, например, зонтов. Встречаются страхи всего мокрого, страх во время дождя, если влага попадает на лицо. Часто наблюдается страх, неприязнь к испачканным рукам, страх меховых предметов, увядших цветов, лампочек, незнакомых людей. Дети первой группы не проявляют испуга даже в тех ситуациях, когда любые другие дети испугались бы. Дети второй группы проявляют наибольшую степень страха, характерна отрицательная избирательность, они фиксируют все страшное и неприятное, любое изменение в привычной обстановке вызывает у них ужас. Каждый из детей третьей группы имеет свой заветный «карманный» страх и постоянно возвращается к проигрыванию сюжета его разрешения, при этом удовольствие тем сильнее, чем более изощренные детали агрессивной расправы. Дети четвертой группы очень ранимые и застенчивые, контакт с миром они строят через близкого взрослого.

Аутостимуляция. Для детей с РАС характерна аутостимуляция. Она повышает уровень активности, компенсирует недостаток сигналов, поступающих извне, помогает ребенку стабилизировать страшную и изменяющуюся обстановку вокруг. Аутостимуляция отличается постоянством, стереотипией, упорством, она сохраняется в течение длительного времени, мешает приобретению других навыков, обычной жизни ребенка. Примерами аутостимуляции могут быть раскачивания, повороты, подпрыгивания, хлопки руками, вращение глазами, хлопанье себя по ушам. Для аутостимуляции дети могут использовать различные предметы: веревку, монету, кубик. У детей первой группы аутостимуляция почти не встречается, стереотипность для них проявляется в монотонности полевого поведения. Для детей второй группы типично обилие стереотипных моторных движений, действия носят причудливый и изощренный характер. Возможность легко совершать мыслительные операции становится источником впечатлений для аутостимуляции детей третьей группы. У детей четвертой группы формы аутостимуляции не выработаны, моторные стереотипии могут развиваться только в напряженной ситуации.

Аутоагрессия. Часто дети с РАС могут стремиться причинять себе физический вред. Это проявляется в ударах головой о стену, укусах рук, выдергивании волос, царапании лица. Ребенок может пытаться выдавить себе глаза, откусить кончик пальца. Инстинкт самосохранения у них значительно снижен. Активно самоагрессия проявляется у детей первой группы как отчаянная форма защиты в ответ на давление взрослого. Часто встречается и у детей второй группы при ломке привычного жизненного стереотипа, при изменении привычной обстановки. Ребенок третьей группы в целом менее опасен для себя. Однако возникают ситуации, мучительные для его близких, в которых его демонстративное поведение, подкрепляясь их тревогой, переживаниями, становится крайне опасным. Так, с одним мальчиком мама практически не могла ездить в метро из-за того, что он, почувствовав, что она волнуется, когда он стоит на краю платформы, «назло» стал вырываться в момент подхода поезда и носиться вдоль платформы. У детей четвертой группы среди характерных форм реагирования агрессия встречается реже всего. Однако агрессивные тенденции находятся часто в «подпороговом», подавленном состоянии и при почти любой провокации могут становиться явными. Такими провоцирующими причинами могут быть соматическая ослабленность после болезни, ситуация чрезмерного эмоционального напряжения, пресыщения.

Своеобразные умения. На фоне замедленного общего развития у детей с РАС обнаруживаются необычные для их уровня функционирования способности в сфере музыки, математики. Однако это свойственно для детей третьей и четвертой группы. Дети хорошо запоминают и воспроизводят цифры, сложные мелодии, решают сложные головоломки, запоминают все даты. Способности связаны обычно с невербальной сферой: музыкой или конструированием. Важно, что эти способности проявляются в менее стереотипной, более творческой форме, например, ребенок действительно активно осваивает клавиатуру пианино, начинает по слуху воспроизводить разные мелодии. Для ребенка третьей группы характерно ускоренное интеллектуальное развитие, у него рано появляются «взрослые» интересы к энциклопедиям, схемам, счетным операциям, словесному творчеству.

Игра. В раннем возрасте дети с РАС либо не играют вовсе, либо игра ограничивается однообразным манипулированием предметами, которые оказываются рядом. Большинство детей предпочитают неигровые предметы. С предметами дети с РАС совершают неспецифические действия, отсутствует характерный для детей интерес к игрушкам, склонность к ощупыванию. Дети могут хватать руками все предметы, которые попадутся на глаза, однако изучать их не будут. Часто дети с РАС предпочитают для манипуляций строго определенные предметы.

Аффективная сфера. Характерна недифференцированность эмоций, сниженное или повышенное настроение, эмоциональная лабильность, иногда необычная чувствительность, недостаточность эмоционального резонанса. Дети не определяют и не реагируют на эмоции других людей: грусть, усталость, тревогу. Однако при объяснении эмоционального значения ситуации многие дети проявляют адекватное поведение. Мимика у детей с РАС застывшая, малоподвижная, выражение лица сонно-задумчивое, с оттенком недоумения, иногда неадекватные гримасы. Взгляд отрешенный, отражающий тревогу, страх. Отдельные жесты не выполняют коммуникативной функции.

Детей с РАС можно разделить на две группы: с пониженной возбудимостью и с повышенной возбудимостью. Дети первой группы в младенчестве малоподвижны, пассивны, не проявляют интереса, беспокойства, не выражают недовольства, не привлекают к себе внимания. Дети второй группы тревожны, отличаются аффективной не-

устойчивостью. Испытывают дискомфорт, имеют много страхов при появлении нового, возникновении бытовых шумов, при взятии на руки. Многие из них пребывают в состоянии постоянного беспокойства, беспричинно кричат, для них характерны негативизм, агрессия, немотивированные колебания настроения. Агрессивное поведение может быть связано с тревогой, гневом. Оно направлено на окружающие предметы, близких людей. Ребенок может кусаться, царапаться, толкать, ударять, разбрасывать игрушки. Есть мнение, что агрессия на мать связана с тем, что она воспринимается ребенком как источник запрета. Детскую агрессию могут провоцировать такие чувства взрослых как гнев, раздражение, неудовольствие.

Дети первой группы производят впечатление отрешенности. Дети второй группы наиболее страдающие, лицо напряжено, искажено гримасой страха. Встретив взгляд, отворачиваются, закрывают лицо руками, проявляют агрессию и аутоагрессию. Детей второй группы легче напугать неожиданным действием. Они испуганы, часто агрессивны. Дети третьей группы имеют выражение лица, полное энтузиазма: блестящие глаза, застывшая улыбка. Ребенок может пристально смотреть, но это взгляд «сквозь». Дети третьей группы стараются делать все назло, захвачены сюжетами своих переживаний, не способны принять новое, неожиданное для него. Для детей четвертой группы характерна повышенная ранимость, тормозимость в контактах, Ласковы и привязаны в эмоциональных контактах с родными. Выглядят тормозными, скованными.

Моторика. Примерно у 40% детей нарушен мышечный тонус, их психомоторное развитие отличается увеличением периода между временем обучения стоянию и началом ходьбы. Многие мало двигаются или ходят, но не бегают. Большинство детей с РАС наоборот постоянно находятся в движении, ходят на цыпочках, дергаются. Они выглядят или расслабленными, или чересчур напряженными. Легкость передвижения наблюдается только в знакомой обстановке. В 70% случаев наблюдается леворукость. Дети первой группы могут проявлять замечательную координацию движений, но проявляются грубые нарушения мышечного тонуса, вялость и слабость в удержании необходимой позы. У детей второй группы движения скованные, действия рук и ног плохо скоординированы. Дети третьей группы моторно неловкие, нарушена регуляция мышечного тонуса, слабая координация движений тела. Дети четвертой группы выглядят тормозными, скованными, движения менее напряжены и механистичны.

Теперь, опираясь на «красные флажки» и клинические проявления РАС, приведем задания, которые можно использовать для диагностики РАС, основанные на методике ADOS.

ЗАДАНИЕ 1. Свободная игра.

На данном этапе задача специалиста – наблюдать за поведением ребенка. Важно, чтобы во время свободной игры ребенку никто не мешал, не помогал, чтобы возможно было бы увидеть объективно все особенности ребенка. На ковре раскладываются игрушки для свободной игры: машинки, самосвал, человечек, кубики с буквами и цифрами, мячики, веревочки, чашка, маленькая машинка, кубик, обклеенный наждачной бумагой, кукла. Особое внимание необходимо обратить на контактность ребенка: вступает ли он спонтанно в контакт с родителем или специалистом, если да, то каким образом он это делает, показывает ли он игрушки или предметы взрослому, делится ли впечатлениями, обращается ли с вопросом или просьбой, или использует, например, руку родителя с целью дать ему предмет. Особое внимание важно уделить взаимодействию ребенка с предметами. Присутствуют ли элементы процессуальной игры, использует ли ребенок предметы по назначению, отдает ли предпочтение каким-либо отдельным предметам, выполняет ли с их помощью однообразные действия. Исследует ли ребенок

предметы в символическом или функциональном аспекте, задерживается ли на каком-либо виде деятельности или перескакивает с предмета на предмет, совершает ли повторяющиеся действия, Важно оценить качество игры ребенка – это могут быть хаотичные неспецифические действия с предметами, предметно-манипулятивная игра, процессуальная игра, сюжетно-ролевая игра. Особое значение придается эмоциям ребенка. Проявляет ли он интерес, радуется ли новым предметам и впечатлениям, не пугается ли нового помещения и нового взрослого, делится ли впечатлениями с родителями. Важно отметить, как он дает понять, что он чувствует. Что он делает с игрушками, исследуем функциональность ребенка, что он делает с ложками, кормит ли он куклу, что он делает с веревочками, как он работает с самосвалом, нагружает ли кубики, что делает с мячиками. Нет ли у него полевого поведения, может ли он брать и бросать или ходить с игрушками. Важно обратить внимание на реакцию ребенка на различные сенсорные стимулы, например кубик, обклеенный наждачной бумагой.

ЗАДАНИЕ 2. Реагирование на имя.

Цель этого задания состоит в том, чтобы проверить реакцию ребенка на имя: отзывается ли он на имя, когда его зовет исследователь, реагирует ли на зов по имени со стороны родителя. Показывает ли какую-либо вообще реакцию на свое имя. Сперва ребенка зовет по имени исследователь. Ведет наблюдение за его реакцией. Потом, если ребенок не реагирует на интервьюера, предлагается позвать ребенка по имени родителю. Если снова нет реакции, к ребенку обращаются, как бы с намерением совершить действие: «сейчас тебя поймаю».

ЗАДАНИЕ 3. Реагирование на совместное внимание.

В данном задании проверяется реакция ребенка на взгляд, внимание взрослого. В комплекте игрушек предлагаются заводной кролик и машинка на дистанционном управлении. Сперва игрушка просто ставится в поле зрения ребенка. Наблюдается реакция. Заметит ли ребенок новую игрушку, возьмет ли ее, или продолжит заниматься своими делами. Если реакция не последовала, игрушка приводится в движение. Если ребенок не заметил ее снова, то взрослый привлекает внимание ребенка к игрушке, говоря: «Посмотри, какой зайка! Ух, ты! Посмотри, как побежал». Реакция ребенка также отмечается.

Наблюдается способность ребенка проследить за взглядом другого человека и за указыванием человека.

ЗАДАНИЕ 4. Пистолет с мыльными пузырями.

Данное задание создает контекст для наблюдения за проявлениями эмоций ребенка, инициацией совместного внимания, совместным получением удовольствия, обращением с просьбой и моторным поведением во время пуска мыльных пузырей. Инициация совместного внимания подразумевает спонтанное перемещение взгляда с объекта на человека без какой-либо цели, кроме как поделиться эмоциями, желанием и удовольствием.

Перед ребенком выпускают из пистолета мыльные пузыри. Важно, чтобы они выпускались из пистолета, потому что если дуть пузыри из обычной упаковки, то автоматически действие по их надуванию связывается с исследователем. Нам же важно проверить, видит ли ребенок то, что пузыри пускает именно исследователь. У кого он будет просить продолжение, у исследователя или у пистолета с пузырями. Далее необходимо наблюдать за реакцией ребенка, будет ли он радоваться пузырям, пытаться показать, разделить эмоцию с родителем, как и у кого он будет просить о продолжении. Если ребенок понимает, что пузыри пускает исследователь и просит продолжение у него, то это показатель контакта ребенка со взрослым. Важно помнить, что ребенок с

РАС слышит речь как шум, а шум как речь. Речь не представляет никакой информации. Глухой ребенок, когда видит мыльные пузыри, обращается к родителям – посмотри, мне это нравится. Важно отметить как он сообщает о своей радости родителям, какая у него мимика, реакция ребенка на то, как радуется родитель. Какова обратная реакция ребенка на радость родителей. Глухой ребенок способен делиться эмоциями, следовать за вниманием взрослого.

ЗАДАНИЕ 5. Ожидание привычных действий с предметами.

Данное задание создает еще один контекст для наблюдения за появлениями эмоций ребенка, инициацией совместного внимания, совместным получением удовольствия, обращением с просьбой и моторным поведением во время деятельности. Хорошо проследить реакцию ребенка помогают и шарики. Исследователь надувает шарик и на счет «три», отпускает. Шарик летит, ребенок удивляется, а исследователь видит, делится ли ребенок впечатлениями с родителями, и если да, то как он это делает, просит ли ребенок продолжения действия, куда он смотрит и у кого просит продолжения или вообще не обращает внимания.

ЗАДАНИЕ 6. Ответная социальная улыбка.

Ответная социальная улыбка исследуется во многих ситуациях, когда ребенок заходит в кабинет, исследователь ему улыбается, наблюдается ответная реакция ребенка, улыбается ли он в ответ. Улыбается ли он родителям, как он взаимодействует со взрослыми в игре. Реагирует ли он на улыбку родителя, Если реагирует, то как, улыбается в ответ или показывает неадекватную реакции, например, начинает плакать или разворачивается и уходит. Реагирует ли ребенок на возглас, фразу, подразумевающую телесный контакт («сейчас тебя поймаю»), реагирует ли на прикосновения и какая это реакция.

ЗАДАНИЕ 7. Ожидание привычных социальных действий.

В фокусе наблюдения проявление эмоций ребенком или его попыткой инициировать повторение привычных действий. Особое внимание следует уделить социальной направленности поведения ребенка и степени, в которой он интегрирует взгляд, выражение лица, вокализацию, жесты в действиях, обращенных к интервьюеру, родителю.

Можно предложить ребенку поиграть в «ку-ку», или в «идет коза рогатая». С их помощью можно проследить ответную ожидаемую реакцию ребенка на это действия взрослого, если это игра в «ку-ку», то ребенок начнет прятаться, подражать взрослому. При игре в «идет коза рогатая» на щекотание ребенокотреагирует смехом. Важно наблюдать – ожидает ли ребенок продолжения, просит ли о продолжении игры.

ЗАДАНИЕ 8. Функциональная и символическая имитация.

В фокусе наблюдения – использование ребенком миниатюрных предметов и замещающего предмета для имитации знакомых действий. Так, наблюдается факт осознания ребенком своих действий, стремление к совместному получению удовольствия. В наборе игрушек ребенку предлагаются лягушка, кружка, цветок, машинка, вертолет. Сначала важно посмотреть, что ребенок будет делать с игрушками самостоятельно, без посторонней помощи взрослого. Если ребенок совершает неспецифические действия с игрушками, например, просто бросает их, грызет, облизывает, следует показать ему, что из кружки мы пьем, лягушка прыгает, машинка едет, вертолет летает, цветок нюхают. Наблюдаем, повторяет ли ребенок эти действия.

В комплекте имеется также предмет-заместитель, например, брусок. Сперва наблюдается реакция ребенка на данный предмет. Если ребенок не замечает его, либо совершает неспецифические действия, интервьюер или родитель показывают ребенку, что

этот брусок может быть, например, машинкой или самолетом. Ребенку предлагается повторить.

ЗАДАНИЕ 9. Празднование дня рождения.

Наблюдается интерес ребенка и его способность присоединиться к игре. Внимание следует направить на то, обращается ли ребенок с куклой как с аналогом ребенка, принимает ли он участие в игре, если нет, то имитирует ли действия интервьюера спонтанно или участвует ли в игре по просьбе другого человека. Из пластилина делается торт, за ребенком ведется наблюдение: кормит ли он куклу, что он делает с куклой и с тортиком. Потом ребенку предлагается покормить куклу, отмечается его реакция на просьбу. В фокусе наблюдения факт – есть ли у ребенка игра понарошку. Далее следует поставить на торт свечи, попросить ребенка их задуть. Затем куклу следует покачать и уложить спать.

Есть второй вариант этого задания – купание куклы. Он применяется с детьми, которые еще не осознают, что такое День рождения. Алгоритм тот же: сперва наблюдается спонтанная реакция ребенка, затем ему предлагается искупать куклу, если реакция отсутствует, то взрослый сам показывает ребенку действие, после чего просит его повторить.

ЗАДАНИЕ 10. Угощение.

Данное задание дает возможность определить, каким образом ребенок выражает свои предпочтения и просит дать ему пищу. Внимание направлено на то, как ребенок использует взгляд, жесты, протягивает руки, выражение лица, вокализацию для обращения с просьбой к интервьюеру. Заранее родителей нужно попросить принести с собой два вида угощения, которые очень любит ребенок. Положить их нужно в два прозрачных контейнера, которые закрыты плотной крышкой. Важно, чтобы ребенок видел угощение и мог понять, что это. Угощение ребенок должен любить, чтобы мог попросить его даже не будучи сильно голодным.

В завершении напомним, что специалисты Службы ранней помощи не ставят диагнозов, да и в принципе ребенок раннего возраста редко получает клинический диагноз «аутизм». Для работы специалистов Службы ранней помощи важны особенности развития ребенка, особенности его поведения, психического развития, познавательной и речевой сферы. Опираясь на эти данные, и составляется ИПРП (индивидуальная программа ранней помощи).

4.3. Психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями зрения

Зрение – важнейший орган чувств человека. Мозг получает около 80% информации из окружающего мира посредством зрительной системы. По данным ВОЗ, в настоящее время насчитывается 150 млн. человек со значительными зрительными расстройствами, в том числе около 42 млн. незрячих. За последние 15 лет численность незрячих увеличилась на 12 млн. человек, каждый четвертый из которых – ребенок. Таким образом, нарушения зрительной системы характерны для значительного количества детей разного возраста. Среди нарушений зрения наиболее тяжелыми являются слепота и слабовидение. Эти нарушения требуют создания особых условий образования слепых и слабовидящих детей, обучение особым специфическим способам преобразования

сенсорной информации. Компенсаторные механизмы преодоления зрительных дефектов формируются на ранних этапах развития. В исследованиях отечественных ученых стадии компенсации слепоты относятся к раннему возрасту ребенка, причем две из них осуществляются на первом году жизни. Часто встречающиеся заболевания и нарушения зрения у детей: глаукома, катаракта, астигматизм, близорукость (миопия), дальность зрения (гиперметропия), косоглазие, ретинопатия.

Именно поэтому младенческий и ранний возраст чрезвычайно важны для организации комплексной медико-психолого-педагогической помощи ребенку с глубокими нарушениями зрения.

Раннее выявление патологии зрения играет решающую роль в процессе своевременной организации адекватной медицинской и психолого-педагогической помощи.

Первые мероприятия ранней помощи детям младенческого и раннего возраста с нарушениями зрения направлены на выявление детей, нуждающихся в срочной офтальмологической коррекции и психолого-педагогической реабилитации. Эти мероприятия включают программы первичного скрининга зрения, комплексных диагностических методик.

Скрининг зрительных функций – быстрый, доступный по технологии неспециалистам, приблизительный метод обследования зрения с целью выявления нарушенных зрительных функций.

В ряду методов скрининга зрения на ранних этапах развития ребенка применяются также методы оценки состояния зрительной системы на основе исследования основных зрительных функций. Посредством тестовых заданий обследуются основные зрительные функции.

Уже при рождении в роддоме проверяют на светоощущение (зрительная функция, появляющаяся одной из первых и угасающая последней).

Данная функция подлежит проверке сразу после рождения. По реакции зрачков ребенка на свет судят о наличии или отсутствии зрения.

Скрининг зрительных функций включает:

1. Проверку устойчивости бинокулярной фиксации с помощью офтальмологического фонарика.
2. Проверку характера и объема прослеживаемых движений глаз.
3. Проверку полей зрения.
4. Приблизительную оценку остроты зрения (с помощью мелких крупинок).

Проверка зрительных функций проводится в спокойной обстановке, при хорошем освещении без слепящих источников света. Ребенок должен находиться в хорошем настроении, поэтому перед обследованием ему необходимо дать освоиться в новой обстановке. Во время обследования малыш сидит на коленях у мамы лицом к исследователю.

Материалы для скрининга:

- свечка или электрический фонарик;
- 2-3 яркие, интересные для ребенка игрушки размером 10-15 см;
- лопатки с черно-белым изображением лица диаметром 5 см, 8 см, 15 см с одной стороны и изображением с контрастными черно-белыми полосками шириной 2 см, 1 см и 0,5 см;
- набор съедобных крупинок размерами 2-3 мм, 1,5 мм, 1 мм и 0,5 мм (можно использовать кондитерскую обсыпку или сделать крупинки самостоятельно из черного хлеба).

1. Проверка бинокулярной фиксации. Бинокулярное зрение (от лат. *binī* – «два» и лат. *oculus* – «глаз») – способность одновременно чётко видеть изображение предмета обоими глазами; в этом случае человек видит одно изображение предмета, на который смотрит.

Бинокулярная фиксация исследуется в возрасте трех-четырех месяцев. На расстоянии 30-40 см от глаз ребенка по средней линии помещают светящийся предмет (горящую свечку или фонарик).

Проверка с помощью яркого светящегося стимула (свечка или фонарик). Горящую свечку держат на уровне глаз ребенка на расстоянии 30-40 см. Когда малыш смотрит на свечу, отражение пламени должно быть симметрично в зрачках обоих глаз. Несимметричность двух отражений указывает на наличие косоглазия.

Устойчивость бинокулярной фиксации проверяется также и при отсутствии светящегося стимула, когда ребенок играет с игрушками или смотрит на какой-то предмет. Необходимо в течение этого времени следить за положением глаз малыша.

Постоянное косоглазие у ребенка – патология в любом возрасте, выявление которой требует обязательного осмотра офтальмолога. До 6 месяцев у ребенка может наблюдаться непостоянное нарушение бинокулярной фиксации, старше 6 месяцев любое косоглазие – патология.

2. Прослеживающие движения глаз. Проверяют также со свечкой или яркой игрушкой, которая интересна для ребенка.

Игрушку (свечку) медленно передвигают сначала по горизонтали (влево- вправо), потом по вертикали (вверх-вниз), потом по кругу в обоих направлениях. После этого предмет приближают к ребенку на расстояние 15-20 см на уровне его глаз (проверка конвергенции), а затем удаляют до расстояния 60-80 см (проверка дивергенции). Проверяют, следит ли ребенок за предметом, нет ли ограничения подвижности глазных яблок в какую-либо сторону, а также характер прослеживания (плавное или неплавное).

Конвергенция – сведение зрительных осей таким образом, чтобы они пересекались на фокусируемой точке. Моторный механизм бинокулярного зрения. Чем ближе объект, тем больше угол конвергенции.

Дивергенция – движения (произвольное или рефлекторное) глаз в обратных друг от друга направлениях. Расхождение зрительных осей.

В норме к 4-месячному возрасту у ребенка должны быть развиты все типы прослеживающих движений глаз (горизонтальное, вертикальное, круговое, конвергенция и дивергенция), при этом движения должны быть плавными, без скачков. За контрастной черно-белой лопаткой диаметром 5 см в норме дети хорошо следят с 3 месяцев.

При нарушениях прослеживания ребенка направляют к офтальмологу.

3. Проверка полей зрения. Поле зрения – пространство, все точки которого одновременно видны при неподвижном взгляде одним или двумя глазами (соответственно, монокулярное или бинокулярное поле зрения). Поле зрения характеризует состояние периферического зрения.

Точно определить поле зрения у детей младшего возраста сложно, поэтому его оценивают ориентировочно.

Проверка происходит, когда ребенок смотрит на какую-либо игрушку, поставленную прямо перед ним (ребенок сидит на коленях у мамы за столом). В это время тестирующий медленно и бесшумно выводит из-за головы ребенка (сзади и сбоку) другую игрушку или руку с двигающимися пальцами. Границы бинокулярного поля зрения

(обычно только по горизонтали) определяют приблизительно по моменту, когда ребенок, заметив появление нового предмета, оборачивается к нему. Если при первой пробе поле зрения оказалось с одной или с обеих сторон меньше, чем в норме, то следует проверить, не было ли это вызвано просто тем, что ребенок слишком сосредоточен на рассматривании центральной игрушки. В этом случае проверку делают несколько раз с различными игрушками.

В норме горизонтальные границы полей зрения должны быть симметричны с обеих сторон:

- 30-40 градусов для четырехмесячных детей;
- 60-70 градусов для шестимесячных детей;
- 80-90 градусов для восьмимесячных и более старших детей.

Угол отсчитывается от сагиттальной плоскости, проходящей через срединную линию тела.

При выявлении сужения или асимметрии полей зрения ребенка надо проконсультировать у офтальмолога.

4. Способность воспринимать мелкие предметы (условно – острота зрения). Проверяется бинокулярная острота зрения с помощью крупинки размером от 2-3 мм до 0,5 мм. Можно использовать шарики, сделанные из темного хлебного мякиша, кондитерскую шоколадную обсыпку или зернышки мака.

Высыпав 2-4 крупинки одного размера на светлую поверхность стола (или лист белой бумаги) для создания контрастного фона, определяется минимальный размер крупинки, на которую малыш обращает внимание. Например, он может смотреть на них, хлопать по ним, пытаться взять крупинку ладошкой или двумя пальцами. Начинать проверку нужно с крупинки размером 2-3 мм, затем показать более мелкие – 1,5 мм, затем 1 мм и в конце 0,5 мм.

Если ребенок не смотрит на крупинки, то можно попробовать привлечь его внимание к ним, передвигая их, подбрасывая или постукивая пальцем по столу.

В норме младенцы пытаются брать крупинки:

- размером 2 мм – в возрасте 6 месяцев;
- размером 1,5 мм – в 7 месяцев;
- размером 1 мм – в 8 месяцев.

При отрицательных результатах теста нужно выяснить у родителей, интересуется ли ребенок крошками или другими мелкими предметами в обычной жизни, что очень характерно для детей в возрасте 6-8 месяцев. Если ребенок не обращает внимания на мелкие предметы, это может свидетельствовать о нарушениях остроты зрения, например, вследствие аномалии рефракции. Но могут быть и другие причины, например, недостаточность внимания. Для исключения снижения остроты зрения требуется консультация офтальмолога.

5. Кавер-тест или проба с закрыванием глаза – это проверка того, насколько одинаково ребенок использует оба глаза.

Перед ребенком располагается какая-либо интересная для него игрушка. Исследующий поочередно закрывает ребенку своей ладонью то один, то другой глаз, при этом не касаясь его лица. Наблюдается поведение ребенка. Обычно дети пытаются отвести в сторону препятствие, мешающее ему смотреть, или наклоняют голову.

В норме реакции должны быть одинаковы при закрывании как левого, так и правого глаза. Но если малыш видит одним глазом хуже, чем другим, то его реакция на закрывание худшего глаза обычно слабее или совсем отсутствует.

В случае явной асимметрии стоит направить ребенка к офтальмологу, т.к. асимметрия остроты зрения может привести к развитию амблиопии, т.е. некорректируемому снижению зрения.

Амблиопия – понижение остроты зрения без видимой анатомической или рефракционной основы.

Проверка зрительных функций в раннем возрасте существенна, так как даже очень небольшие нарушения зрения могут отрицательно влиять на формирование у ребенка зрительных представлений об окружающем мире, т.е. на его когнитивное развитие.

При выявлении даже незначительных зрительных нарушений рекомендуется проводить с детьми игры и занятия, стимулирующие развитие зрительных функций. При выявлении более серьезных нарушений, необходима консультация офтальмолога и, возможно, подбор очков.

Периодические осмотры органа зрения и проверка зрительных функций должны проводиться семейными врачами с определенной периодичностью: при выписке из роддома; в возрасте 2-4 мес.; в возрасте 1 года; в возрасте 3-4 лет; в возрасте 7 лет; в школе – 1 раз в 2 года. Детей, включенных в группы риска развития патологии глаз, следует осматривать ежегодно. Новорожденных и грудных детей из групп риска осматривают ежеквартально на протяжении двух первых лет жизни.

Об успешном развитии зрения у малыша свидетельствуют и эмоционально-волевые проявления, возникающие на основе зрительных впечатлений:

- эмоция интереса, ребенок становится внимательным;
- контролирует свой взгляд так, чтобы сосредоточить внимание на объекте и следовать за ним;
- сосредоточивает внимание на объекте и избирает направление движения, чтобы схватить его;
- сосредоточивается на объекте и ползет или идет к нему;
- эмоционально реагирует на происходящее: улыбается в ответ на улыбку, готов заплакать, если мать закрывает лицо руками, притворно всхлипывая; проявляет радость при восприятии бутылочки с едой, знакомой игрушки, близкого человека (сестры, брата, бабушки, дедушки и др.); огорчается, если потребность не реализуется, например, игрушка, к которой тянулся, отодвигается или мама отворачивается и нарушается общение «глаза в глаза».

4.4. Психолого-педагогическое обследование детей раннего возраста с нарушениями слуха

Слуховой анализатор – второй после зрения по значимости канал получения информации человеком. На его основе формируется речевой способ передачи информации, являющийся одним из самых эффективных методов человеческой коммуникации.

Для диагностики нарушения слуха ребенку необходимо пройти обследование у сурдолога. Но для этого мама должна обратить внимание на то, что ребенок плохо слышит. Часто мама обращается к врачу только когда ребенку больше 2-х лет и он не говорит. Нередко врач успокаивает маму: «Не беспокойтесь, некоторые дети не говорят до трех лет». В надежде мама уходит, но и через год ребенок не начинает говорить. И вот

только тогда его направляют на обследование слуха в сурдологический центр, где диагностируют глухоту. Но ребенку уже 3 года – самый чувствительный период для развития слуха и речи уже прошел...

80% нарушений слуха возникает у детей на 1-2 году жизни. Основная проблема здесь в том, что запоздалая диагностика нарушений слуха приводит к несвоевременному началу лечения, а, следовательно, к поздней реабилитации, задержке формирования речи у ребенка. Современная концепция проведения сурдопедагогической работы и слухопротезирования основана также на более раннем начале обучения.

Единственный способ выявить нарушение слуха у детей до 6 месяцев – обследовать слух у всех детей. Такие массовые обследования слуха называются скрининговыми аудиологическими обследованиями. Их цель – выявить детей с подозрением на наличие нарушений слуха и направить в сурдологические центры для диагностического обследования.

Сейчас в России и в других странах проводятся скрининговые обследования слуха у всех новорожденных детей в роддомах с помощью метода отоакустической эмиссии – это аудиологический скрининг новорожденных. Если у ребенка отоакустическая эмиссия не регистрируется, то обследование слуха проводится повторно в детской поликлинике в течение 2-3 месяца. Если она не регистрируется и в этот раз, то ребенка направляют к сурдологу, где у него обследуют слух объективными и субъективными методами.

Однако отоакустическая эмиссия регистрируется у детей со слуховой нейропатией и центральными нарушениями слуха, и, значит, этих детей не направят на обследование в сурдоцентр. У таких детей нарушения слуха часто диагностируются в более позднем возрасте.

Как слышат звуки и речь дети с нарушениями слуха?

Главная проблема слухового восприятия большинства детей и взрослых с нарушениями слуха в том, что звуки слышатся тихими или не слышны совсем. Поэтому даже при небольших и средних потерях слуха (I и II степень) речь слышится неразборчиво. При III и IV степени и тем более при глухоте ребенок не слышит даже громкие звуки, если источник звука удален.

70% всех диагнозов, связанных с нарушениями слуха, приходится на сенсоневральную тугоухость.

Патология имеет четыре степени:

- Сенсоневральная тугоухость 1 степени считается наиболее легкой формой. Первая степень характеризуется слуховым порогом 26-40 дБ, человек может отчетливо слышать разговорную речь, если источник звука находится не дальше 6 метров от него. Слова, произносимые шепотом, ребенок слышит, находясь на расстоянии 3 метров. Если, помимо человеческой речи, присутствуют и иные источники звука, то процесс восприятия может значительно ухудшаться.

- Сенсоневральная тугоухость 2 степени диагностируется у детей, способных разобрать речь, находясь на расстоянии 4 метров от источника звука, а шепот – с 1 метра. Порог восприятия в данном случае составляет 41-55 дБ, а проблемы с восприятием звука у человека могут возникать и в условиях нормальной шумовой обстановки. Вторая стадия болезни диагностируется у людей, постоянно переспрашивающих какие-либо фразы, которые они плохо различают на слух.

- Сенсоневральная тугоухость 3 степени характеризуется возможностью ребенка разбирать обращенную к нему речь, только если оппонент находится в 1 метре от него, а шепот не воспринимается вообще. Порог восприятия третьей степени заболевания

установлен в 56-70 дБ, а сама она считается тяжелой, поскольку создает большие трудности в общении человека с окружающими людьми.

- Сенсоневральная тугоухость 4 степени – слуховая функция практически полностью утрачена, приводя к тому, что человек не может различать звуки, не приблизившись к источнику менее чем на 25 сантиметров. Порог восприятия четвертой степени составляет 71-90 дБ, что уже практически считается полной глухотой.

Как видно, четвертая степень тугоухости является наиболее тяжелой из стадий данного заболевания. Для предотвращения перехода патологии в такую запущенную степень, необходимо решать вопрос возможного лечения своевременно.

Однако у лиц с нарушениями слуха есть и другие особенности восприятия звуков. У части детей с сенсоневральной тугоухостью повышена чувствительность к громким звукам, поэтому, хотя они не слышат тихих звуков, очень громкие звуки могут вызывать у них неприятные ощущения.

Лица с сенсоневральной тугоухостью плохо слышат различия между звуками, что также ухудшает разборчивость речи («я слышу, но не понимаю»). Люди с нарушенным слухом плохо узнают голоса людей, медленно обрабатывают речь. Особенно трудно им понимать речь в шуме, помещениях с сильным отражением звуков и при общении с несколькими говорящими. Им также трудно определить, откуда идет звук.

Применяемые в настоящее время методы исследования слуха можно разделить на три большие группы:

- 1) метод безусловных реакций;
- 2) метод условно-рефлекторных связей;
- 3) объективные электрофизиологические методы.

Методы безусловных рефлексов. Эта группа методов довольно проста, но весьма неточна. Определение слуха здесь основано на возникновении безусловных рефлексов в ответ на звуковое раздражение. По этим, самым разнообразным реакциям, косвенно можно судить, слышит ребенок или нет. Целый ряд последних научных исследований показывает, что уже даже плод в утробе матери примерно с 20-й недели реагирует на звуки, изменяя ритм сердечных сокращений. Весьма интересны данные, предполагающие, что эмбрион слышит частоты речевой зоны. На этом основании делается вывод о возможной реакции плода на речь матери и начале развития психоэмоционального состояния еще не родившегося ребенка. Основным контингентом применения метода безусловных реакций являются новорожденные и дети грудного возраста. Слышащий ребенок должен реагировать на звук сразу же после рождения, уже в первые минуты жизни. В этих исследованиях применяют различные источники звука: звучащие, предварительно калиброванные шумомером игрушки, трещотки, музыкальные инструменты.

Общий принцип заключается в том, что, чем старше ребенок, тем меньшая интенсивность звука необходима для выявления его реакции. Так, в 3 месяца она вызывается интенсивностью 75 дБ, в 6 месяцев – 60 дБ, в 9 месяцев для проявления реакции у слышащего ребенка уже достаточно 40-45 дБ.

Очень важны как правильное проведение, так и трактовка результатов методики: исследование нужно проводить за 1-2 часа до кормления, поскольку позднее реакция на звуки понижается. Двигательная ответная реакция может быть ложной, т. е. не на звуки, а просто на приближение взрослого или движения его рук, поэтому в обращении с ребенком следует делать паузы. Для исключения ложноположительных реакций достоверным можно считать двух-трехкратный одинаковый ответ.

Практика показывает, что при регистрации безусловно-рефлекторных реакций (до 1,5 лет) наиболее информативными и легко регистрируемыми у детей первого года жизни являются:

- мигание век;
- реакция вздрагивания всего тела;
- замирание или «застывание» ребенка;
- движение конечностей, разведение рук и ног в стороны;
- поворот головы к источнику звука или от него;
- гримаса (нахмуривание бровей, зажмуривание глаз);
- изменение ритма сосательных движений;
- пробуждение спящего ребенка в сочетании с легкой дрожью всего тела;
- изменение ритма дыхания;
- широкое открывание глаз.

В ходе обследования следует помнить, что скрытый период реакции на звук может достигать 3-5 сек. Повторные сигналы следует подавать после угасания предыдущей реакции.

Скрининг-диагностика слуха проводится с использованием следующих проб:

1. Реакция на высокочастотный сигнал (для детей до 6-ти месяцев).

Положите ребенка на спину и сядьте перед ним так, чтобы видеть его лицо. Важно, чтобы при этом ребенок смотрел на яркую игрушку, которая находится прямо перед ним, или на ваше лицо. Возьмите в каждую руку по резиновой пищущей игрушке, которая издает громкие и резкие звуки. Поднесите, вытянув руки, одну погремушку к левому уху ребенка, другую – к правому, на расстояние 10-15 см от уха. Сожмите одну игрушку так, чтобы она запищала.

Отметьте следующие реакции:

Удивился ли ребенок?

Вздрагнул ли он или моргнул?

Повернул ли голову в сторону звука?

Если да, значит, ребенок слышит.

Если нет, у ребенка снижен слух.

Повторите тест для каждого уха трижды с небольшими перерывами.

2. Наличие ориентировочной реакции на звуковые сигналы (гороховая проба).

Для нее нужны: 1 пустая и 3 непрозрачные заполненные коробочки, заполнены на 1/3:

горохом (источник звука 70-80 дБ на расстоянии 10-15 см от уха);

гречей (источник звука 50-60 дБ на расстоянии 10-15 см от уха);

манкой (источник звука 30-40 дБ на расстоянии 10-15 см от уха).

I способ проверки с участием 2 человек (предпочтительный). Ребенок сидит на стуле или на коленях у мамы (самые маленькие дети лежат на коленях), второй взрослый (папа, врач или сурдопедагог) располагается перед ребенком и старается привлечь его взгляд к себе (например, с помощью яркой игрушки). По сигналу (кивок головы) взрослый трясет коробочку с крупой сзади и чуть сбоку от уха ребенка на расстоянии 10–15 см так, чтобы он не увидел руку со спрятанной в ней коробочкой с крупой. Необходимо следить, чтобы ребенок не увидел движение руки при отражении от зеркал или полированных поверхностей. Мама также не должна двигаться во время предъявления звука. Проверяют, есть ли у ребенка какая-либо реакция на звук – замирание или усиление двигательной активности у новорожденных, поворот головы или движение глаз в сторону звука у детей более старшего возраста. Задержка реакции на звук может до-

стигать 3-5 секунд. Если ребенок повернул голову в сторону звука, его нужно похвалить. Затем процедуру повторяют для другого уха. При положительном ответе, когда реакция ребенка была хорошо выражена, проверять слух с использованием источников звука № 2 и №3 нет необходимости, но процедура проверки должна быть повторена для высокочастотного сигнала (резиновая игрушка). В том случае, если ребенок не отреагировал на звуковой сигнал №1, процедуру последовательно повторяют для источника звука №2, а при необходимости – №3.

II способ проверки (один проверяющий). Ребенок сидит на стуле или на коленях у матери, обследующий располагается перед ребенком и старается привлечь его взгляд. У обследующего в руках 2 коробочки: в одной находится крупа, вторая пустая. После того как удалось привлечь внимание ребенка, обследующий потряхивает коробочки справа и слева от головы ребенка на расстоянии 10-15 см. Движения рук должны быть одинаковыми. Ответная реакция ребенка – поворот головы, глаз в сторону коробочки с крупой. Для проверки второго уха коробочки меняют местами.

Ребенку в возрасте до 3 лет рекомендуется обследовать слух объективными методами (компьютерной аудиометрией) в сурдологическом центре:

- если у ребенка в возрасте до 3 месяцев реакции на звук баночки с горохом нет или она неустойчива;
- если у ребенка в возрасте 3-6 месяцев реакции на звук баночки с гречкой нет или она неустойчива;
- если у детей в возрасте 6 месяцев и старше нет реакции на звук баночки с манкой.

При нормальном слухе у ребенка старше 4-х месяцев отмечаются безусловно-ориентировочные реакции на звучание всех трех баночек: с манкой, гречкой и горохом; он определяет направление звука, т.е. поворачивает голову (или глаза) в сторону баночки с тем или иным наполнителем.

До 4-х месяцев малыш реагирует на звучание баночек с гречкой и горохом, но не локализует их звучание; на звук баночки с манкой малыш обычно не реагирует.

Результаты «Гороховой пробы» вносят в таблицу.

Реакции: + - замедленная	Звуковой сигнал 1 (манка)	Звуковой сигнал 2 (гречка)	Звуковой сигнал 3 (горох)	Высокочастотный сигнал
Правое				
Левое				

Сурдопедагог также оценивает, произносит ли ребенок какие-либо звуки речи, повторяет ли он звуки и интонацию взрослого, какой у него голос – громкий или тихий, звонкий или глухой. Голос и развитие речи у ребенка зависит от того, как он слышит окружающих и себя.

У детей старше 1,5 лет слух проверяют с помощью условно-рефлекторной двигательной реакции на звук, которую используют при игровой аудиометрии. Используя эту реакцию, врач или сурдопедагог определяет максимальное расстояние, с которого ребенок слышит разные звуки, в том числе громкую, нормальную и шепотную речь.

Чтобы определить уровень самых тихих звуков, которые слышит ребенок (пороги слуха), и получить аудиограмму, ребенка надо научить условно-рефлекторной двигательной реакции на звук.

Он должен научиться:

1) выполнять определенное действие в ответ на сигнал/звук, например, на удар барабана, ребенок может класть шарик в коробку, надевать кольцо на пирамидку, говорить «Да», кивать головой;

2) ждать сигнал (зрительно-звуковой – при ударе по барабану, когда ребенок одновременно видит это действие и слышит звук, и только звуковой – когда ребенок слышит удар барабана, но не видит этого действия);

3) показывать, что он не слышит звук («Нет, не слышу»);

4) прислушиваться к тихим звукам и выполнять действие не только на громкие, но и на более тихие звуки, доступные его восприятию.

Условно-рефлекторную двигательную реакцию на звук можно вырабатывать у ребенка, начиная с 1,5 лет. Прежде всего, надо научить ребенка выполнять какое-либо действие по сигналу взрослого, сочетающему действие и звук, и ждать этот сигнал. Взрослый может ударять в барабан, хлопать в ладоши, дуть в дудку, произносить слоги «па-па-па» или «ма-ма-ма». Ребенок в ответ может бросать пуговицу/шарик в банку, надевать кольцо на пирамидку, кивать головой или осуществлять другие действия.

Удар в барабан слышат все дети, даже глухие. Начинать следует с громких звуков, но не вызывающих у ребенка неприятных ощущений. Сначала ребенок должен видеть действие взрослого, которое вызывает звук.

Хорошо, если второй взрослый или старший ребенок поможет малышу понять задание, т. е. произвести то действие, которое должен выполнить малыш. Взрослый сидит напротив ребенка и ударяет в барабан (барабан можно заменить на кастрюлю) так, чтобы ребенок видел его действие. Если ребенок реагирует на голос, то звук должен быть не очень громкий, чтобы ребенок не испугался. Помощник сидит рядом с малышом и в ответ на звук кладет шарик в коробку. Помощник может своей рукой держать ручку ребенка и делать сначала это действие вместо него.

Часто маленький ребенок решает, что главное – положить шарик в коробку. Он не понимает, что должен ждать сигнал, и старается быстро положить шарик. Необходимо постепенно добиваться того, чтобы малыш ждал сигнал и не начинал действовать без него. Если он бросил шарик в коробку без сигнала, то ему надо показать жестом, что сигнала не было (развести руки, покачать головой, показать на ухо и вновь покачать головой). Неправильно положенный шарик надо вынуть из коробки и вернуть его ребенку. Ребенок должен понять, что надо не просто бросить шарик в коробку, а сделать это только после того, как взрослый ударит в барабан.

При этом обязательно надо менять интервал между звуками, оставляя периодически большую паузу (пропуск звука). Это необходимо потому, что у ребенка очень быстро вырабатывается рефлекс на время.

При каждой правильной реакции ребенка хвалят, гладят по голове, все радуются и хлопают в ладоши. После того как ребенок научился ждать сигнал, у него начинают вырабатывать реакцию только на слух. При этом ребенок не должен видеть действия взрослого, а должен реагировать только на звук.

Ребенок с нарушенным слухом привык больше полагаться на зрение, а не на слух и поэтому внимательно следит за действиями взрослого, замечая малейшие движения. Помочь ребенку понять, что надо реагировать на звук, а не на видимый удар палочкой по барабану, можно таким образом: сильно ударить по барабану так, чтобы ребенок видел действие и положил шарик в коробку. Затем сделать обманное действие удара палочкой, но не ударить по барабану. Обращаем внимание ребенка на то, что звука нет, хотя движение рукой есть, значит, шарик бросать не надо.

Важно менять действия, которые выполняет ребенок по сигналу, чтобы ему не надоело занятие. Сначала он бросает пуговицы в банку, потом – шарики в коробку, затем надевает кольца на пирамидку, после этого бросает бумажные жетоны в прорезь крышки от коробки, катает машинки и т. д. Полезно поменяться с малышом ролями: он подает звук, а мама или специалист выполняет действие. Если она делает правильно, то маму хвалят, гладят по голове, хлопают в ладоши.

Как быстрее научить ребенка выполнять действие на голос? Сядьте за стол напротив малыша, положите его и свои руки на стол, а около них пуговицу. Обратите внимание ребенка на свои губы и голосом разговорной громкости произнесите слоги «па-па-па». В момент произнесения слогов, вы рукой малыша берете пуговицу и бросаете ее в баночку. Постепенно вы ослабляете управление рукой ребенка, чтобы ребенок сам выполнял действие. Длительность пауз между произнесением также надо постоянно менять, чтобы ребенок не привык к определенному ритму предъявления звуков.

Надо регулярно привлекать внимание ребенка к слушанию, показывая на ухо, потому что слуховое внимание ребенка очень неустойчиво. Во время обучения лучше не произносить другие слова или звуки – они отвлекают малыша. Не надо требовать и ждать повторения этих слогов малышом, нам нужна его реакция на звук. Когда ребенок начнет четко реагировать, видя ваши губы, закройте их экраном (пальцами для вышивания с натянутой непрозрачной неплотной тканью, тканевым веером, в крайнем случае – листом картона) так, чтобы ребенок не видел движение губ. Если ребенок не понимает этого задания, нужно повторить его без экрана. При использовании экрана не убирайте его от лица сразу, чтобы ребенок не реагировал на это действие, как на сигнал.

Некоторые дети повторяют слоги, даже не слушая взрослого. В паузах, не дождавись сигнала, они сами начинают произносить «па-па» и бросать шарик. В этом случае надо показать малышу, что он должен молчать и слушать, когда скажет взрослый. Иногда приходится буквально прикрывать ребенку рот, чтобы он молчал, так как говорение отвлекает ребенка от прислушивания. Но если ребенок четко ждет звук, выполняет действие и повторяет слоги, не видя лица говорящего, то это признак того, что он слышит.

Некоторых детей легче научить слушать (а не повторять артикуляцию говорящего), если произносить слоги, стоя сзади и сбоку от ребенка так, чтобы он не видел лица взрослого. При этом взрослый сначала держит руку ребенка с шариком и его рукой кладет шарик после звука. Постепенно взрослый уменьшает управление рукой ребенка, чтобы он делал это самостоятельно. Дети нередко ждут окончания звука, отвлекаются и забывают выполнить действие. Поэтому лучше произносить только 3-4 слога и научить ребенка выполнять действие сразу, как только он услышал начало звука. Для этого можно устроить небольшое соревнование: ребенок и папа держат у уха свой шарик и в ответ на звук бросают их «кто быстрее». После этого ребенок начинает реагировать на начало звука, а соревновательный дух лучше поддерживает интерес ребенка к заданию.

Когда ребенок научился ждать звук и выполнять определенное действие после звука, важно научить его сообщать, что звука нет: развести ручки, покачать головой, показать на уши – «Нет», «Не слышу». Это очень важно и гораздо сложнее, чем правильно показать, что звук есть. Такое «сообщение» поможет отличить ситуацию, когда ребенок не слышит звук, от ситуации, когда ребенок отвлекся и пропустил звук.

Дети с нарушением слуха не любят показывать, что они не слышат, потому что их хвалят, только когда они слышат. Поэтому надо обязательно похвалить ребенка, когда он правильно показывает, что звука нет.

Когда ребенок научится реагировать на громкие звуки, необходимо научить его прислушиваться к более тихим звукам. Для этого сначала надо показать ему разницу между звучанием знакомого громкого звука и тихого звука, используя для этого барабан или голос (громкое и тихое «па»), сопровождая звук соответствующим жестом, мимикой, картинкой. Потом вы предупреждаете ребенка, показывая ему жестом и объясняя словами, что сейчас будет тихий («маленький») звук и надо внимательно (хорошо) слушать. Задача ребенка – выполнять уже привычное ему действие, но в ответ на самый тихий доступный для него звук.

Очень важно научить ребенка прислушиваться и реагировать на тихий звук. Малыш учится принимать решение о наличии сигнала, даже если он очень тихий. Это умение необходимо, чтобы получить данные о порогах слуха.

Особенности обследования слуха с помощью звучащих игрушек и речи.

В качестве звучащих предметов могут быть использованы музыкальные инструменты: барабан, бубен, треугольник, гармошка, металлофон, дудка, свисток, звонок, а также изображающие животных звучащие игрушки, издающие звуки разной тональности. Вначале ребенку дают возможность познакомиться с этими предметами и их звучанием, подержать в руках, а потом приводят в звучание одну из игрушек аналогичного комплекта так, чтобы ребенок этого не видел, и просят его показать, какой предмет звучал.

При использовании звучащих игрушек можно рекомендовать такой прием. Ребенку дают две аналогичные игрушки: две дудки, две гармошки, два петуха, две коровы и т. д. Одна из этих игрушек звучит, другая – испорчена. В большинстве случаев удается заметить отчетливую разницу в поведении глухого ребенка и ребенка, имеющего более или менее значительные остатки слуха. Слышащий ребенок обычно легко обнаруживает, что одна из игрушек не звучит, и начинает манипулировать только звучащей. Глухой либо уделяет одинаковое внимание обеим игрушкам, либо обе оставляет без внимания.

Если ребенок не обнаруживает реакции даже на очень громкие звуки (окрик или громко звучащие игрушки) и в то же время четко реагирует на вибрационные раздражители, например, оборачивается при постукивании ногой по полу или на стук двери, то можно со значительной долей вероятности вывести заключение о наличии глухоты.

Отсутствие реакции на такие раздражители, как стук двери, удар по столу, топание ногой по полу, может свидетельствовать не только о глухоте, но и о нарушении других видов чувствительности либо о резком снижении общей реактивности. В этих случаях ребенок должен быть обследован психоневрологом.

При исследовании слуха у детей часто применяют хлопанье в ладоши за спиной ребенка. Этот прием недостаточно надежен, поскольку ответная реакция в виде поворота головы может возникнуть и у глухого ребенка в результате воздействия на кожные покровы толчков воздуха.

Вообще же следует подчеркнуть, что однократное первичное исследование слуха у детей редко дает вполне надежные результаты. Очень часто требуются повторные исследования, а иногда окончательное заключение о степени нарушения слуха у ребенка может быть дано лишь после длительного (полугодового) наблюдения в процессе воспитания и обучения в специальном учреждении для детей с нарушениями слуха.

Исследование слуха при помощи речи у детей с нарушениями слуха и речи не может, как правило, выявить истинное состояние слуховой чувствительности. У этой категории детей различение на слух элементов речи, находясь в прямой зависимости от степени нарушения слуха, стоит в то же время в связи с речевым развитием. Ребенок с

пониженным слухом, владеющий словесной речью, дифференцирует в предъявляемых ему элементах речи все или почти все акустические различия, доступные его слуху, так как эти различия имеют для него сигнальное (смыслоразличительное) значение. Другое дело – ребенок, не владеющий речью или владеющий ею лишь в зачаточной форме. Даже в тех случаях, когда тот или иной элемент речи является по своей акустической характеристике доступным его слуховому восприятию, он может таким ребенком не распознаться в силу отсутствия или недостаточного укрепления его сигнального значения. Таким образом, исследование слуха при помощи речи у детей с нарушением речевого развития дает лишь общее представление о том, как ребенок реализует в данный момент свои слуховые возможности для различения тех или иных элементов речи.

Реакция ребенка на звуки, особенно тихие, зависит от состояния не только слуха, но и внимания, а также от наличия других нарушений. Если ребенок не реагирует на звуки, то для проверки его внимания можно постучать по полу рядом со стулом, на котором он сидит, но так, чтобы он не видел этого движения. Если он сидит на коленях у мамы, то можно подуть ему в затылок. Глухой ребенок без грубых нарушений психомоторного развития обычно хорошо реагирует на эти раздражители (вибрационный и осязательный), доступные для его восприятия. Если ребенок в этот момент очень увлечен игрушкой, то он также может не отреагировать на этот раздражитель. Чтобы проверить это, игрушку меняют на менее интересную и повторяют обследование.

Наблюдения родителей за реакциями ребенка на звуки, за развитием у него понимания речи окружающих и умения говорить помогают выявить у ребенка нарушение слуха и установить диагноз.

Для этого используют специально разработанные анкеты для родителей.

Для скрининг-диагностики рекомендовано использовать Анкету-вопросник для родителей, разработанную Центром аудиологии и слухопротезирования Минздравоохранения РФ (Приложение N 2 к Приказу Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 29 марта 1996 г. N 108). «Методика проверки слуха ребенка раннего возраста (с рождения до 3 лет)» позволяет выявить, имеется ли у ребенка подозрение на снижение слуха. Это можно сделать в процессе наблюдения за его реакциями на различные звуки.

Анкета содержит 11 вопросов:

1. Вздрагивает ли Ваш ребенок от громких звуков в первые 2-3 недели жизни?
2. Появляется ли замирание ребенка на голос в возрасте 2-3 недель?
3. Поворачивается ли ребенок в возрасте 1 месяца на звук голоса позади него?
4. «Оживляется» ли ребенок в возрасте 1-3 месяцев на голос матери?
5. Поворачивает ли ребенок голову в возрасте 4 месяцев в сторону звучащей игрушки или голоса?
6. Реагирует ли ребенок в возрасте 1,5-6 месяцев криком или широким открытием глаз на резкие звуки?
7. Есть ли гуление у ребенка в возрасте 2-4 месяцев?
8. Переходит ли гуление в лепет у ребенка в возрасте 4-5 месяцев?
9. Замечаете ли Вы у ребенка появление нового (эмоционального) лепета, например, на появление родителей?
10. Беспokoится ли спящий ребенок при громких звуках и голосах?
11. Замечаете ли Вы у ребенка в возрасте 8-10 месяцев появление новых звуков и каких?

Одним из эффективных диагностических инструментариев, используемых в работе с родителями, является анкета «Оценка слухового поведения детей раннего возраста»

– LittleEARS, разработанная специалистами фирмы MEDEL – производителем кохлеарных имплантов.

Анкета разработана Н. Kuhn-Inacker, V. Weichbold, L. Tsiapini, F. Conninx, D’Haese P. MEDEL (Австрия). Русскоязычная версия подготовлена И. В. Королевой [И.В.Королева, 2005].

Родителям необходимо заполнить анкету.

Таблица 1

Вопросы анкеты «Оценка слухового поведения детей раннего возраста»

№	Реакция ребенка на звуковые сигналы	Ответ	Варианты ответов
1	Реагирует ли Ваш ребенок на знакомый голос?	Да Нет	Улыбается; смотрит на говорящего; возбужденно лепечет.
2	Прислушивается ли ребенок к говорящему человеку?	Да Нет	Слушает; ждет и слушает; долго смотрит на говорящего
3	Когда кто-то говорит, поворачивает ли ребенок голову в его сторону?	Да Нет	
4	Любит ли ребенок звучащие или музыкальные игрушки?	Да Нет	Игрушки-пищалки, погремушки, музыкальные шкатулки
5	Ищет ли ребенок говорящего человека, если малыш не видит его?	Да Нет	
6	Слушает ли малыш приемник/магнитофон, когда его включают?	Да Нет	Слушает: поворачивает голову в сторону звука, внимательно слушает; смеется, напевает, приплясывает
7	Реагирует ли Ваш ребенок на удаленные звуки?	Да Нет	Например: откликается, если Вы его позвали из другой комнаты
8	Перестает ли Ваш ребенок плакать, если Вы заговорите с ним, а он Вас не видит?	Да Нет	Вы пытаетесь успокоить ребенка ласковым голосом, спеть колыбельную, так, чтобы он Вас не видел
9	Пугается ли ребенок, когда слышит рассерженный голос?	Да Нет	Напрягается и начинает плакать.
10	Узнает ли ребенок звуки, постоянно сопровождающие его дома?	Да Нет	Будильник; колыбельная песенка; звук, льющейся воды в ванной
11	Ищет ли Ваш ребенок звук, который идет слева/справа или сзади от него?	Да Нет	Вы зовете его или говорите что-то; лает собака и пр., а ребенок ищет и находит источник звука
12	Реагирует ли ребенок на свое имя?	Да Нет	
13	Ищет ли малыш источник звука, расположенный наверху или внизу?	Да Нет	Часы на стене; предмет, упавший на пол.

14	Если Ваш малыш в плохом настроении, может ли его успокоить или развеселить музыка?	Да Нет	
15	Слушает ли ребенок телефон и, возможно, узнает, что кто-то говорит?	Да Нет	Когда звонит бабушка или папа ребенок берет трубку и «слушает».
16	Реагирует ли ребенок на музыку ритмичными движениями?	Да Нет	Ребенок двигает ножками и ручками в ритм музыки от радио или магнитофона
17	Знает ли ребенок звуки, которые связаны с определенными предметами или событиями?	Да Нет	Например, ребенок слышит звук машины и смотрит на улицу; слышит звук льющейся воды и бежит в ванну.
18	Реагирует ли ребенок на простые требования?	Да Нет	«Стой», «нельзя», «не трогай», «подожди», «дай».
19	Прекращает ли ребенок свои действия в ответ на Ваше требование «нельзя»?	Да Нет	Ребенок, не видя Вас, прекращает свои действия после слова «нельзя», произнесенного строгим голосом.
20	Знает ли малыш имена членов семьи?	Да Нет	Смотрит (показывает) в сторону человека на вопрос: «Где папа? Где ...?»
21	Имитирует ли малыш произносимые Вами звуки, когда Вы его просите?	Да Нет	«а-а-а», «о-о-о», «па-па-па» ...
22	Выполняет ли ребенок простые просьбы?	Да Нет	Выполняет простые просьбы «Иди сюда», «Дай чашку», «Возьми куртку»
23	Понимает ли ребенок простые вопросы?	Да Нет	«Где мишка?», «Где папа?»
24	Приносит ли ребенок нужный предмет по Вашей просьбе?	Да Нет	
25	Имитирует ли ребенок звуки и слова, которые Вы произносите?	Да Нет	«Скажи: ав-ав», «Скажи: ки-са»
26	Сопровождает ли ребенок свои действия с игрушками адекватными звуками?	Да Нет	С кошкой – «мяу», с собакой – «ав-ав», с машиной – «р-р-р-р, би-би».
27	Знает ли ребенок звукоподражания животных?	Да Нет	Кошка – «мяу», собака – «ав-ав», корова- «му-у», курица -«ко-ко-ко»
28	Пытается ли ребенок имитировать окружающие звуки?	Да Нет	Звуки животных, sireны машины, бытовых электроприборов
29	Может ли ребенок правильно повторить за вами последовательность коротких и длинных слогов?	Да Нет	«па-па-пааа»

30	Правильно ли выбирает ребенок названный предмет из нескольких предметов?	Да Нет	Вы играете с ним и с игрушками и просите дать вам «мишку»/«большую собаку» (на столе при этом разные игрушки/ две собаки разного размера).
31	Пытается ли ребенок напевать, когда слышит песенку?	Да Нет	Например, когда Вы напеваете колыбельную песенку.
32	Произносит ли малыш определенные слова, когда вы его просите?	Да Нет	Например: «Скажи: пока- пока, бабушке».
33	Любит ли малыш, когда Вы ему читаете книжку?	Да Нет	Он слушает, когда вы читаете ему книжку или рассказываете по книге с картинками.
34	Выполняет ли ребенок сложную (многоступенчатую) просьбу?	Да Нет	Например, «Возьми свои сапоги и иди сюда».
35	Пытается ли ребенок подпевать, когда слышит знакомую песенку?	Да Нет	Колыбельную, детскую или популярную песню.

Анализ ответов анкеты для родителей. По ответам вычисляется суммарное число баллов, которое сравнивается с данными таблицы. Оценивается количество ответов «ДА» – . Максимальный балл – 35. Идея анкеты состоит в том, что слуховые реакции ребенка развиваются в соответствии с возрастом. У глухого малыша слух начинает развиваться после того, как ему надели СА или КИ. И с этого момента начинает отсчитываться его «слуховой возраст». Оценка «слухового возраста»: 1. У нормальнослышающих детей «слуховой возраст» соответствует возрасту ребенка. 2. У детей с КИ (или СА) «слуховой возраст» соответствует длительности периода после первой настройки КИ (или СА). В таблице представлены значения среднего ожидаемого и минимального «слухового возраста» детей с нормальным слухом в возрасте от рождения до 24 мес.

Таблица 2

Средние ожидаемые и минимальные значения «слухового возраста» для детей (слуховое развитие в зависимости от возраста ребенка)

Возраст (мес.)	Ожидаемый балл	Минимальный показатель	Возраст (мес.)	Ожидаемый балл	Минимальный показатель
0- <1	3	0	12-<13	24	17
1- <2	5	0	13-<14	25	19
2- <3	7	1	14-<15	26	20
3- <4	9	3	15-<16	27	21
4- <5	11	5	16-<17	28	22
5- <6	13	7	17- <18	29	23
6- <7	15	8	18-<19	30	24
7- <8	17	10	19-<20	31	24
8- <9	18	12	20-<21	32	25
9- <10	20	13	21-<22	32	26
10-<11	21	15	22-<23	33	26
11-<12	23	16	23-<24	33	27

После заполнения анкеты родителями у ребенка получается суммарное число баллов, которое сравнивается с данными таблицы.

ПРИМЕР 1. Если ребенок с нормальным слухом, то в возрасте 8 месяцев он должен набрать в среднем 18 баллов, но не менее 12 баллов. Если он набрал 18 баллов, то его слуховой возраст соответствует норме. Если он набрал от 18 до 12 баллов, то это также соответствует возрастной норме, но такой малыш нуждается в развитии слуха. Если он набирает менее 12 баллов, то родители должны повторно заполнить анкету, а при повторении результата ребенок должен пройти обследование слуха с помощью объективных методов.

С помощью анкеты оценивается также развитие слуха у ребенка со слуховым аппаратом или кохлеарным имплантом.

ПРИМЕР 2. Мама с ребенком пришла на обследование первый раз в возрасте 6 месяцев.

Мама ответила «Да» на 1 вопрос анкеты (общий балл – 1). В возрасте 6 месяцев общий балл должен составлять 8-15 баллов. Это говорит о том, что «слуховой возраст» ребенка ниже нормы и соответствует возрасту 2 месяца. У ребенка при обследовании была выявлена тугоухость IV степени, и ему надели слуховые аппараты. Через 3 месяца после постоянного использования слуховых аппаратов (слуховой возраст – 3 месяца) и регулярных занятий с сурдопедагогом, когда ребенку было 9 месяцев, при заполнении анкеты был получен общий балл 3. Это соответствует возрасту 3 месяца. Был сделан вывод о низкой эффективности слуховых аппаратов и ребенку рекомендовали кохлеарную имплантацию. Операция была проведена в возрасте 12 месяцев. При заполнении анкеты через 6 месяцев после подключения процессора кохлеарного импланта, когда ребенку было 19 месяцев, сумма составила 24 балла, а через 12 месяцев – 31 балл. Следовательно, по слуху ребенок почти догнал своих сверстников.

Для комплексного обследования ребенка раннего возраста с нарушениями слуха, мы рекомендуем использовать «Материалы для комплексного психолого-педагогического обследования ребенка раннего возраста с нарушенным слухом» [Т.В. Николаева, 2006].

Это комплексная методика, которая позволяет оценить уровень развития ребенка с нарушениями слуха по следующим показателям:

1. Социальное развитие.
2. Двигательное умение (Умение подражать движениям).
3. Сенсорное развитие.
4. Развитие наглядно-действенного мышления.
5. Развитие продуктивных видов деятельности (конструктивная и изобразительная деятельность).
6. Обследование предметно-игровой деятельности.
7. Педагогическое обследование слуха.

Т.В. Николаева выделяет ряд критериев, которые прослеживаются через все обследование [Т.В. Николаева, 2006]:

1. Принятие задания.

2. Способы выполнения задания (самостоятельно, после совместных действий/подражание, невыполнение).

3. Точность выполнения (или точность соответствия с образцов – это касается продуктивных видов деятельности).

4. Интерес к результату.

Помимо указанных критериев, в протоколах обследования простых движений и в протоколах обследования умения подражать, автор добавляет такие критерии, как «Сохранение равновесия» и «Амплитуда движений» (большая или маленькая).

В протоколах обследования сенсорного развития и наглядно-действенного мышления Т.В. Николаева добавляет, помимо основных, такой критерий, как «Способ ориентировки» – зрительная ориентировка, пробы, действия силой.

В протоколах представлены задания для детей разных эпикризных периодов: 1,5-2; 2-2,5; 2,5-3; 3-4 лет. Это позволит выбрать уровень задания в соответствии с возрастом развития ребенка.

Начинается обследование с анкетирования родителей.

Анкета для родителей.

1. Общие данные о ребенке и условиях его проживания (состав семьи, образование родителей, наличие сиблингов, жилищные условия, материальный статус, состояние слуха и речи родителей).

2. Характер протекания беременности и родов.

3. Раннее развитие (двигательное и речевое – во сколько начал сидеть, стоять, ходить, гулить, лепетать, во сколько появились первые слова, особенности сна и аппетита).

4. Наблюдение у медицинских работников.

5. Особенности нарушения слуха и действия, предпринимаемые в связи с этим (кем и когда были обнаружены, предпринятые действия, срок начала систематического обучения, посещения ДОО – массового или специализированного, использование слуховых аппаратов).

6. Особенности характера ребенка.

7. Бытовые навыки ребенка (как ест, одевается и пользуется туалетом).

8. Особенности социального взаимодействия (предпочтение кому-либо из близких, желание посещать детский сад, реакция на чужих людей, особенности общения со слышащими сверстниками).

9. Особенности предпочтения в игровой деятельности (какие игрушки ребенок предпочитает больше – пирамиды, кубики, конструктор, рисование, игры с сюжетными игрушками, подвижные игры и т.д.).

10. Запрос родителей.

Рассмотрим содержание протоколов комплексного психолого-педагогического обследования ребенка раннего возраста с нарушенным слухом [Т.В. Николаева, 2006].

Протокол обследования социального развития.

1. Заключение ПМПК (состояние слуха, речи и интеллекта).

2. Средства общения:

- экспрессивно-мимические (улыбка, жесты, голосовые реакции);
- предметно-действенные (вручение предметов, приближение к взрослому, выражение протеста);
- речевые.

3. Стремление устанавливать контакты со взрослыми и ровесниками (легко и быстро, контакт избирательный или формальный, не вступает в контакт).

4. Особенности поведения и эмоционально-волевой сферы.

5. Особенности характера.

6. Владение навыками самообслуживания.

Протокол обследования предметно-игровой деятельности.

1. Интерес к игрушкам (стойкий, нестойкий, избирательность или отсутствие интереса).

2. Длительность игры (длительно действует с игрушками или быстро теряет интерес).

3. Какие игрушки предпочитает.

4. Стремление играть с ровесниками (сам включается в игру, наблюдает за игрой детей, играет в одиночку, держится в стороне от детей, отнимает игрушки и проявляет агрессию).

5. Характер предметно-игровых действий (неадекватные действия -0 швыряет игрушки, тянет их в рот, надевает ведро себе на голову; манипуляции – рассматривает предметы, постукивает, ощупывает, поворачивает; отдельные предметные действия – пьет из чашки, бросает мяч; процессуальные действия – нагромождение кубиков друг на друга, бесцельное катание машины, поезда; несвязанные между собой действия с одной или несколькими игрушками – кормление одной куклы, потом другой, затем катание машины, потом снова кормление куклы и т.д; цепочка – 2-3 логически связанных действий с игрушками – кормление куклы, затем раздевание, укладывание спать).

Протокол обследования состояния речи.

Включает в себя обследование предметной и глагольной лексики: мама, папа, части тела, мебель, посуда, одежда, название некоторых домашних животных и глагольной лексики. Проверяется понимание в ситуации выбора из трех предметов, самостоятельное называние, повторение за педагогом или обозначение жестом. Помимо этого, проверяется понимание слов и фраз вне ситуации наглядного выбора и понимание отдельных слов, короткой фразы в ситуации ограниченного конкретного наглядного выбора. А также состояние самостоятельной речи ребенка.

Протокол педагогического обследования слуха.

Включает в себя данные исследования: слуховые вызванные потенциалы, результаты игровой тональной пороговой аудиометрии, медицинский диагноз. В протоколе отмечается ощущение звучания игрушек (без аппарата и с аппаратом) – барабана, гармони, дудки и шарманки. Ощущение звучания речи (без аппарата и с аппаратом) – шепотной, разговорной громкости и повышенной громкости. А также различение на слух при выборе из 2-3 звукоподражаний, лепетных и полных слов.

Протоколы двигательного развития (умения подражать движениям), сенсорного развития, развития наглядно-действенного мышления и развития продуктивных видов деятельности (конструктивной и изобразительной) представляют собой перечень и описание конкретных заданий, сложность которых зависит от эпикризных периодов, на которые они рассчитаны. Оценивание выполнения этих конкретных заданий происходит по тем критериям, о которых мы говорили выше.

Литература

1. Выявление детей с подозрением на снижение слуха (младенческий, ранний, дошкольный и школьный): методические рекомендации/ Под ред. Г.А. Таватр-киладзе, Н.Д. Шматко. – М.: Экзамен, 2004. – 96 с.
2. Королева И.В. Развитие слуха и речи у глухих детей раннего и дошкольного возраста после кохлеарной имплантации: Учебное пособие. – СПб.: С-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи, 2008. – 286 с.
3. Николаева Т.В. Материалы для комплексного психолого-педагогического обследования детей раннего возраста с нарушенным слухом: Методическое пособие. – М.: Издательство «Экзамен», 2006 – 48 с. (Серия «Ранняя помощь»).

4.5. Психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями умственного развития

Умственное развитие рассматривается как процесс «присвоения ребенком определенных форм общественного опыта, материальной и духовной культуры, созданной человечеством» (работы Л. А. Венгера и его коллектива). Что представляет собой процесс умственного развития? Отчасти он происходит как следствие естественного созревания организма, особенно мозга и нервной системы. Созревание морфологического субстрата является обязательной предпосылкой психического (в том числе, и умственного) развития, так как психическая деятельность – это деятельность мозга.

Но основной источник умственного развития – разнообразные социальные влияния, и, прежде всего, воспитание и обучение, в ходе которых молодым поколениям передается опыт человечества в виде знаний, умений и навыков. Умственное развитие человека зависит как от микросреды (семьи, образовательного учреждения, сферы общения), так и от общественных условий в целом, определяющих объем и содержание знаний и умений, необходимых человеку в каждый период его жизни. Нельзя не согласиться с А.Н. Леонтьевым, который писал, что умственное развитие человека происходит в процессе усвоения знаний, выработанных человечеством в ходе общественно – исторического развития. К.Д. Ушинский высказывался еще определеннее, рассматривая ум как хорошо организованную систему знаний.

Итак, усвоение знаний – одна из существенных сторон умственного развития. Однако свести умственное развитие только к количественному накоплению знаний невозможно. Нельзя разорвать содержание усвоенных знаний и механизм, процесс их усвоения. В этом плане очевидным является положение, высказанное Л.С. Выготским: форма усвоения и содержание знаний – это две составляющие, внутренне связанные между собой существенной, а не случайной связью. Таким образом, усваивая определенное содержание знаний, человек в то же время и формирует определенные формы и способы их усвоения.

Центральным звеном при создании методик стало познавательное ориентировочное действие как основная структурная единица познания. Как показали авторы исследования, именно овладение разными видами познавательных ориентировочных действий (в первую очередь, перцептивными и мыслительными) лежит в основе умственного развития детей раннего и дошкольного возраста. Ими выделены три основных типа перцептивных действий, «различающихся в зависимости от особенностей соотношения между свойствами обследуемых предметов и применяемыми в процессе обследования сенсорными эталонами». Среди них действия идентификации, приравнивание к эталону и перцептивное моделирование. Действия первого типа выполняются при обследовании свойств предметов, которые полностью совпадают с имеющимися эталонами. Действия второго типа задействованы при необходимости использования образца-эталона для выявления свойств предметов, не совпадающих с образцом, хотя и близких к нему. Третий тип действия представляет собой соотнесение свойства обследуемого предмета не с одним эталоном, а с группой – построение его эталонной модели.

В раннем и дошкольном возрасте выделяют следующие уровни ориентировочно-познавательных действий: хаотичные действия; перебор вариантов; целенаправленные пробы; практическое примеривание; зрительная ориентировка. На каждом возрастном этапе ребенок овладевает познавательными действиями определенного типа.

Умственное развитие иногда неправомерно сближают с понятием «обучаемость». Чаще всего под обучаемостью понимают индивидуальную способность к усвоению знаний, проявляемую в легкости и скорости их приобретения и использования. Основным показателем обучаемости выступает «темп продвижения» (З.И. Калмыкова). По некоторым данным, чем выше уровень умственного развития, тем выше темп продвижения учащегося. Однако, признавая исключительную важность обучаемости как характеристики умственного развития, нельзя, тем не менее, согласиться с их отождествлением.

Кроме того, существует не только количественная, но и качественная сторона умственного развития, касающаяся во многом личностных черт человека. Умственное развитие ребенка нельзя рассматривать вне сферы его интересов, чувств, характера, других черт, составляющих склад его личности. Поэтому подход к проявлениям обучаемости, как и к умственному развитию с необходимостью должен быть возрастным и личностным.

Возвращаясь к рассмотренному выше пониманию умственного развития как функции накопленного фонда знаний, а также совокупности мыслительных операций, обеспечивающих приобретение этих знаний, отметим ряд преимуществ этого определения:

- оно охватывает не отдельные особенности мышления, а мыслительную функцию в целом, т.е. отражает содержание, формы и способы мышления;

- исследования убедительно показывают, что успешность любой умственной работы (в том числе и учебной) зависит как от объема, осмысленности и подвижности знаний, так и от активной мыслительной деятельности, обеспечиваемой сформированностью анализа, сравнения, рассуждения, обобщения, умозаключения и прочих умственных действий;

- обучение приводит к существенным сдвигам в развитии именно отмеченных характеристик умственного развития – знаний и мыслительной деятельности. Следовательно, состояние мышления – это чувствительный аппарат, отражающий особенности учебной деятельности, что очень важно при оценке умственного развития детей.

Таким образом, достигнутый индивидом уровень умственного развития зависит от его интеллектуальных способностей и, в частности, от сформированности мышления, – с одной стороны и условий жизни, воспитания и обучения – с другой.

Диагностика умственного развития показывает реальные достижения ребенка, сложившиеся в ходе воспитания и обучения. При этом следует иметь в виду, что в случаях серьезных недостатков в умственном развитии необходимо применить не только метод психолого-педагогического эксперимента, но и другие методы: изучение истории развития ребенка; наблюдение за поведением ребенка, его игрой. В более сложных случаях требуется клиническое, нейрофизиологическое, патопсихологическое изучение ребенка и т.п.

Основными параметрами оценки умственного развития детей раннего возраста считаются (Е.А. Стребелева) [Стребелева Е.А., 2004]:

- принятие задания;
- способы выполнения задания;
- обучаемость в процессе обследования;
- отношение к результату своей деятельности.

Рассмотрим содержательные характеристики каждого параметра.

Принятие задания, т.е. согласие ребенка выполнить предложенное задание независимо от качества самого выполнения, является первым абсолютно необходимым условием выполнения задания. При этом он проявляет интерес либо к игрушкам, либо к общению со взрослым.

Способы выполнения задания. Отмечается: самостоятельное выполнение задания; выполнение задания с помощью взрослого, т.е. возможно диагностическое обучение; самостоятельное выполнение задания после обучения.

Адекватность действий определяется как соответствие действий ребенка условиям данного задания, диктуемым характером материала и требованиям инструкции. Наиболее примитивным способом является действие силой или хаотичное действие без учета свойств предметов. Неадекватное выполнение задания

во всех случаях свидетельствует о значительном нарушении умственного развития ребенка.

Обучаемость. Обучение ребенка во время диагностического обследования производится только в пределах тех заданий, которые рекомендуются для детей данного возраста. В процессе обследования детям надо предлагать следующие виды помощи: выполнение действия по подражанию, выполнение задания по подражанию с использованием указательных жестов, с речевой инструкцией.

На уровне элементарного подражания ребенок может усвоить способ выполнения того или иного задания от взрослого, действуя одновременно с ним. Количество показов способов выполнения задания не должно превышать трех раз. При этом речь взрослого должна служить указателем цели данного задания и оценивать результативность действий ребенка.

Следующий параметр – обучаемость, т.е. переход ребенка от неадекватных действий к адекватным, свидетельствует о потенциальных возможностях ребенка. Отсутствие результата в некоторых случаях может быть связано с грубым снижением интеллекта, с нарушениями эмоционально-волевой сферы.

Отношение к результату своей деятельности проявляется в заинтересованности своей деятельностью и конечным результатом и характерно для нормально развивающихся детей. Безразличное отношение к тому, что он делает, и к полученному результату характерно для ребенка с нарушениями интеллекта.

Количественная оценка в баллах производится следующим образом:

1 балл дается в тех случаях, когда ребенок не сотрудничает со взрослым и ведет себя неадекватно по отношению к заданию, не понимает его цели.

2 балла даются в тех случаях, если ребенок принимает задания, начинает сотрудничать со взрослым, стремится достичь цели, но самостоятельно выполнить задание не может, в процессе диагностического обучения действует адекватно, но после обучения не переходит к самостоятельному выполнению задания.

3 балла ребенок получает, если он начал сотрудничать со взрослым, принимает и понимает цель задания, но самостоятельно задание не выполняет, в процессе диагностического обучения действует адекватно, а затем переходит к самостоятельному способу выполнения задания.

4 балла ставятся в том случае, если ребенок сразу начал сотрудничать со взрослым, принимает задание и самостоятельно находит способ его выполнения.

Суммарное количество баллов, полученных при выполнении 10 заданий, является важным показателем психического развития, который сравнивается с нормальным для данного возраста количеством баллов (34-40).

Для успешного решения диагностических задач, стоящих перед исследователем детей раннего возраста, требуется особая тактика проведения обследования. Прежде всего, необходимо отметить, что результаты исследования будут иметь ценность только в тех случаях, когда у исследователя не возникнет сомнения в том, что с ребенком удалось наладить доброжелательный контакт и он захотел принять посильное участие в эксперименте, т.е. был достаточно заинтересован. Естественно, что тактика проведения исследования во многом определяется возрастом и состоянием ребенка. Состояние ребенка оказывает заметное влияние на

его продуктивность при обследовании. Поэтому следует обращать внимание на общий фон настроения ребенка и создание особых отношений доверия между ребенком и исследователем.

Для проведения обследования необходимо иметь по два детских столика и стульчика, а также: 1) желобок с шариком; 2) три коробочки четырехугольной формы одинакового цвета, разные по величине, с соответствующими крышками; три разных по величине шарика одинакового цвета; 3) две матрешки (трехсоставные); 4) две пирамидки – из трех и четырех колец (кольца одного цвета); 5) две пары предметных картинок; 6) восемь цветных кубиков – по два красных, синих, желтых (белых), зеленых; 7) разные картинки: первая пара – одна из предметных картинок разрезана на две части; вторая пара – одна из картинок разрезана на три части; 8) десять плоских палочек одного цвета; 9) тележка с кольцом, через которое продета тесемка; 10) карандаш, бумага (номера соответствуют номерам заданий).

Предлагаемые десять заданий рассчитаны на обследование детей 2 – 2,5 года, а также 2,5 – 3 лет (табл. 1) [Стребелева Е.А., 2004]:

Таблица 1

Занятия для обследования детей раннего возраста

№	Наименование задания	Возраст	
		2-2,5 года	2,5-3 года
1.	Лови шарик	+	+
2.	Спрячь шарик: две коробочки три коробочки	+	+
3.	Разборка и складывание матрешки: двухсоставная трехсоставная	+	+
4.	Разборка и складывание пирамидки: из трех колец из четырех колец	+	+
5.	Парные картинки: две четыре	+	+
6.	Цветные кубики: два (красный, желтый (или белый) четыре (красный, желтый (или белый, зеленый, синий)	+	+
7.	Разрезные картинки: из двух частей из трех частей	+	+
8.	Конструирование из палочек: «молоточек» (из двух палочек) «треугольник» (из трех палочек)	+	+
9.	Достань тележку: скользящая тесемка скользящая и одна ложная	+	+
10.	Нарисуй: Дорожку Домик	+	+

При анализе результатов обследования основное внимание надо уделять оценке возможностей ребенка в плане принятия помощи, т.е. его обучаемости.

Многие дети раннего возраста с отклонениями в умственном развитии недостаточно владеют речью, поэтому предлагаемые задания имеют невербальную форму выполнения. Задания предлагаются с учетом постепенного возрастания уровня трудности, от наиболее простых до более усложненных. Отдельные задания дублируются, т.е. даются несколько заданий аналогичной трудности. Это делается для того, чтобы исключить некоторые привнесенные факторы, например, необходимость проявления определенного мышечного усилия, которое для некоторых детей могло стать непреодолимым препятствием (разбор и складывание матрешки).

Задания предполагают простое перемещение предметов в пространстве, где выявляются пространственные зависимости, соотнесение предметов по форме, величине, цвету.

Особым этапом в диагностике являются задания на выяснение уровня развития зрительного соотнесения. При этом надо учитывать, что сенсорные нарушения всегда влияют на психическое развитие ребенка.

Рассмотрим содержание предлагаемых заданий [Стребелева Е.А., 2004]:

1. Лови шарик. Задание направлено на установление контакта и сотрудничества ребенка со взрослым, на понимание ребенком словесной инструкции, прослеживание за двигающимся предметом, развитие ручной моторики.

Оборудование: желобок, шарик.

Проведение обследования. Психолог кладет шарик на желобок и просит ребенка: «Лови шарик!». Затем поворачивает желобок и просит прокатить шарик по желобку: «Кати!». Взрослый ловит шарик. Так повторяется четыре раза.

Обучение. Если ребенок не ловит шарик, взрослый показывает ему два-три раза, как это надо делать, т.е. обучение идет по показу.

Оценка действий ребенка: принятие задания, понимание речевой инструкции, желание сотрудничать (играть) со взрослым, отношение к игре, результат, отношение к результату.

2. Спрячь шарик. Задание направлено на выявление практического ориентирования ребенка на величину, а также наличия у ребенка соотносящих действий.

Оборудование: две (три) разные по величине коробочки четырехугольной формы одного цвета с соответствующими крышками; два (три) шарика, разных по величине, но одинаковых по цвету.

Проведение обследования. Перед ребенком кладутся две (три) коробочки, разные по величине, и крышки к ним, расположенные на некотором расстоянии от коробочек. Психолог кладет большой шарик в большую коробочку, а маленький шарик – в маленькую коробочку и просит ребенка накрыть коробки крышками, спрятать шарики. При этом ребенку не объясняют, какую крышку надо брать. Задача заключается в том, чтобы ребенок догадался сам, какой крышкой надо закрыть соответствующую коробку.

Обучение. Если ребенок подбирает крышки неверно, взрослый показывает и объясняет: большой крышкой закрывает большую коробку, а маленькой крышкой – маленькую коробку. После обучения ребенку предлагают выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: принятие задания, понимание речевой инструкции, способы выполнения – ориентировка на величину, обучаемость, наличие соотносящих действий, отношение к своей деятельности, результат.

3. Разборка и складывание матрешки. Задание направлено на выявление уровня развития практического ориентирования ребенка на величину предметов, а также наличия соотносящих действий, понимания указательного жеста, умения подражать действиям взрослого.

Оборудование: две двухсоставные (трехсоставные) матрешки.

Проведение обследования. Психолог дает ребенку двухсоставную матрешку и просит ее раскрыть. Если ребенок не начинает действовать, то взрослый раскрывает матрешку и предлагает собрать ее. Если ребенок не справляется самостоятельно, проводится обучение.

Обучение. Психолог берет еще одну двухсоставную матрешку, раскрывает ее, обращая внимание ребенка на матрешку-вкладыш, просит его сделать то же со своей матрешкой (раскрыть ее). Далее взрослый, используя указательный жест, просит ребенка спрятать маленькую матрешку в большую. После обучения ребенку предлагают выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: принятие задания, способы выполнения, обучаемость, отношение к результату, понимание указательного жеста, наличие соотносящих действий, результат.

4. Разборка и складывание пирамидки. Задание направлено на выявление уровня развития у ребенка практического ориентирования на величину, соотносящих действий, ведущей руки, согласованности действий обеих рук, целенаправленности действий.

Оборудование: пирамидка из трех (четырёх) колец.

Проведение обследования. Психолог предлагает ребенку разобрать пирамидку. Если ребенок не действует, взрослый разбирает пирамидку сам и предлагает ребенку собрать ее.

Обучение. Если ребенок не начинает действовать, взрослый начинает подавать ему кольца по одному, каждый раз указывая жестом, что кольца нужно надеть на стержень, затем предлагает выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: принятие задания, учет величины колец, обучаемость, отношение к деятельности, результат.

5. Парные картинки. Задание направлено на выявление уровня развития у ребенка зрительного восприятия предметных картинок, понимание жестовой инструкции.

Оборудование: две (четыре) пары предметных картинок.

Проведение обследования. Перед ребенком кладут две предметные картинки. Точно такая же пара картинок находится в руках взрослого. Психолог указательным жестом соотносит их между собой, показывая при этом, что у него и у ребенка картинки одинаковые. Затем взрослый закрывает свои картинки, достает одну из них и, показывая ее ребенку, просит показать такую же.

Обучение. Если ребенок не выполняет задания, то ему показывают, как надо соотносить парные картинки: «Такая у меня, такая же у тебя», при этом используется указательный жест.

Оценка действий ребенка: принятие задания, осуществление выбора, понимание жестовой инструкции, обучаемость, результат, отношение к своей деятельности.

6. Цветные кубики. Задание направлено на выделение цвета как признака, различение и называние цвета.

Оборудование: цветные кубики: два красных, два желтых (два белых), два зеленых, два синих (четыре цвета).

Проведение обследования. Перед ребенком ставят два (четыре) цветных кубика и просят показать такой, какой находится в руке взрослого: «Возьми кубик такой, как у меня». Затем педагог просит показать: «Покажи, где красный, а теперь, где желтый». Далее предлагают ребенку по очереди назвать цвет каждого кубика: «Назови, какого цвета этот кубик».

Обучение. Если ребенок не различает цвета, то педагог обучает его. В тех случаях, когда ребенок различает цвета, но не выделяет по слову, его учат выделять по слову два цвета, повторив при этом название цвета два-три раза. После обучения снова проверяется самостоятельное выполнение задания.

Оценка действий ребенка: принятие задания, отмечается: сличает ли ребенок цвета, узнает ли их по слову, знает ли название цвета; фиксируется речевое сопровождение, результат, отношение к своей деятельности.

7. Разрезные картинки. Задание направлено на выявление уровня развития целостного восприятия предметной картинки.

Оборудование: две одинаковые предметные картинки, одна из которых разрезана на две (три) части.

Проведение обследования. Психолог показывает ребенку две или три части разрезанной картинки и просит сложить целую картинку: «Сделай целую картинку».

Обучение. В тех случаях, когда ребенок не может правильно соединить части картинки, взрослый показывает целую картинку и просит сделать из частей такую же. Если и после этого ребенок не справляется с заданием, психолог сам накладывает часть разрезной картинки на целую и просит ребенка добавить другую. Затем предлагает ребенку выполнить задание самостоятельно.

Оценка действий ребенка: принятие задания, способы выполнения, обучаемость, отношение к результату, результат.

8. Конструирование из палочек («молоточек» или «домик»). Задание направлено на выявление уровня развития целостного восприятия, анализа образца, умения ребенка действовать по подражанию, показу.

Оборудование: четыре или шесть плоских палочек одного цвета.

Проведение обследования. Перед ребенком строят из палочек фигуру «молоточек» или «домик» и просят его сделать так же: «Построй, как у меня».

Обучение. Если ребенок по показу не может создать «молоточек», экспериментатор просит выполнить задание по подражанию: «Смотри и делай, как я». Затем снова предлагают ребенку выполнить задание по образцу.

Оценка действий ребенка: принятие задания, характер действия (по подражанию, показу, образцу), обучаемость, результат, отношение к результату.

9. Достань тележку (скользящая тесемка). Задание направлено на выявление уровня развития наглядно-действенного мышления, умения использовать вспомогательное средство (тесемку).

Оборудование: тележка с кольцом, через кольцо продета тесемка; в другом случае – рядом со скользящей тесемкой – ложная.

Проведение обследования. Перед ребенком на другом конце стола находится тележка, до которой он не может дотянуться рукой. В зоне досягаемости его руки находятся два конца тесемки, которые разведены между собой на 50 см. Ребенка просят достать тележку. Если ребенок тянет только за один конец тесемки, тележка остается на месте. Задача заключается в том, чтобы ребенок догадался соединить оба конца тесемки и подтянул тележку.

Обучение. Проводится на уровне практических проб самого ребенка.

Оценка действий ребенка. Если ребенок тянет за оба конца, то отмечается высокий уровень выполнения. Если же ребенок тянет сначала за один конец тесемки, то ему надо дать возможность попробовать еще раз, но это уже более низкий уровень выполнения. Взрослый за экраном продевает тесемку через кольцо и, убрав экран, предлагает ребенку достать тележку. Если ребенок не догадывается использовать тесемку, то это оценивается как невыполнение задания, фиксируется также отношение к результату, результат.

10. Нарисуй (дорожку или домик). Задание направлено на понимание речевой инструкции, выявление уровня предпосылок к предметному рисунку, а также на определение ведущей руки, согласованность действий рук, отношение к результату, результат.

Оборудование: карандаш, бумага.

Проведение обследования. Ребенку дают лист бумаги и карандаш и просят нарисовать: «Нарисуй дорожку», «Нарисуй домик».

Обучение не проводится.

Оценка действий ребенка: принятие задачи, отношение к заданию, оценка результата деятельности, понимание речевой инструкции, результат.

Анализ рисунков: каракули, преднамеренное черкание, предпосылки к предметному рисунку, соответствие рисунка инструкции. Результаты проведенного обследования оцениваются в баллах.

Оценка результатов диагностики умственного развития детей раннего возраста проводится как по каждой методике отдельно, так и в комплексе по всему диагностическому блоку.

Количественная оценка результатов.

1. Лови шарик.

1 балл – ребенок не начал сотрудничать даже после обучения и ведет себя неадекватно (бросает шарик, берет в рот и т.д.).

2 балла – ребенок обучился и начал сотрудничать, пытается катить и ловить шарик, но это не всегда удается практически.

3 балла – ребенок самостоятельно начал сотрудничать, но поймать шарик не всегда удается из-за моторных трудностей; после обучения результат положительный.

4 балла – ребенок сразу начал сотрудничать со взрослым, успешно ловит и катит шарик.

2. Спрячь шарики.

1 балл – ребенок не понял задание, не стремится к цели; после обучения задания не понял.

2 балла – ребенок не понял задание; после обучения стремится к достижению цели, но у него нет соотносящих действий; к конечному результату безразличен; самостоятельно задание не выполняет.

3 балла – ребенок сразу принял задание, но трудности возникли при выполнении соотносящих действий (не мог соотнести уголки крышки с коробочкой); заинтересован в результате своей деятельности; после обучения задание выполняет.

4 балла – ребенок сразу понял задание; выполнил задание и при этом использовал соотносящие действия; заинтересован в конечном результате.

3. Разборка и складывание матрешки.

1 балл – ребенок не научился складывать матрешку; после обучения самостоятельно действует неадекватно: берет в рот, кидает, стучит, зажимает ее в руке и т.д.

2 балла – ребенок выполняет задание в условиях подражания действиям взрослого; самостоятельно задание не выполняет.

3 балла – ребенок принял и понял задание, но выполняет его после помощи взрослого (указательный жест или речевая инструкция); понимает, что конечный результат достигнут; после обучения самостоятельно складывает матрешку.

4 балла – ребенок сразу принял и понял задание; выполняет его самостоятельно; отмечается наличие соотносящих действий; заинтересован в конечном результате.

4. Разборка и складывание пирамидки.

1 балл – ребенок действует неадекватно: даже после обучения пытается надеть колечки на стержень, закрытый колпачком, разбрасывает колечки, зажимает их в руке и т.п.

2 балла – ребенок принял задание; при сборке не учитывает размеры колец. После обучения нанизывает все кольца, но размер колец по-прежнему не учитывает; не определена ведущая рука: нет согласованности действий обеих рук; к конечному результату своих действий безразличен.

3 балла – ребенок сразу принимает задание, понимает его, но нанизывает колечки на стержень без учета их размера; после обучения задание выполняет безошибочно; определена ведущая рука, но согласованность действий рук не выражена; адекватно оценивает результат.

4 балла – ребенок сразу самостоятельно разбирает и собирает пирамидку с учетом размеров колец; определена ведущая рука; имеется четкая согласованность действий обеих рук; заинтересован в конечном результате.

6. Цветные кубики.

1 балл – ребенок не различает цвета даже после обучения.

2 балла – ребенок сличает два цвета, но не выделяет цвет по слову даже после обучения; безразличен к конечному результату.

3 балла – ребенок сличает и выделяет цвет по слову; проявляет интерес к результату.

4 балла – ребенок сличает цвета, выделяет их по слову, называет основные цвета; заинтересован в конечном результате.

7. Разрезные картинки.

1 балл – ребенок после обучения действует неадекватно: не пытается соотнести части разрезной картинки друг с другом.

2 балла – ребенок складывает разрезную картинку при помощи взрослого; к конечному результату безразличен, самостоятельно сложить картинку не может.

3 балла – ребенок сразу понимает задание, но складывает картинку при помощи взрослого; после обучения складывает картинку самостоятельно; понимает, что конечный результат положительный.

4 балла – ребенок понимает задание; самостоятельно складывает разрезную картинку; заинтересован в конечном результате.

8. Конструирование из палочек.

1 балл – ребенок после обучения продолжает действовать неадекватно: бросает палочки, кладет их рядом, машет ими; безразличен к результату.

2 балла – ребенок после обучения пытается строить фигуру, но соответствие образцу не достигается; к конечному результату безразличен.

3 балла – ребенок правильно понимает задание, но строит «молоточек» только после подражания действиям взрослого; заинтересован в конечном результате.

4 балла – ребенок правильно выполняет предложенное задание по образцу; заинтересован в конечном результате.

9. Достань тележку.

1 балл – ребенок не понимает задание; не стремится достичь цели.

2 балла – ребенок пытается достать рукой цель; после нескольких неудачных попыток отказывается от выполнения задания.

3 балла – ребенок пытается достать тележку за один конец тесемки; после двух-трех попыток достигает результата; понимает конечный результат своих действий.

4 балла – ребенок сразу находит правильное решение и выполняет задание; заинтересован в конечном результате.

10. Нарисуй.

1 балл – ребенок не использует карандаш для черкания по бумаге; ведет себя адекватно заданию; речевую инструкцию не выполняет.

2 балла – у ребенка есть стремление что-то изобразить (черкание); к конечному изображению безразличен; не выделена ведущая рука; нет согласованности действий обеих рук.

3 балла – ребенок понимает инструкцию; пытается нарисовать дорожку, изображая ее многократными прерывистыми линиями без определенного направления; понимает конечный результат своих действий; определена ведущая рука, но нет согласованности действий обеих рук.

4 балла – ребенок выполняет задание соответственно речевой инструкции; заинтересован в конечном результате (в большинстве случаев это прямая непрерывная линия); четко определена ведущая рука, наблюдается согласованность действий обеих рук.

Полученные данные заносят в протокол.

Бланк результатов обследования	
Ф.И. ребенка _____, _____ лет	
Наименование задания	Оценка в баллах
1. Лови шарик	
2. Спрячь шарики	
3. Разбор и складывание матрешки	
4. Разборка и складывание пирамидки	
5. Парные картинки	
6. Цветные кубики	
7. Разрезные картинки	
8. Конструирование из палочек	
9. Достань тележку	
10. Нарисуй	
Итого:	
Группа	
Примечание. Детей, получивших в результате выполнения заданий, 10-12 баллов, относят к первой группе; 13-23 балла – ко второй группе; 24-33 балла – к третьей группе; 34-40 баллов – к четвертой группе.	

Различия между обследуемыми детьми состоят в основном в характере познавательной деятельности: в принятии задания, способах выполнения (самостоятельно или при помощи взрослого), обучаемости, интересе к результату.

В соответствии с этим обследуемых детей можно разделить на четыре группы [Стребелева Е.А., 2004]:

От 10 до 12 баллов: дети не понимают цель задания, поэтому не стремятся к его выполнению. Они не готовы к сотрудничеству со взрослым, не выделяют цель задания, действуют неадекватно. Не готовы к обучению и в основном не стремятся к положительному результату. Относятся к категории глубоко умственно отсталых.

От 13 до 23 баллов: дети понимают цель задания, но с трудом вступают в контакт с новым для них взрослым. Требуется использование различных эмоциональных и игровых приемов для того, чтобы эти дети приняли задание. Отмечается стремление достигнуть искомого результата. Как правило, не учитывают свойства и качества предметов, характерны хаотические действия, отказ от дальнейшего выполнения задания. По подражанию многие справляются с заданиями, но самостоятельно выполнить их после обучения не могут, так как не осознают принцип действия. Безразличны к результату. Относятся к категории умственно отсталых с возможностями обучения в специальных образовательных условиях.

От 24 до 33 баллов: сразу же принимают задание, понимают его условия и стремятся выполнить. Часто самостоятельно не могут найти адекватный способ выполнения и обращаются за помощью к взрослому. После показа способа выполнения могут самостоятельно справиться с заданием, заинтересованы в результате своих действий. Нуждаются в уточнении клинического и психолого-педагогического диагноза: здесь могут быть дети с ЗПР, с ОНР, с нарушениями слуха.

От 34 до 40 баллов: норма развития.

На основе анализа данных обследования разрабатываются рекомендации к проведению коррекционно-педагогической работы с ребенком.

Так, дети первой, второй и третьей групп, у которых отмечаются трудности в выполнении предложенных заданий, нуждаются в систематической коррекционной помощи. Помощь может быть организована в группах кратковременного пребывания или ранней помощи в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего или комбинированного видов, в реабилитационных центрах, центрах психолого-педагогического сопровождения и коррекции и др. При этом должны быть созданы следующие педагогические условия:

- коррекционная направленность предметно-развивающей среды;
- индивидуальные программы коррекционно-развивающего обучения и воспитания;
- систематические занятия с каждым ребенком;
- включение родителей в педагогический процесс.

Детям четвертой группы показано посещение дошкольных учреждений, реализующих общеобразовательную программу дошкольного образования.

Для каждой из групп детей важно определить содержание коррекционно-педагогических занятий.

Содержание занятий для детей первой группы.

Детей первой группы, получивших 10-12 баллов, необходимо учить:

- эмоционально реагировать на обращение к ним близких взрослых;
- выполнять действие в соответствии с речевой инструкцией, состоящей из одного слова, обозначающего действие;
- понимать цели действия.

Детям следует развивать внимание и фиксацию взгляда, обучать действиям хватания одной и двумя руками, следить взглядом за перемещающимся предметом.

Кроме того, с детьми нужно проводить физические упражнения, ориентированные на развитие всех основных движений (ходьба, бег, лазанье, ползание, прыжки, метание); а также общеразвивающие упражнения, направленные на укрепление мышц спины, плечевого пояса и ног, развитие координационных способностей, умения удерживать равновесие.

При обучении детей этой группы основными методами являются совместные действия ребенка со взрослым, подражания действиям взрослого с речевым сопровождением.

Содержание занятий для детей второй группы.

У детей второй группы, получивших 13-23 балла, необходимо формировать способы усвоения общественного опыта. В первую очередь, сотрудничества ребенка со взрослым. Важно сформировать способность подражать действиям взрослого, умение понимать и использовать жестовую инструкцию и указательные жесты; навык работы по образцу и словесной инструкции.

Особое место в коррекционной работе с детьми должно занимать физическое воспитание. Оно направлено на своевременное развитие двигательных навыков, умений и физических качеств; на развитие интереса к различным доступным ребенку видам двигательной активности.

При этом внимание надо уделять совершенствованию ручной моторики, развитию ведущей руки, согласованности действий обеих рук, а также развитию мелких движений кистей и пальцев рук.

Центральной задачей работы с этой группой детей является формирование у них ориентировочно-познавательной деятельности – развитие практического ориентирования в свойствах и качествах предметов. Главное помнить, что дети сначала учатся различать предметы и их свойства на основе образа и лишь затем фиксируют образ в слове. Дальнейшая коррекционная работа должна быть направлена на формирование взаимосвязи между основными компонентами мыслительной деятельности: действием, словом и образом.

Одним из основных направлений в работе является развитие речи, которое осуществляется в процессе всей жизнедеятельности ребенка и на специальных занятиях.

Кроме того, коррекционная работа должна быть направлена на формирование у детей интереса к предметно-игровым действиям, а также предпосылок к продуктивным видам деятельности (лепке, рисованию, аппликации, конструированию).

Важно сформировать у детей интерес к игровым действиям с сюжетными игрушками, умение положительно взаимодействовать со сверстниками.

Необходимо помнить, что у всех детей с отклонениями в умственном развитии надо формировать правильное поведение в определенной ситуации. Возможность эта обеспечивается созданием положительного микроклимата как в дошкольном учреждении, так и в семье ребенка.

Содержание занятий для детей третьей группы.

У всех детей третьей группы, получивших 24-33 балла, необходимо формировать активный интерес к свойствам и качествам предметов, вызывать перцептивные действия (пробы, примеривание). При этом важно вызывать интерес к сюжетной игре и продуктивным видам деятельности (лепке, аппликации, рисованию, конструированию).

Важным направлением в коррекционной работе с детьми третьей группы является формирование у них целостного представления об окружающей действительности, о человеке и взаимодействиях между людьми, знакомство с деятельностью человека. Во всех случаях проводится коррекционная работа по развитию коммуникативных способностей и речи детей. Таким образом, создается специфическая система включения речи каждого ребенка в процесс чувственного познания окружающей действительности.

Литература

1. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: Методическое пособие / Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Просвещение, 2004. – 164 с.

ГЛАВА 5

КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Ранняя коррекция нарушений развития во всем мире признана основополагающим направлением специальной педагогики и психологии. Общеизвестно, что оказание медико-психолого-педагогической помощи с первых месяцев жизни позволяет достичь принципиально иных результатов, чем при начале коррекционной работы в дошкольном и, тем более, школьном возрасте. Ранний возраст является определяющим для развития ребенка. На этом этапе развиваются моторные функции, ориентировочно-познавательная деятельность, речь, формируется личность. Пластичность мозга ребенка раннего возраста не только создает оптимальные условия для формирования психических процессов, но и определяет огромные потенциальные возможности коррекционной работы в этот период.

В настоящее время проблемы ранней диагностики и ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья наиболее представлены в исследованиях специалистов института коррекционной педагогики РАО, которыми рассматриваются: содержание индивидуальных программ развития детей младенческого возраста с ограниченными возможностями, воспитывающихся в доме ребенка (Ю. А. Разенкова), ранняя педагогическая коррекция отклонений в развитии детей с нарушенным слухом (Т.В. Пелымская, Н.Д. Шматко), подходы к созданию единой системы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии детей (Е.А. Стребелева), проблемы ранней реабилитации средствами образования (Н.Н. Малофеев) и др.

Е. А. Стребелева как одну из форм организации работы с детьми раннего возраста с проблемами в развитии рассматривает создание кратковременных или «адаптационных» групп. Цель деятельности групп кратковременного пребывания – оказание помощи детям раннего возраста с органическим поражением ЦНС, а также оказание психолого-педагогической помощи их родителям. В программе указывается, когда и в какие виды деятельности исследуемый ребенок вступает во взаимодействие сначала с одним, а затем с группой сверстников [Стребелева Е.А., 2004].

Индивидуальная программа развития ребенка планируется на 2-3 месяца и разрабатывается по следующим направлениям:

- условия и правила для проведения коррекционно-педагогической работы с ребенком в семье;
- содержание работы (задачи, методы и приемы) с ребенком по основным линиям развития;
- виды деятельности в целях формирования положительных форм взаимодействия с другими детьми;

- организационные формы работы с родителями: консультации с указанием времени; наблюдения матери за работой педагога-дефектолога с ребенком; лекции с указанием тем, места и времени их проведения; участие в коллективных формах обсуждения проблем воспитания детей в семье.

Еще одна отечественная практика оказания ранней помощи детям предлагается Ю.А. Разенковой. Ею рассматривается организация и проведение коррекционной работы с детьми в условиях дома ребенка, задачи которой – решение проблемы адаптации малыша к новым условиям воспитания; профилактика раннего отставания и нежелательных тенденций в личностном развитии, обусловленных психической депривацией; ранняя коррекция отклонений в развитии на основе создания оптимальных условий для развития личностного потенциала ребенка. Коррекционно-педагогическая работа с детьми группы риска в доме ребенка является составной частью комплексной реабилитационной медико-педагогической работы в детском учреждении.

Ю.А. Разенкова выделяет следующие задачи и направления коррекционно-педагогической работы с детьми раннего возраста, воспитывающихся в условиях депривации, которые могут быть реализованы в работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья [Разенкова А.Ю., 2003]

На первом этапе работы с детьми решаются следующие направления коррекционно-развивающей работы:

1. Развитие первых эмоционально-положительных реакций.

Содержание обучения направлено на обогащение тактильных, вестибулярных, зрительных и звуковых впечатлений ребенка в целях вызывания и стимулирования первой улыбки. Далее улыбка вызывается, закрепляется и поддерживается в ответ на социальные воздействия (на вид, голос, улыбку взрослого, эмоционально-речевое обращение взрослого к ребенку).

2. Развитие предпосылок к эмоциональному общению со взрослым.

Задачи: установление и поддержание контакта взглядами, поддержание эмоционально-положительных реакций и звуковой активности детей.

Установлению и поддержанию контакта взглядами способствуют физические воздействия взрослого: поглаживание, покачивание, переборы пальчиков малыша и т.д., а также разговор взрослого, эмоционально выразительный и лично адресованный малышу, напевание песенок, потешек. Эмоционально-положительные реакции ребенка поддерживаются ответной улыбкой взрослого. Развитию звуковой активности способствуют игры с воспроизведением звуков из «набора» самого малыша.

Второй этап предполагает реализацию следующих направлений работы с детьми раннего возраста:

1. Развитие эмоционально-положительных ответных реакций.

Задача: развитие ярких дифференцированных эмоций.

Наиболее значимыми являются игры-занятия, развивающие смех и двигательное оживление у ребенка (игры с воздушным шариком, мыльными пузырями,

сюрпризными коробочками, подвижные игры – «Догоню-догоню», «Коза рогатая» и т.д.); дифференцированные эмоции формируются на основе различения интонации голоса взрослого и различения «своих» и «чужих» взрослых.

2. Формирование предпосылок к ситуативно-деловому общению ребенка со взрослым.

Задача: переход от эмоционального общения со взрослым к формированию ситуативно-делового общения через развитие потребности в сотрудничестве.

Это не означает, что эмоциональное общение с ребенком отсутствует. Оно играет стимулирующую роль в возникновении у ребенка потребности в сотрудничестве. Сотрудничество формируется в ходе общения при рассматривании, ощупывании игрушек, в игре, где между взрослым и ребенком устанавливаются свои правила, например, очередность действий и т.п. Большое значение уделяется формированию у ребенка указательного жеста.

3. Развитие положительных эмоциональных реакций.

Задачи: стимулирование и поддержание радостного настроения. Радостное состояние вызывается и поддерживается на занятиях неожиданным появлением и исчезновением ярких игрушек, веселыми подвижными играми, играми с пальчиками малыша, эмоционально насыщенной атмосферой и т.д.

4. Формирование предпосылок к ситуативно-деловому общению ребенка со взрослыми.

Задача: формирование потребности в сотрудничестве.

Детям в этот период требуется соучастие взрослого при выполнении одного с ним «дела», практическая деятельность рядом с ним. Поэтому важное значение придается совместным играм ребенка и взрослого: катанию мяча, прокатыванию машинки, прокатыванию шариков с наклонной плоскости, играм с воздушным шариком, пианино, бубном, русскими народными деревянными игрушками, имитирующими орудия труда. Подобные игры развивают умение соблюдать очередность действий. Большое внимание должно уделяться организации общения по поводу способа действия с дидактической игрушкой: пирамидкой, матрешкой и т.п. Важная роль отводится общению по поводу действий с игрушками, позволяющими развить некоторый сюжет в игре: с куклой, мишкой, лошадкой.

В беседе с родителями и педагогами, независимо от выявленных недостатков, следует максимально подчеркнуть позитивные качества ребенка, по возможности избегая негативных характеристик. В случае установления задержки в развитии ребенка психолог должен корректно сформулировать свое заключение, а затем предложить соответствующие рекомендации. При этом важно объяснить, какие позитивные сдвиги в развитии ребенка должны произойти в ходе коррекционной работы. В беседе с родителями и воспитателями не следует использовать термины «высокий» или «низкий» уровень развития. В случае установления задержки в развитии желательно делать акцент не на констатацию отклонений, а на описание позитивных изменений в поведении ребенка при соблюдении необходимых рекомендаций. Например, не следует говорить: «У вашего ребенка от-

сутствует инициативность», лучше сформулировать так: «Необходимо поддерживать инициативу вашего ребенка, внимательнее наблюдайте за ним, откликайтесь на любое его движение, почаще хвалите его, играйте с ним».

Коррекционно-педагогическая работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья в системе ранней помощи имеет четкую структуру, строгую логику и последовательность, и направлена на решение следующих задач:

1. Анализ ситуации развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста.

2. Проектирование вариантов коррекционно-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в системе ранней помощи и выбор оптимального для данных условий.

3. Осуществление плана задач на практике коррекционно-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в системе ранней помощи, включающего организацию взаимодействия, регулирование и корригирование течения педагогического процесса.

О.А. Карабанова, А.С. Спиваковская выделяют три области, которые нуждаются в системном подходе при организации коррекционно-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста и членам его семьи:

- характер взаимодействия взрослого и ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- предметно-развивающая среда, в которой находится ребенок с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- организация систематической и комплексной коррекционно-педагогической работы с ребенком с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста в среде его сверстников.

Требования к характеру взаимодействия взрослого и ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста и к способам общения отражены в ряде принципов, которые являются основополагающими при проведении коррекционно-педагогической работы. Перечислим эти принципы:

- общение взрослого с ребенком с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста должно быть целенаправленным, стимулирующим и личностно-ориентированным;
- при организации общения необходимо учитывать актуальный уровень познавательного развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста, но при этом обязательно включать задания «на пределе когнитивных возможностей ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста», находящихся в зоне его ближайшего развития;
- стимулы, используемые взрослым и побуждающие ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста к действию, должны носить полимодальный характер;
- любые контакты и действия с ребенком с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста следует сопровождать речевыми комментариями взрослого, сопутствующими его собственным действиям, а также пассивным или

активными действиям ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста, при этом необходимо стремиться вступить в визуальный и эмоциональный контакт с ребенком с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста на уровне, соответствующим его восприятию и деятельности;

- вступая в общение с ребенком с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста, взрослый должен учитывать индивидуальные возможности, способности, знания и умения конкретного ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста, а также собственные склонности и предпочтения.

Следующим условием повышения эффективности коррекционно-педагогической работы с ребенком с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста является наличие адекватной и стимулирующей развитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста предметно-развивающей среды, которая может быть рассмотрена как система условий, обеспечивающих полноценное развитие всех видов детской деятельности, коррекцию отклонений высших психических функций и становление личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста. Она включает ряд базовых компонентов, необходимых для физического, социального, познавательного и эстетического развития детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста. Это природные среды и объекты, культурные ландшафты, физкультурно-игровые и оздоровительные сооружения, предметно-игровая среда, детская библиотека, игротека, музыкально-театральная среда, предметно-развивающая среда и др.

Для того, чтобы предметно-развивающая среда выполняла свое основное назначение – создавала условия для полноценного развития ведущих видов деятельности ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста и способствовала развитию типичных видов деятельности - она должна удовлетворять следующим требованиям:

- соответствовать возможностям ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста на границе перехода к следующему этапу его развития, то есть создавать зону ближайшего психического развития;

- содержать как известные ребенку с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста компоненты, так и проблемные, подлежащие исследованию, то есть соответствовать уровню развития когнитивной сферы данного ребенка;

- быть для ребенка неисчерпаемой, информативной, удовлетворять его потребность в новизне, преобразовании и самоутверждении;

- соответствовать корригирующей и компенсирующей направленности содержания коррекционно-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;

- быть системной, то есть отвечать определенному возрасту и содержанию деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста, а также отражать основы национальной культуры.

Основными принципами использования предметно-развивающей среды в коррекционно-развивающей работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста являются:

- учет возрастных особенностей развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- учет уровня сформированности ведущей и типичных видов деятельности;
- учет индивидуальных особенностей, склонностей и предпочтений ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- создание условий, учитывающих особенности недоразвития познавательной деятельности и личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста и способствующих сглаживанию их проявлений;
- создание динамичной среды, соответствующей запросам и потребностям ребенка с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- использование вариативных методов и приемов обучения в динамичной среде;
- исследовательская позиция взрослого в процессе взаимодействия с ребенком с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста и организации его функционирования.

При проведении коррекционно-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста необходимо соблюдать требования, которые определяют педагогические условия, содержание и методы воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста. Эти требования включают в себя определение организационных форм и разработку содержания коррекционно-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста с учетом их жизненно важных потребностей, лежащих в зоне актуального и потенциального развития каждого ребенка определенной возрастной группы. По мнению Н.Ю. Боряковой, Е.А. Архиповой, О.Г. Приходько, при проведении коррекционно-педагогической работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста необходимо учитывать основные направления развития детей данной возрастной группы:

- смена ведущих мотивов деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- развитие эмоционально-делового и предметного общения детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- развитие и активизация общих движений детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- развитие предметных действий и предметной деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- развитие наглядно-действенного мышления детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- интенсивное накопление пассивного словаря, стимуляция активной речи с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- овладение различными навыками в процессе подражания детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- становление представлений о себе;

- формирование предпосылок к конструктивной и изобразительной деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- активизация самостоятельности в быту и формирование потребности в признании собственных достижений детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- закрепление навыков самообслуживания детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста;
- развитие внутренней речи детей с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста.

Для детей с ограниченными возможностями производится отбор методов в зависимости от структуры нарушенного развития и наличия сохранных звеньев организма.

Чаще всего в обучении и воспитании детей с ограниченными возможностями используют следующие общие методы:

1. Методы моторной коррекции (методы релаксации, паралингвистические, телесно-ориентировочные методы, методы пластритмики и др.).
2. Сенсомоторные методы (методы слухового и зрительного восприятия учебного материала; наглядные, практические методы).
3. Когнитивные методы (методы организации психических процессов, вербально-логические методы: репродуктивные, проблемно-поисковые, исследовательские).

Разрабатывая программу ранней психолого-медико-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, следует ориентироваться на следующие направления работы, определяемые спецификой конкретного дефекта развития [Козловская Г.Ю., 2012].

Так, коррекционно-педагогическая работа с детьми с нарушением зрения раннего возраста имеет комплексный характер и направлена на расширение знаний и представлений об окружающем мире, развитие познавательной деятельности на основе полисенсорного восприятия. Развитие зрительного восприятия проводится в комплексе с развитием познавательной деятельности.

Детям с нарушениями зрения раннего возраста нужно развивать ориентировку в пространстве, а также проводить специальные занятия по развитию речи (формировать речевую функциональную систему, увеличивать словарный запас, совершенствовать смысловую сторону речи; устранять вербализм и эхоталии).

Опираясь на исследования Л.И. Плаксиной, можно выделить следующие основные задачи коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушением зрения раннего возраста:

1. Активизация зрительных функций (зрительные нагрузки): повышение остроты зрения у детей с нарушением зрения раннего возраста. Это различные мозаики, домино, лото, бусы, обводка, т.е. фиксация на мелких предметах (детям с близорукостью нагрузки не давать вообще или соблюдать осторожность).
2. Тренировка сетчатки глаза у детей с нарушением зрения раннего возраста. Упражнения с цветными предметами: яркими, крупными. Формирование цвето-различения основных цветов и оттенков.

3. Укрепление мышц глаза, развитие глазодвигательных, прослеживающих функций, расширение поля зрения у детей с нарушением зрения раннего возраста.

4. Развитие устойчивой зрительной фиксации (локализации): использовать красную точку на белом фоне у детей с нарушением зрения раннего возраста. Смотреть, видеть, напрягать зрение. Восстановление пространственной локализации.

5. Выработка бинокулярного зрения у детей с нарушением зрения раннего возраста.

6. Развитие стереоскопического зрения у детей с нарушением зрения раннего возраста.

По данным Л.И. Плаксиной, при организации коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушением зрения раннего возраста специалист тщательно изучает и анализирует анамнез каждого ребенка, беседует с родителями; совместно с врачом-офтальмологом определяет индивидуальную зрительную нагрузку; проводит первичную диагностику уровня развития зрительного восприятия. Итогом такой предварительной работы является составление плана индивидуальной работы по развитию зрительного восприятия с каждым ребенком раннего возраста, который основывается на зрительном диагнозе, уровне развития и самостоятельности при выполнении заданий.

В целом, коррекционно-педагогический процесс строится так, чтобы повысить остроту зрения детей раннего возраста и закрепить достигнутые результаты по устранению косоглазия и амблиопии. Вся учебно-воспитательная и коррекционная работа осуществляется в условиях тесной взаимосвязи и слаженной работы всех педагогов и специалистов (учителя-дефектолога, воспитателей, инструктора по физической культуре, педагога-психолога, воспитателя по изо, учителя-логопеда), работающих с детьми с нарушением зрения раннего возраста.

В качестве рекомендаций по проведению коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушением зрения раннего возраста можно рассматривать:

1. Установление зрительного диагноза и диагноза сопутствующего заболевания у детей с нарушением зрения раннего возраста.

2. Определение зрительных нагрузок, тренировочных упражнений, преследующие лечебные цели у детей с нарушением зрения раннего возраста.

3. Составление практических рекомендаций педагогам при реализации коррекционно-педагогических задач в разных видах деятельности у детей с нарушением зрения раннего возраста.

4. Необходимые ограничения. Записываются их характер и срок, на который они установлены, особенно на период атропинизации.

5. Определение группы здоровья по зрению и по физкультуре отдельно у детей с нарушением зрения раннего возраста.

6. Соблюдение офтальмологических требований при работе с наглядностью у детей с нарушением зрения раннего возраста.

Вышеперечисленные рекомендации необходимо выполнять всем педагогам, работающим с детьми с нарушением зрения раннего возраста.

Основы коррекционно-педагогической работы с детьми раннего возраста с нарушениями слуха рассмотрены в работах Г.Л. Выгодской, Э.И. Леонгард, Л.А. Головчиц и др.

Г.Л. Выгодская в своих исследованиях подчеркивает, что для детей с нарушениями слуха характерно недоразвитие всех компонентов речи, а также имеют место специфические трудности формирования логического мышления. Поэтому воспитание и обучение слабослышащих детей дифференцируется не только в зависимости от степени нарушений слуха, но и с учетом наличия или отсутствия у ребенка речи. По ее мнению, одной из основных задач коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями слуха является развитие речи.

Э.И. Леонгард выделяет три основных направления работы по развитию речи глухих детей раннего возраста:

- формирование и развитие языковой способности детей с нарушениями слуха раннего возраста;
- развитие речевой деятельности детей с нарушениями слуха раннего возраста;
- подготовка к усвоению основных закономерностей языка детей с нарушениями слуха раннего возраста.

Для развития языковой способности у детей с нарушениями слуха раннего возраста используется подражание. Кроме того, при обучении глухих детей языку широко используется предметная деятельность, обучение дактилю и речи на основе зрительного восприятия. Коррекционно-педагогическая работа направлена также на развитие фонематического слуха. Работа по развитию фонематического слуха проводится совместно с коррекцией звукопроизношения, обогащением словарного запаса и предупреждениями аграмматизмов.

Для детей с нарушениями слуха раннего возраста характерно недоразвитие всех компонентов речи, вот почему центральное место отводится логопедической работе. При нарушениях слуха могут отмечаться как замены, так и искажения одних звуков другими. Логопедическая работа дифференцируется в зависимости от этих вариантов. Наряду с фонетико-фонематическими нарушениями, у детей с недостаточностью слуха часто наблюдаются признаки несформированности лексико-грамматической стороны речи. Словарный запас ограничен, отмечается неточность употребления слов, искажения слоговой структуры слов, несформированность грамматического строя речи.

При коррекции нарушений звукопроизношения у детей с нарушениями слуха раннего возраста опираются на зрительно-кинестетические представления о звуках с опорой на ощущения артикуляционных движений и зрительный образ букв.

А.А. Венгер была разработана программа по проведению занятий с глухими и слабослышащими детьми. Эта программа предусматривает работу по следующим направлениям:

- развитие движений (основные движения и мелкая моторика) у детей с нарушениями слуха раннего возраста;

- развитие зрительного восприятия (восприятие цвета, формы, величины, пространственных представлений) у детей с нарушениями слуха раннего возраста;
- развитие слухового восприятия (восприятие звучания музыкальных инструментов, слов) у детей с нарушениями слуха раннего возраста;
- формирование мышления (наглядно-действенного, наглядно-образного, логического) у детей с нарушениями слуха раннего возраста;
- формирование речи (понимание устной речи и мимико-жестовой речи) у детей с нарушениями слуха раннего возраста.

Дети с церебральным параличом нуждаются в ранней комплексной коррекционно-педагогической работе, направленной на развитие моторики, речи, интеллекта.

Коррекционно-педагогическая работа проводится дифференцированно, с учетом формы заболевания и возраста ребенка, и включает следующие мероприятия:

1. Ранняя стимуляция психического и речевого развития детей с ДЦП раннего возраста.
2. Кондуктивное воспитание и ранняя логопедическая работа с детьми с ДЦП раннего возраста.
3. Развитие двигательных функций у детей с ДЦП раннего возраста.

Стимуляция психического развития детей с ДЦП на первом году жизни направлена на формирование зрительного, слухового и кинестетического восприятия, зрительно-моторного манипулятивного поведения, положительного эмоционального общения со взрослым. С первых месяцев жизни ребенка активно стимулируют к накоплению им чувственного опыта. Его побуждают к обследованию окружающих предметов посредством зрения, слуха, осязания.

Е.М. Мастюкова, А.Г.Московкина отмечают, что необходимо как можно раньше воспитывать у детей с ДЦП раннего возраста осязающие движения рук. С этой целью в руки ребенка с ДЦП раннего возраста вкладывают различные по форме, величине и фактуре игрушки, привлекая к ним его зрительное внимание. Для улучшения проприоцептивных ощущений перед такими упражнениями целесообразно провести массаж кистей и кончиков пальцев щетками различной жесткости.

На основе предметно-практической деятельности, осуществляемой с помощью взрослого, стимулируют сенсорно-моторное поведение и голосовые реакции, используя методы так называемого торможения и облегчения. Тормозят нежелательные патологические движения, сопровождаемые повышением мышечного тонуса, и одновременно «облегчают» произвольную сенсомоторную активность.

Применяются различные приспособления для фиксации головы, туловища и конечностей с целью облегчения функций артикуляционного аппарата, тренировки зрительно-моторной координации и других реакций. Специальные серии

упражнений, направленные на стимуляцию сенсорных функций с одновременной коррекцией двигательных нарушений, создают условия для формирования перцептивных действий.

Р.И. Лалаева указывает, что в возрасте от 1 года до 3 лет у ребенка с ДЦП раннего возраста развивают предметно-манипулятивную деятельность, обучая его овладевать навыками действий с различными предметами и начальными способами общения с окружающими. Основными задачами на этом этапе является развитие речевого и предметно-действенного общения, воспитание дифференцированных интеро- и экстероцептивных ощущений, начальных форм социального поведения, самостоятельности.

На основе предметно-практической деятельности, осуществляемой с помощью взрослого, закрепляют связи между словом, предметом и действием. Детей с ДЦП раннего возраста учат называть предметы, объясняют их назначение, знакомят с новыми, используя зрение, слух, осязание, а где можно, обоняние и вкус; показывают, как производить действия с этими предметами и стимулируют к активному выполнению.

Специальные серии упражнений, направленные на тренировку сенсорных функций, знакомят детей с ДЦП раннего возраста с различными качествами предметов и создают условия для формирования перцептивных действий. Для этого используют различные по форме, протяженности, цвету, температуре и другим свойствам предметы, расположенные в виде классификационных групп, например, серии колец разного размера, серии поверхностей разной шероховатости, шарики различных цветов и т. п.

Ребенка с ДЦП раннего возраста учат парным сопоставлениям предметов по их свойствам, выполнению предметных действий, выбору по образцу. В качестве материала используют пары геометрических фигур, предметы всех основных цветов, игрушки типа башенок, матрешек, вкладок, парные картинки. Основная задача педагога – обучение внешним ориентировочным действиям ребенка с ДЦП раннего возраста. При помощи инструкции типа: «Положи в эту коробку все игрушки, а в эту – всю одежду» и совместного с ребенком с ДЦП раннего возраста выполнения задания формируют начальные обобщающие понятия: игрушки, одежда.

Кондуктивное воспитание и обучение детей с ДЦП раннего возраста включает комплексную методику коррекционно-педагогической работы с использованием регулирующей функции внутренней речи, ритмической организации движения. С этой целью стимулируют ребенка с ДЦП раннего возраста выполнять движения под счет от 1 до 5, на основе однотипных инструкций, например, вверх – вниз и т. п.

Методика кондуктивного воспитания, базирующаяся на этой концепции, в свою очередь, не только облегчает выполнение движений при ДЦП, но и способствует формированию произвольной регуляции поведения. С помощью этой методики осуществляется неразрывная взаимосвязь в развитии моторики, речи и произвольной регуляции поведения.

Формируется начальное ситуационное понимание обращенной речи и подчинение отдельным словесным инструкциям в знакомых словосочетаниях. Для развития понимания простых инструкций надо их произносить, одновременно показывая обозначаемые ими действия, помогая ребенку с ДЦП раннего возраста их выполнить. Так воспитывается понимание таких движений, как «ладушки», «до свидания», «покажи, какой ты большой» и т. п.

При проведении коррекционно-педагогической работы особо важное значение имеет эмоционально-положительное взаимодействие ребенка с ДЦП раннего возраста со взрослым, осуществляющим систему кондуктивного воспитания.

В работах Л.М. Шипициной, И.И. Мамайчук отмечается, что особой спецификой отличается логопедическая работа при ДЦП. Известно, что у детей с ДЦП раннего возраста наиболее частыми формами речевых нарушений являются различные формы дизартрии, спецификой которых является общность нарушений речевой и скелетной моторики с недостаточностью кинестетического восприятия. Ребенок с ДЦП раннего возраста слабо ощущает как положение своих конечностей, так и органов артикуляции. Это способствует проявлениям общей и артикуляционной диспраксии, что затрудняет выполнение целенаправленных движений и усиливает нарушения звукопроизношения.

Одной из важных задач логопедической работы с детьми с ДЦП раннего возраста является развитие ощущений артикуляционных поз и движений, преодоление и предупреждение оральной диспраксии. Для улучшения ощущений артикуляционных поз и движений используются упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми глазами со зрительным контролем с помощью зеркала и с закрытыми глазами с целью сосредоточения внимания на проприоцептивных ощущениях.

Взаимосвязь нарушений общей и речевой моторики при ДЦП проявляется также в том, что тяжесть нарушений артикуляционной моторики обычно коррелирует с тяжестью нарушений функции рук. Эти данные определяют необходимость сочетать логопедическую работу с развитием функций рук и общей моторики ребенка с ДЦП раннего возраста.

Спецификой коррекционно-педагогической работы детьми с ДЦП раннего возраста является ее сочетание с дифференцированным артикуляционным массажем и гимнастикой, логопедической ритмикой, а в ряде случаев и с общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением.

Успех логопедических занятий во многом зависит от их раннего начала и систематического проведения. Работа над звукопроизношением строится с учетом следующих положений:

- зависимость от формы дизартрии, уровня речевого развития ребенка с ДЦП раннего возраста, а также состояния его интеллекта;
- развитие речевой коммуникации, так как формирование звукопроизношения должно быть направлено на развитие коммуникации, а также социальной адаптации ребенка с ДЦП раннего возраста;
- развитие мотивации, стремления к преодолению имеющихся нарушений;
- развитие дифференцированного слухового восприятия и звукового анализа;

- усиление восприятия артикуляционных укладов и движений путем развития зрительно-кинестетических ощущений.

Л.М. Шипицина, И.И. Мамайчук выделяют следующие этапы логопедической работы при дизартрии у детей с ДЦП раннего возраста.

Первый этап – подготовительный. Основные его цели: подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов; у ребенка с ДЦП раннего возраста – воспитание потребности в речевом общении, развитие и уточнение пассивного словаря, коррекция дыхания и голоса. Важной задачей на этом этапе является развитие сенсорных функций, особенно слухового восприятия и звукового анализа, а также восприятия и воспроизведения ритма.

Методы и приемы дифференцируются в зависимости от уровня развития речи, возраста и формы дизартрии. При отсутствии речевых средств общения у ребенка с ДЦП раннего возраста стимулируют начальные голосовые реакции и вызывают звукоподражания, которым придают характер коммуникативной значимости. Логопедическая работа с детьми с ДЦП раннего возраста проводится на фоне медикаментозного воздействия, физиолечения, лечебной физкультуры и массажа.

Второй этап – формирование первичных коммуникативных произносительных навыков. Основная его цель: развитие речевого общения и звукового анализа у ребенка с ДЦП раннего возраста. Проводится работа по коррекции артикуляционных нарушений: при спастичности -расслабление мышц артикуляционного аппарата, выработка контроля над положением рта, развитие артикуляционных движений, развитие голоса; корреляция речевого дыхания; развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса.

Р.И. Лалаева отмечает, что важное значение в логопедической работе имеет также артикуляционная гимнастика с ребенком с ДЦП раннего возраста. При ее проведении большое значение имеет тактильно-проприоцептивная стимуляция, развитие статико-динамических ощущений и четких артикуляционных кинестезий. Работа над артикуляционной моторикой сочетается с развитием голоса и речевого дыхания.

Пассивный словарь обогащают такими словами как форма, величина, цвет, такой же, похожий, больше, меньше. Учат сравнивать контрастные по величине предметы, различать объемные формы предметов, показывая и называя их: шар – шарик, куб – кубик, большой – маленький. Объясняют назначение отдельных предметов в практической деятельности – мячом играют, ложкой едят, из чашки пьют, на кровати спят и т.д.

Обучают сличать предметы и их изображения, слушать и понимать речь взрослого, рассматривать картинки в книгах. Ребенку с ДЦП раннего возраста рассказывают о предметах, нарисованных на картинках, и просят его показать названную картинку. Подбирают игрушки, для захватывания которых необходимо участие большого пальца.

Также важное значение имеет воспитание навыков самообслуживания и гигиены, формирование манипулятивной деятельности, зрительно-моторной координации.

В коррекционно-педагогической работе с детьми с ДЦП раннего возраста необходимо уделять внимание тренировке функциональных возможностей кисти и пальцев рук. При развитии функции кисти особое внимание следует уделить тренировке захвата и отпускания предмета, движений пронации – супинации, отведения – приведения предплечья и кисти, стимуляции изолированных движений пальцев.

Развитие двигательных функций у детей с ДЦП раннего возраста предполагает работу по торможению патологических позотонических рефлексов и ранней стимуляции развития двигательных навыков. Каждому ребенку с ДЦП раннего возраста назначается индивидуальный комплекс лечебной физкультуры в зависимости от формы заболевания. При развитии двигательных функций важно соблюдать возрастную закономерность их развития, поэтапно тренировать все виды двигательной активности: повороты, сидение с последующим вставанием на колени, а затем на ноги, положение на животе с последующим ползанием. Привлечение ребенка с ДЦП раннего возраста к активному выполнению движений, следует избегать его чрезмерных усилий, что приводит обычно к резкому повышению мышечного тонуса.

Л.О. Бадалян отмечает, что на начальном этапе работы по развитию движений у детей с ДЦП раннего возраста используют серию упражнений для стимуляции подъема и удержания головы, разгибания верхней части туловища. Позже проводят упражнения для тренировки опоры на предплечья и на кисти, стимулируют ползание на животе, проводят специальные упражнения для тренировки поворотов туловища.

В дальнейшем ребенка с ДЦП раннего возраста обучают стоянию на четвереньках и развивают функцию равновесия в этом положении, стимулируют ползание на четвереньках, проводят специальные упражнения по тренировке функции сидения, развивают способность самостоятельно садиться, вставать на колени, затем на ноги, развивают возможность вертикальной позы и ходьбы.

Важное значение в физическом воспитании ребенка с ДЦП раннего возраста имеют специальные упражнения, направленные на развитие манипулятивной функции рук, по подготовке и развитию самостоятельной ходьбы, по стимуляции реакций равновесия имеют важное значение. Специфика упражнений дифференцируется в зависимости от формы ДЦП. Возможность стояния и ходьбы у детей с церебральным параличом раннего возраста зависит от степени поражения ног, развития контроля головы и реакций равновесия. Становление этих функций значительно затрудняется, если ребенок не может использовать руки для поддержки.

Кроме лечебной гимнастики, для подготовки ребенка к самостоятельному передвижению широко используются различные виды массажа. Классический лечебный массаж при ДЦП способствует расслаблению напряженных мышц и стимулирует функционирование ослабленных мышц.

У детей с РДА особенности психического развития детей при разных формах аутизма разнообразны.

О. С. Никольская выделяет два основных патогенных фактора, проявляющихся с рождения аутичного ребенка:

- нарушение возможности активно взаимодействовать со средой;
- снижение порога аффективного дискомфорта в контактах с миром.

Главным звеном коррекционного подхода является попытка объединить влияние сенсорного поля и взаимодействие с близким в единую линию. Поскольку линия механической аутоstimуляции ребенка сильнее, взрослому человеку необходимо подключиться к ней, становиться ее неотъемлемой частью и постепенно уже изнутри наполнять ее новым содержанием эмоционального общения.

На первых этапах отрабатывается важнейшая реакция оживления и слежения, формируется зрительно-моторный комплекс. В последующем развивают тактильное, зрительно-тактильное, кинестетическое, мышечное восприятие, затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания.

Логопедическая работа начинается с определения особенностей речевого развития, свойственных детям с аутизмом. Соответствующая коррекция направлена на развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха. Осуществляется постановка звуков, вводятся дыхательные, голосовые упражнения. Важной является задача расширения словарного запаса, развитие способности к составлению предложений по картинкам, работа над связным текстом.

Психологическая коррекция начинается с диагностики проявлений психического дизонтогенеза ребенка в условиях его общей и игровой деятельности. Основной задачей является вовлечение детей с аутизмом в разные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Освоение системы игровых штампов детьми с аутизмом способствует формированию у них памяти, внимания, восприятия [И.И.Мамайчук, 2009].

Психотерапевтическая работа с самим ребёнком с аутизмом и семьей направлена на коррекцию поведения ребенка, на коррекцию и укрепление семьи, привлечение семьи, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним.

Коррекционные мероприятия проводятся на уровне всех реабилитационных блоков (психиатрами, психотерапевтами, логопедами, педагогами-дефектологами, психологами, музыкальным терапевтом и др.).

Ведущее место в коррекционной работе отводится развитию речи и моторики как основным средствам коммуникации.

Начальный этап работы заключается в адаптации ребенка к новым условиям, привыканию к месту занятий. Большое место отводится массажу кистей рук, кончиков пальцев рук и ног, предплечий, массажу лицевой мускулатуры, подъязычной, шейной области, стоп, со стимуляцией активных речевых точек. На фоне массажа движения пальцев становятся более четкими, дифференцированными, приближается к норме мышечный тонус кисти.

Далее обрабатывается наиважнейшая для детей с аутизмом реакция оживления и слежения, умение следить взглядом за движением собственной руки, за предметами, предлагаемыми специалистом и захваченными рукой ребенка.

Для отработки тактильных и эмоциональных контактов, развития осязания проводится ряд приемов типа поверхностных массажных пассивов. На следующем этапе осуществляется работа по воспитанию гнозиса и праксиса, необходимых в познании предметов, их форм, объема, окраски. Предметы обводим указательным пальцем ребенка, даем им словесную квалификацию. Постепенно ребенок с помощью указанных приемов начинает опознавать и называть предметы (кубик, шар и т.п.).

Восстановление и развитие речи происходит последовательно. Очень важным разделом работы является развитие слухового внимания, фонематического и речевого слуха. Для этого в систему работы рекомендуется включать голосовые, мимические упражнения, осуществлять постановку и автоматизацию звуков.

Основной принцип обучения заключается в постоянном проигрывании речевого общения по изучаемой теме на групповых занятиях с логопедом, закреплении полученных знаний в игре с педагогом, психотерапевтом, дома с родителями.

Такую коррекционную программу, по мнению В.М. Башиной и Н.В. Симашковой, эффективно и целесообразно использовать в работе с аутичными детьми.

К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская и др., считают, что работа по развитию речи должна проводиться с учетом варианта речевого развития детей с РДА и в более раннем возрасте.

Устранение причины, вызывающей отклонение в развитии речи ребенка и вовремя оказанная коррекционная помощь в преодолении речевых трудностей и эмоционально-волевых проблем, позволит значительно ослабить или свести к нулю процесс искаженного становления личности ребенка. Особо эффективна коррекционная помощь, оказываемая в сензитивный для речи период (от 2 до 5 л), когда идет активное становление речевой функции. Чем раньше нормализована речь ребенка, тем более благоприятным будет прогноз его дальнейшего развития.

Таким образом, преодоление речевых нарушений ребенка поможет преодолеть нарушения эмоционально-волевой сферы, и наоборот, коррекция эмоционально-волевых нарушений и поведения помогает становлению речи. Поэтому под руководством специалистов разного профиля (психолога, педагогов: логопеда, воспитателя, и т.д.) и под наблюдением врачей: психиатра, невролога, педиатра предлагается интегрированное обучение в массовом детском саду при условии систематической коррекционной помощи для детей с ЗРР (до 3-х лет).

Если в период раннего возраста эта задержка не компенсируется, то речевое отставание продолжит нарастать в более старшем возрасте и приобретать более грубое, системное недоразвитие речи – ОНР (I – II, III уровня). Этих детей следует выявлять и рекомендовать им группы для детей с ТНР.

Работа по формированию речевой деятельности условно может быть разделена на этапы, которые как бы повторяют ход формирования речи в норме:

I этап – развитие мотивационной основы речевой деятельности и формирование имитативных способностей.

II этап – расширение словарного запаса и совершенствование грамматического строя речи.

III этап – развитие диалогической и монологической форм речи.

Они реализуются последовательно (в соответствии с принципом онтогенеза). Однако на каждом из этих этапов решается ряд коррекционных целей и задач:

Формирование навыка понимания речи.

Уточнение имеющегося, обогащение (новыми словами) и активизация (овладение способами употребления новой лексики) словарного запаса.

Уточнение грамматических значений имеющих в речи детей, овладение новыми грамматическими формами и конструкциями.

Формирование навыка связной диалогической и монологической речи.

Формирование и развитие навыков речемыслительной деятельности (речевого анализа, синтеза, речевых обобщений).

Формирование и совершенствование звуковой стороны речи.

Эти задачи решаются с помощью специально организованных упражнений в процессе предметно-практической, игровой или учебной деятельности дошкольников.

Таким образом, только своевременность принятых мер позволит сгладить, скорректировать дефект согласно компенсаторным возможностям ребенка, что поможет ребенку успешно развиваться, обучаться, легко адаптироваться в дошкольной, затем в школьной среде, а впоследствии и в окружающей жизни взрослых.

В приложении 3 представлен перечень программ, техник и методической литературы для коррекционно-развивающей работы с детьми раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Выбор программного материала обусловлен типологическими и индивидуально-психическими особенностями детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, а также социальной ситуацией развития и особенностями семьи.

Литература

1. Баенская Е.Р. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития/ Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Экзамен, 2004. – 120 с.

2. Дети с двигательными нарушениями. Коррекционная работа на первом году жизни: метод. пособие для педагогов и психологов, врачей и родителей / О. Г. Приходько, Т. Ю. Моисеева. – 2-е изд. – М.: Экзамен, 2004. – 95 с.

3. Екжанова Е.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста с неярко выраженными отклонениями в развитии // Е.А. Екжанова, Стребелева Е.А. – М.: КАРО, 2008. – 336 с.

4. Мишина Г. А. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития (методические рекомендации) // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 60-64.

5. Николаева Т.В. Комплексное педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушенным слухом // Дефектология. – 2004. – № 2. -С.21-26.
6. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: Методическое пособие/ О.Г. Приходько. – М.: КАРО, 2006. – 112 с.
7. Ранняя помощь детям: проблемы, факты, комментарии / Под ред. Ю.А. Разенковой. – М.: Права человека, 2003. – 252 с.
8. Служба ранней психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья: региональный опыт и перспективы: методическое пособие. – Ставрополь: СКИРО ПК и ПРО, 2012. – 152 с.
9. Солнцева Л.И., Хорош С.М. Воспитание слепых детей раннего возраста. Советы родителям: Практическое пособие / Л.И. Солнцева, С.М. Хорош. – М.: Экзамен, 2004. – 128 с. – (серия «Ранняя помощь»).
10. Турищева В.В. Организация комплексного сопровождения развития детей с 2-х до 5 лет с тяжелыми нарушениями речи в условиях дошкольного учреждения компенсирующего вида: учебно-методический комплект / В. В. Турищева, Т. Н. Мченская, Г. А. Стрижнёва, М. В. Рузанова; под общ. ред. М. В. Оксём. – Кемерово: изд-во МОУ ДПО «НМЦ», 2011. – 212 с.
11. Шматко Н.Д. Если малыш не слышит...// Н.Д. Шматко, Т.В. Пельмская. – М.: Просвещение, 2003. – 78 с.

ГЛАВА 6

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА С СЕМЬЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Рассматривая различные подходы к организации психолого-педагогической помощи семье ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, начнем с ответа на вопрос: «Почему так важно оказание психолого-педагогической помощи комплексно всей семье на данном возрастном этапе развития ребенка с ОВЗ?».

Какова же роль семьи и конкретно родителей в становлении психики детей с нарушениями развития младенческого и раннего возраста? На этот вопрос нам поможет ответить анализ целого ряда отечественных и зарубежных теорий возрастного развития ребенка.

Большое значение для понимания специфики психического развития детей первых лет жизни имеют данные, полученные в исследованиях Э. Эриксона. С его точки зрения, каждый этап становления идентичности личности ребенка не только формирует новое, необходимое для социальной жизни качество, но и подготавливает ребенка к следующему жизненному периоду.

Справедливо это и для понимания движущих сил психического развития ребенка с отклонениями в развитии. Вспомним выведенное Л.С. Выготским и др. положение о том, что психическое развитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья, в первую очередь, подчиняется тем же самым закономерностям, которым подчиняется и развитие ребенка в норме.

Но вернемся к теории Э. Эриксона. Выделяя период до года в качестве первой стадии психического развития, Э. Эриксон считал, что в это время психика формируется в основном близкими людьми, родителями, которые формируют у ребенка чувство базового доверия или недоверия, т.е. открытости миру или настроенности, закрытости. Базовое доверие впоследствии позволяет детям доброжелательно относиться к окружающим, без опаски и внутреннего барьера общаться с новыми, незнакомыми людьми. В некоторой степени работы Э. Эриксона демонстрируют, что мотивация общения закладывается именно в этот возрастной период. В этом концепция Э. Эриксона очень близка к данным М.И. Лисиной о значении для младенца эмоционального общения со взрослыми.

Об этом же писал английский психолог и психиатр Дж. Боулби, который доказывал, что тесная эмоциональная связь между матерью и ребенком устанавливается в период младенчества. Нарушение данной связи ведет к серьезным отклонениям в психическом развитии ребенка. Исследования Дж. Боулби привели к тому что, начиная с 50-х годов XX века в Англии, а затем и в других странах, были изменены условия госпитализации маленьких детей, которых теперь не разлучают с матерями.

Все изменения, происходящие в психике ребенка первого года жизни, изменяют социальную ситуацию и подготавливают переход ребенка на новый уровень. С этим связано возникновение критического периода, в том числе таких его негативных составляющих, как упрямство, агрессия, негативизм, обидчивость и т.п. Исследователи отмечают, что, как правило, эти проявления неустойчивы и с окончанием кризиса проходят. Но при полном игнорировании родителями стремлений и активности ребенка могут стать основой для формирования устойчивых негативных качеств личности.

Отношения с родителями продолжают оставаться важным фактором психического развития ребенка и на этапе раннего возраста. Общение с родителями имеет большое значение для формирования познавательной сферы ребенка раннего возраста и для развития его личности. Представление ребенка о себе, его первая самооценка в это время есть, на самом деле, интериоризация оценок родителей. Поэтому постоянные замечания, игнорирование пусть даже не всегда успешных попыток детей сделать что-то самостоятельно, недооценка его стараний могут привести уже в этом возрасте к неуверенности в себе, снижению притязаний на успех в осуществляемой деятельности [Психология развития, 2005].

Э. Эриксон доказывал, что в раннем возрасте у детей формируется чувство самостоятельности, автономности от родителя, либо, при неблагоприятном направлении развития, чувство зависимости от него. Доминирование одного из двух вариантов, по мнению Э. Эриксона, связано с тем, как взрослые реагируют на первые попытки ребенка добиться самостоятельности.

В какой-то степени описание этой стадии у Э. Эриксона перекликается с описанием формирования новообразования «Я-Сам» в отечественной психологии. Д.Б. Эльконин, Л.И. Божович и другие психологи подчеркивали, что к концу раннего детства у детей появляются первые представления о себе как личности, отличающейся от других самостоятельностью собственных действий.

В это же время у детей возникают первые признаки негативизма, упрямства, агрессии – все то, что можно рассматривать симптомами кризиса трех лет. И неправильные действия родителей, так называемый негармоничный стиль воспитания (высокая степень опеки – гиперопека, авторитарность, завышенные требования, излишняя критика со стороны родителей и т.п.) становятся помехами при формировании самостоятельности, активности детей. Подобные действия родителей не только препятствуют нормальному развитию самосознания и самооценки ребенка, но и ведут к тому, что негативизм, упрямство, агрессия, так же, как и тревога, отгороженность, становятся устойчивыми чертами личности ребенка.

Рассматривая различные подходы в организации психологической помощи родителям детей раннего возраста, нельзя, на наш взгляд, оставить без внимания и психоаналитические теории объектных отношений [Тайсон Р., Тайсон Ф., 1998].

Еще З. Фрейд указывал, что восприятие ребенком значимости других людей и неудачи в отношениях с ними определяют природу, характер и функционирование его внутриспсихических структур.

Стоявшая у истоков теории объектных отношений Мелани Кляйн в своих работах демонстрировала важность ранних доэдиповых отношений в развитии и манифестации психопатологии у ребенка.

Анна Фрейд считала, что младенцы в первые месяцы жизни всецело зависят от своих физических нужд, так что основная функция матери в этот период – удовлетворение этих нужд. Однако А. Фрейд также указывает, что малыши, разлученные со своими матерями, уже на этой ранней стадии развития обнаруживают признаки расстройства, отчасти объяснимые нарушением порядка жизни и отчасти – утратой специфической близости с матерью. А. Фрейд полагала, что на втором году жизни привязанность между матерью и ребенком достигает полноты развития, приобретая силу и многообразие зрелой человеческой любви, и все инстинктивные желания ребенка сосредотачиваются на матери.

Уже упоминавшийся нами ранее Джон Боулби также внес значительный вклад в теорию отношений матери и младенца. Ученый делал акцент на привязанности младенца. По его мнению, для младенца самое главное – ненарушенная привязанность к матери. Дж. Боулби считал, что ребенок рождается, уже обладая определенными поведенческими системами. Эти поведенческие системы активизируют систему материнского поведения, благодаря которой младенец получает обратную связь. Эта обратная связь инициирует у ребенка определенное поведение, определяющее привязанность. Если инстинктивные реакции младенца пробуждены, а материнская фигура недоступна, результатом являются тревога разлуки, протестующее поведение, печаль и страдание.

Представитель «Британской школы» Балинт подчеркивал важность доэдиповых диадных отношений. Ученый утверждал, что критические нарушения этих ранних отношений между матерью и младенцем приводят впоследствии к формированию определенных личностных особенностей и психопатологии у ребенка.

Другой представитель данной школы Винникотт утверждал, что любые высказывания о младенце должны быть и высказываниями о его матери, поскольку, по его мнению, диадные отношения более важны, чем роль каждого из партнеров; тем самым подчеркивалось, что привязанность младенца должна рассматриваться наряду с эмоциональным вкладом «достаточно хорошей матери». Винникотт полагал, что наилучшее развитие самооценки ребенка связано со способностью матери аффективно «зеркалить». Если мать подавлена депрессией или почему-либо еще не может проявить по отношению к ребенку радость и удовольствие, его развитие может пострадать.

Вклад в понимание того, как взаимодействие с родителями (матерью, в первую очередь) влияет на происхождение и функционирование психических структур ребенка младенческого возраста, внесли исследования Рене Спитца. Исследователь доказал, что получение ребенком от родителя достаточной физической заботы, но, в то же время, недостаточной эмоциональной стимуляции и любви, приводит к отставанию в развитии малыша. Р. Спитц продемонстрировал своими исследованиями нарушение у таких младенцев инстинктивной жизни, Эго, когнитивного и моторного развития. Р. Спитц пришел к выводу, что аффективная

взаимность между матерью и младенцем стимулирует малыша и позволяет ему исследовать окружающий мир, способствуя развитию моторной активности, когнитивных процессов и мышления, интеграции и формирования навыков. Он понимал взаимность матери и младенца как сложный многозначный невербальный процесс, оказывающий влияние, как на младенца, так и на мать, и включающий аффективный диалог, который является чем-то большим, чем привязанность младенца к матери и связь матери с младенцем.

Интересными являются и концепции «средне ожидаемого окружения» Хартманна и «достаточно хорошей матери» Винникотта, отражающие интерес исследователей к раннему развитию и осознанию важной роли матери в развитии ребенка.

Хайнц Кохут считал, что так же, как физиологическое выживание ребенка требует определенной физической среды, содержащей кислород, пищу и, хотя бы, минимум необходимого тепла, психическое выживание требует наличия определенных психологических факторов окружающей среды, включая восприимчивые, эмпатические я-объекты (т.е. конкретных людей в близком окружении, выполняющих определенные функции для личности ребенка, благодаря чему личность переживается как нечто единое). Травматические недостатки я-объекта (например, матери), такие, как грубый недостаток эмпатии, приводящий к тому, что мать не выполняет функцию отзеркаливания, вызывают различные дефекты личности ребенка. Рассматривая патогенное воздействие родителей, Х. Кохут считал, что их патогенные личности и патогенные свойства среды объясняют патологические отклонения в развитии ребенка.

Ганс Левальд отмечал, что высшая организация психической структуры матери поднимает психическое функционирование ребенка последовательно на все более высокие уровни организации и структурирования.

Маргарет Малер и ее коллеги изучали младенцев (как с глубокими нарушениями психики, так и нормально развивающихся) и их матерей в естественной обстановке игровой комнаты, наблюдая возникновение объектных отношений в первые три года жизни. М. Малер описала факторы материнско-младенческих отношений, в итоге способствующие достижению постоянства объекта, при котором комфорт и успокоение, первоначально исходившие от матери, становятся внутриспсихически доступны ребенку. М. Малер описывала внутриспсихический процесс, в ходе которого ребенок обретает способность функционировать самостоятельно, перестает беспомощно зависеть от матери, но сохраняет межличностную связь с ней. По мере возрастания стабильности внутренних структур психики, объектные отношения ребенка достигают все более высоких уровней развития, межличностные связи становятся все более глубокими и постоянными. М. Малер четко показала, что адекватная эмоциональная открытость матери и аффективный контакт младенца с этим человеком – это необходимый фактор благоприятных условий для формирования психических структур, которые, в конечном счете, способствуют независимому эмоциональному функционированию ребенка. М. Малер также описала к каким патологиям функционирования Эго может вести нарушение отношений матери и ребенка.

Итак, проделанный нами анализ основных теорий бесспорно показывает, насколько важна функциональность родителей в обеспечении условий для развития психики ребенка на этапе младенчества и раннего детства. Говоря о функциональности, мы подразумеваем и личностную, и психолого-педагогическую (воспитательную) функциональность родителя, включающую и необходимый уровень абилитационной компетентности родителя по отношению к ребенку раннего возраста с ОВЗ [Аксенова Л.И., 2018].

Однако в реальности, как отмечают многие исследователи, рассматривающие психологические и социальные проблемы, возникающие у семей, в которых воспитывается ребенок раннего возраста с ОВЗ, такой ребенок представляет для родителей чрезвычайно сильный психотравмирующий стрессор (И.В. Рыженко, В.В. Ткачева и др.). И одним из последствий переживания родителями этого стресса является снижение их функциональности как людей, обеспечивающих условия, необходимые для психического развития ребенка.

Как отмечают исследователи, процесс переживания родителями факта рождения в семье ребенка с нарушениями физического или психического развития от состояния растерянности и горя до осознания происшедшего и принятие его сопровождается значимой изменчивостью психологической адаптации семьи. Качественные изменения адаптации, имеющие место в семьях с детьми раннего возраста с ОВЗ, проявляются на разных уровнях [Рыженко И.В., 2006].

Психологический уровень. Исследования В.В. Ткачевой и др. показали, что члены семьи ребенка с ОВЗ зачастую имеют нарушения личностного функционирования, которые выражаются в их эмоциональной лабильности, тревожности, агрессивности [Ткачева В.В., 1998]. Вследствие того, что сам факт рождения ребенка с физическим или психическим нарушением, а также его воспитание, общение с ним являются длительно патогенно воздействующими факторами, которые травмируют психику родителей в силу тяжести переживаемого, у родителей даже могут сформироваться клинические признаки пограничных психических расстройств, с преобладанием аномальных личностных и поведенческих нарушений.

Соматический уровень. Переживания, выпадающие родителям (и особенно матерям) детей с ОВЗ, могут превышать уровень переносимых психологических нагрузок. Это может проявляться в виде психосоматических, астенических и вегетативных расстройств.

Социальный уровень. Имеющиеся физические, психологические, социальные и иные барьеры для ребенка с ОВЗ способствуют созданию условий для формирования замкнутости семьи, избирательности в контактах. Формируется ограниченный микросоциум, в котором, преимущественно, и воспитывается ребенок. Само по себе ограничение в контактах препятствует формированию психологической гармоничности. Матери, как правило, оставляют работу по избранной специальности и целиком посвящают себя воспитанию ребенка. Это в еще большей степени способствует аномальной личностной и поведенческой их изменчивости. Все еще существующая в нашей стране неготовность общества адекватно

воспринимать детей с ОВЗ и их семьи также наносит дополнительное психотравмирующее воздействие, и не только на самого ребенка, но и на всю его семью.

Поэтому существует необходимость сохранять и поддерживать психическое и психологическое здоровье членов семей с ребенком с ОВЗ. Как мы уже показали ранее, именно они являются наиважнейшим ресурсом для ребенка раннего возраста, способствующим его развитию.

Поскольку семья является первичной средой развития ребенка, члены семьи, формирующие эту среду, должны стать первыми, кому оказывается психологическая помощь, в случае рождения больного ребенка. Родители ребенка с ОВЗ младенческого и раннего возраста часто являются основными исполнителями значительной части абилитационных и реабилитационных мероприятий. Вследствие этого наиболее оправданной является конструктивная и динамическая помощь таким семьям уже на ранних этапах жизни ребенка с ОВЗ.

Однако нужно отметить, что все еще недостаточно сформированы подходы к оказанию психологической помощи родителям и лицам, воспитывающим детей с ОВЗ, в том числе и раннего возраста [Ткачева В.В., 2000].

Работа по оказанию психологической помощи семье ребенка с ОВЗ младенческого и раннего возраста может идти в одном из трех направлений:

1. Повышение психолого-педагогической и абилитационной компетентности родителей (обеспечение их знаниями о возможностях развития ребенка, обучение их навыкам взаимодействия и общения с ребенком, гармонизация стиля родительского поведения и т. п.).

2. Психокоррекционная и психотерапевтическая работа с семьей в целом или отдельными ее подсистемами (это может быть и индивидуальная работа психолога с родителем или другим членом семьи).

3. Работа психолога преимущественно с ребенком с ОВЗ раннего возраста.

Анализ научной и научно-методической литературы позволяет нам выделить два подхода в работе психолога с родителями ребенка с ОВЗ. В основе этих подходов – различное понимание причин недостаточной функциональности родителя.

Один подход – клинически ориентированный – опирается на мнение клиницистов психоаналитического толка, которые отмечают зависимость между нарушением психолого-педагогической и абилитационной функциональности родителей и имеющимися у них личностными проблемами. В рамках этого подхода считается, что неэффективное или неправильное семейное воспитание является скорее следствием психопатологии родителей, чем результатом их невежества или отсутствия у них соответствующих навыков. И тогда, соответственно, необходима психологическая коррекция и психотерапия личности родителя.

Второй подход – социальный или превентивный – основывается на предположении о том, что психопатология родителей не всегда является источником трудностей в семейном воспитании. Проблемы в этом случае связаны с отсутствием у родителя хорошо сформированных навыков семейного воспитания, причиной чего является недостаток у них знаний относительно особенностей психического

развития ребенка, того, каким образом нужно выстраивать отношения с ребенком, как можно оказывать влияние на его развитие. Этот подход требует иной, чем психотерапия, формы психологической работы с родителями. Прежде всего – это психолого-педагогическое образование родителей.

Психологическая поддержка родителей, испытывающих трудности в воспитании детей младенческого и раннего возраста с ОВЗ, может иметь различную форму. Мы можем выделить следующие виды психологической работы с родителями [Абрамова Г. С., 2001; Семаго М.М., 1998]:

1. Оказание родителю помощи через сообщение ему объективной психологической информации. Этим занимается психодиагностика. Особенность этого вида помощи состоит в том, что психолог несет ответственность за достоверность информации и форму ее сообщения клиенту. Родитель же сам вырабатывает отношение к этой информации и сам принимает решение о ее использовании.

Отметим, что сегодня все еще продолжает быть актуальной проблема разработки методов дифференциальной диагностики состояния родителей детей с ОВЗ с целью выбора адекватных методов индивидуальной и семейной психокоррекции.

2. Психологическая коррекция предполагает организованное воздействие на родителя или на систему родитель – ребенок с целью изменения показателей их активности в соответствии с нормой психического развития. Содержание психологической помощи состоит в том, что для родителя разрабатывается индивидуальная программа усвоения какого-то вида деятельности (например, выполнения родительских функций) в соответствии с требованиями к ней.

Психокоррекционная работа с родителями детей с ОВЗ раннего возраста включает и обучение, или иначе психологическое образование, родителей. Предполагается участие родителей в группах формирования и повышения психолого-педагогической и абилитационной компетентности.

3. Психологическое консультирование. Основными целями психологического консультирования родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, являются (Г. В. Абрамова, Ю. Е. Алешина, В. В. Колпачников и др.): преодоление конкретного психологического затруднения родителя, а также личностный рост родителя.

4. Психотерапия как вид психологической помощи предполагает активное воздействие психотерапевта на личность родителя. Клиент психотерапевта – это человек, требующий реконструкции его личности.

Рассмотрим подробнее содержание психологической помощи семье ребенка младенческого и раннего возраста с ОВЗ.

Психологическая диагностика, проводимая психологом на первых встречах с семьей, направлена на выдвижение психологических гипотез относительно неблагополучия родителя, в котором тот хочет разобраться. Также выдвигаемый психологом в ходе первичной диагностики психологический диагноз позволяет компетентно разработать программу психологической помощи семье, выбрать наиболее эффективные для данной семьи формы психологической помощи.

На этом этапе психологу может помочь диагностическая модель, разработанная Д. Н. Оудсхоорном и состоящая из шести уровней [Оудсхоорн Д.Н., 1993]. Автор использует понятие «мультимодальной диагностики» и, чтобы объяснить существующее нарушение, обосновывает необходимость выдвижения частных гипотез с позиции каждого из шести уровней. Такой подход обеспечивает стереоскопическое видение ситуации, помогает сформулировать необходимую программу психологической помощи родителю и разграничивает области компетентности разных специалистов.

К *первому уровню* относятся проблемы с внешним социальным окружением. Этот уровень рассматривает проблемы родителей в системе социальных связей. Гипотезы первого уровня объясняют возникновение психологической проблематики родителя неблагоприятными факторами внешней среды (например, отсутствие у родителей работы по специальности, низкая материальная обеспеченность семьи и другие варианты травмирующей внешней среды). Это область деятельности социальных работников и т. д.

Ко *второму уровню* относятся проблемы в семейной системе.

На этом уровне анализируются проблемы семьи, воспитывающей ребенка младенческого и раннего возраста с ОВЗ, как малой социальной группы. Проблемы родителя рассматриваются как следствие дисфункциональности всей семейной системы или отдельных ее подсистем. Акцент делается не на индивидуальные характеристики членов семьи, а на их взаимодействие и структурные особенности семейной организации. При наличии проблем этого уровня рекомендуется семейная или супружеская психотерапия (консультирование), в которой принимает участие вся семья целиком или релевантные подсистемы.

Показаниями для семейной терапии являются:

1. Ситуация, когда центральное место принадлежит межличностным проблемам в семье.
2. Ситуация, когда проблемы ребенка прямо связаны с дисфункциональностью семьи.
3. Ситуация, когда проблемы ребенка с ОВЗ закрепляются семьей.

Следующие *четыре уровня* описывают индивидуальные трудности.

К *третьему уровню* относятся когнитивные и поведенческие проблемы родителей.

Эти проблемы включают нарушения или трудности в области эмоций, когнитивных функций или поведения родителя (например, низкая самооценка, неразвитость социальных навыков, недостаточность у родителя знаний, умений и навыков в области реализации родительских функций и т. п.). Основными видами помощи родителю здесь являются когнитивная и поведенческая психотерапия, психологическая коррекция родительско-детских отношений (в том числе и участие родителя в психологическом тренинге, направленном на повышение его родительской компетентности) и т. п.

К *четвертому уровню* относятся эмоциональные конфликты с аспектами бессознательного.

Для этого уровня наиболее распространенным диагнозом является наличие у родителя «невроза» или «невротического конфликта». Гипотеза этого уровня требует участия родителя в психотерапии (например, психодинамической психотерапии). Психолог имеет дело с малоосознаваемыми процессами и сопротивлением.

К *пятому уровню* относятся нарушения развития и личностные расстройства родителя.

Здесь формируются длительные и глубинные свойства и отклонения. Это касается различных аспектов (например, темперамент, черты характера, личностные нарушения). Гипотезы этого уровня свидетельствуют в пользу длительной личностно-ориентированной психотерапии.

К *шестому уровню* относятся биологические нарушения.

На шестом уровне при наличии оснований формулируется гипотеза, которая указывает на наличие соматопсихических связей, когда соматические (биохимические, нейрофизиологические или патологоанатомические) факторы являются первичными, а их следствиями становятся психические расстройства; или психосоматических связей, когда имеются «функциональные» жалобы (например, на головную боль) или «психосоматические нарушения», при которых всегда присутствует соматическая болезнь, например, язва. Помощь на этом уровне является в основном медикаментозной. Также при наличии проблем на этом уровне показана клинически ориентированная психотерапия родителя.

Чем выше уровень, тем более оптимистично выглядит гипотеза. Разрабатывая стратегию психологической помощи семье нужно, как считает Д. Н. Оудсхоорн, выбрать не более трех уровней, где нарушения наиболее выражены, и, осуществляя психологическую помощь семье, сосредоточиться на них.

Разработке программы психологической помощи родителю может помочь и предлагаемая Р. В. Овчаровой система диагностики поведенческих синдромов родителей (Таблица 1).

Таблица 1

**Основные поведенческие синдромы родителей
(по Р. В. Овчаровой)**

Поведенческий синдром	Формулировка проблемы клиентом	Форма психологической помощи
Подозрения на душевные заболевания.	Сбивчивое, путанное изложение, нелогичность, бредовые идея, галлюцинации; неучет реакции консультанта; отсутствие эмоциональных и поведенческих подтверждений самодиагноза; исключительная психологичность проблем, формулируемых клиентом; нереалистичность запроса.	Переадресовка клиента в медицинское учреждение.

Синдром поиска социальных союзников.	Много жалоб, субъективный локус которых – «третьи лица»; проблема клиента: привести их поведение в соответствие с законом, моралью, справедливостью; запрос: помогите повлиять, как заставить и т.п.; отношение к субъекту жалобы чаще негативное; отношение к консультанту утилитарное.	Дать разъяснения психологического характера в краткой, сжатой форме.
Синдром детского неблагополучия и родительской тревожности.	Жалобы на ребенка; фаталистический самодиагноз; хочет помочь, но бессилён; просьба помочь ребенку; отношение к ребенку жалостливое, пессимистическое; отношение к консультанту деловое; гиперболизация нарушений у ребенка при отсутствии довольно значимых подтверждений.	Провести дополнительную диагностику детско-родительских отношений и обратиться к психотерапии родителей.
Синдром нелюбящего родителя.	Жалобы те же, что в предыдущем случае; в объектном локусе жалобы подчеркнута несоответствие поведения ребенка должному; в качестве самодиагноза: «злая воля», добавляются: «аномалия», «генетическая запрограммированность»; отношение к ребенку с антипатией, неуважением; отношение к консультанту – ригидное; запрос: помогите переломить, переформировать, исправить.	Соблюдать осторожность в диагностике ребенка, родителей включить в родительскую группу.
Синдром неуверенного родителя.	Жалоба на ребенка; несоответствие ребенка идеалу; самодиагноз – неверные действия, слабость; проблема – не знаю, как...; запрос: помочь в выработке позиции и эмоциональной поддержке; отношение к ребенку с симпатией, но без достаточной близости; отношение к консультанту адекватное.	Психодиагностика и терапия родителей.
Синдром личностного неблагополучия.	Жалоба на свои переживания и состояния, неадекватные эмоции, неправильные действия (похоже не состояние невротизма).	Индивидуальная, групповая терапия родителей, участие родителей в группе личностного роста.

Остановимся подробнее на психодиагностическом инструментарии, используемом психологом при проведении психологического обследования состояния семьи ребенка раннего возраста с ОВЗ и отдельных ее подсистем.

Основными методами психодиагностического исследования являются [Слюсарева Е.С., 2017]:

1. Наблюдение за характером и содержанием взаимодействия родителя с ребенком, за поведенческими проявлениями родителя в этом взаимодействии и т.п.

2. Опрос и проективный метод. В ходе психодиагностического исследования психологом может использоваться целый ряд опросников и проективных методик, направленных на изучение личностных особенностей родителей и членов семьи, воспитывающих ребенка с ОВЗ; изучение внутрисемейного климата и межличностных контактов в семье; изучение факторов, влияющих на родительские позиции по отношению к ребенку с ОВЗ; изучение уровня психолого-педагогической и абилитационной компетентности родителей; изучение типа семейного воспитания в семье, где воспитывается ребенок с ОВЗ; изучение особенностей внутренних личностных переживаний родителей, связанных с рождением и воспитанием в семье ребенка с ОВЗ; изучение особенностей отношения здоровых братьев и сестер к ребенку с ОВЗ и т.п.

С целью выявления психологических особенностей родителей психологом могут использоваться следующие методики:

1. СМИЛ (Стандартизированный многофакторный метод исследования личности)

2. 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла.

3. Анкета «Психологический тип родителя» (В.В. Ткачева).

4. Методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП).

5. Тест цветового выбора М. Люшера.

6. Опросник «Сенсорные предпочтения» (Э.Д. Эйдемиллер, В. Юстицкис) и др.

Изучение внутрисемейных отношений и воспитательских позиций родителей может проводиться с помощью следующих методик:

1. Тест «Семейная социограмма» (Э.Д. Эйдемиллер).

2. Методика «Моя семья» (В.В. Ткачева).

3. Методика «Семейно-обусловленное состояние» (Э.Д. Эйдемиллер, В. Юстицкис).

4. Опросник «Анализ семейной тревоги» (Э.Д. Эйдемиллер, В. Юстицкис).

5. Опросник «Конструктивно-деструктивная семья» (Э.Д. Эйдемиллер, В. Юстицкис).

6. Тест-опросник родительского отношения (ТОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин).

7. Методика PARI (Е.С. Шефер, Р.К. Белл) и др.

Работа по оказанию **психокоррекционной помощи родителям** направлена, в первую очередь, на повышение их психолого-педагогической и абилитационной компетентности.

Педагогически несостоятельная семья, прежде всего, нуждается в психолого-педагогической коррекции стиля семейного воспитания и характера взаимоотношений родителей с детьми, как основных факторов, обуславливающих их косвенное десоциализирующее влияние.

В случае наличия психологической проблематики у родителей как одна из специфических форм психологической помощи родителям может рассматриваться психотерапевтическая работа.

Однако при индивидуальной и групповой психотерапии родителей дети и оказываемое ими воздействие на родителей рассматриваются скорее, как вторичный фактор. Поэтому польза психотерапии с точки зрения усовершенствования процесса семейного воспитания носит косвенный характер и проявляется не сразу.

Эффективной формой психологической коррекции, направленной на оптимизацию родительско-детских отношений, является «образование родителей». «Образование родителей» в том значении, в котором мы используем этот термин, означает систематически проводимую и теоретически обоснованную программу, целью которой является передача знаний, формирование соответствующих представлений или навыков у участников программы в различных областях семейного воспитания.

Содержание программ обычно включает обсуждение конкретных идей, групповые дискуссии, обмен мнениями и опытом деятельности и их анализ, а также формирование определенных навыков. Каждая программа образования родителей отдает предпочтение одному из аспектов семейного воспитания.

Организаторы большей части программ образования родителей надеются добиться достижения следующих целей: сформировать у родителей более высокий уровень самосознания; усилить коммуникацию родителей и детей; способствовать тому, чтобы члены семьи как можно больше времени проводили вместе; предоставить родителям полезную информацию о развитии детей.

Родители детей с ОВЗ хотят получить помощь в приобретении навыков, которые помогут им справиться с нежелательными проявлениями в поведении своих детей, а также управлять собственными реакциями.

Основным методом «образования родителей» является групповая работа с родителями (программы Х. Джайнотта, Т. Гордона и др.) [Помощь родителям в воспитании детей, 1992].

В зарубежной психологии родительские группы зарекомендовали себя как весьма эффективная форма обучения и решения психологических проблем родителей.

Разные направления группового «образования родителей» ориентированы на различную практику работы с родителями, имеют различные цели, задачи, установки, а также различные уровни сложности. Использование одних моделей невозможно без знания терминологии и теории – бихевиористская модель, трансактный анализ; другие модели в значительной мере общественно направлены, ставят своей целью построение демократических взаимоотношений с детьми и уделяют много внимания элементам конкретного взаимодействия – адлеровская модель, программа Т. Гордона. Кроме того, часто родительские группы организуются с психотерапевтическими целями.

В отечественной практической психологии упоминание работы с родительскими группами можно найти в различных исследованиях (А. Я. Варга, А. И. За-

харов, А. С. Спиваковская и др.), где такая работа сама по себе не является самоцелью, а проводится как дополнение к коррекционной программе, проводимой с детьми, или является составной частью проведения психологической коррекции. Понимание сути детских проблем и улучшение взаимоотношений родителей с детьми, которое, как утверждают авторы, происходит в процессе групповой работы, повышает эффективность психокоррекционных мероприятий с детьми.

Основным методом «обучения родителей» в ходе психологической коррекции родительско-детских отношений является групповая форма психологического тренинга.

Формой психокоррекционной работы с родителями могут являться групповые консультации. Наиболее эффективно зарекомендовали себя такие виды групповых консультаций родителей: квалифицированное изложение психологом информации по интересующей всех родителей теме, проблеме; обсуждение в группе родителей общезначимого события из жизни детей.

Содержание консультации должно учитывать особенности положения и воспитания детей с ОВЗ в семьях, с представителями которых предстоит разговор. Ориентируясь на конкретных родителей, психолог вначале определяет цель консультации и затем выбирает отвечающую ей форму.

Планируя консультацию, психолог одновременно ставит перед собой две задачи: дать родителям недостающие им знания и научить использовать их в процессе воспитания ребенка. Поэтому одно из важных требований – предварительное программирование эффективности каждой консультации.

Также могут использоваться эффективно зарекомендовавшие себя практикуемые психологическими центрами консультации, на которых в роли консультантов выступают сами родители. Организованы такие консультации могут быть по-разному. В одних случаях специалист определяет, кому из родителей есть, что сообщить другим, и предлагает им высказаться по вопросу, стоящему на повестке дня. В ряде случаев специалист обращается к уверенным в себе, не теряющимся перед аудиторией с ее неожиданными вопросами родителям с просьбой поделиться своим опытом.

Всех родителей психолог специально готовит к выступлению: предварительно обсуждает с ними тему разговора, указывает, какие моменты желательно выделить особо, помогает отобрать наиболее выразительные случаи и примеры из родительского опыта, во время консультации акцентирует внимание присутствующих на вытекающих из сообщения выводах.

Еще одной формой психокоррекционной работы с родителями является психологический тренинг. Перед началом работы будущих участников знакомят с целью программы, рассказывают о психологическом тренинге как форме взаимодействия, целью которого являются, прежде всего, совместные переживания, возникающие в результате определенных видов общения участников группы друг с другом, знакомят участников с правилами работы в группе, договариваются о первой встрече и дают домашнее задание – написать сочинение «Мой ребенок». Инструкция сочинения свободная: родителям предлагается написать про своего ребенка то, что они считают важным и существенным.

Программа психологического тренинга для родителей основывается на принципах психологической коррекции, предложенных А.С. Спиваковской, по мнению которой психологическая коррекция предполагает реконструкцию эмоциональных аспектов детско-родительского взаимодействия, работу в зоне бессознательных психических явлений, в сфере неосознаваемых пластов родительских отношений к ребенку.

Основным методическим средством тренинга является анализ ситуаций (мы его будем условно называть «решение проблем»). Занятие в группе родителей строится по специально разработанной схеме и требует от психолога определенных навыков ведения такой групповой работы. Предметом анализа в группе являются «трудные» ситуации воспитания ребенка, которые были в прошлом и оставили чувство дискомфорта и до сих пор беспокоят родителя. Это не могут быть какие-то качества или свойства ребенка, взятые в отдельности, должна быть конкретная ситуация, где эти качества проявились бы.

Каждое занятие начинается с 15-минутной общей беседы, целью которой является налаживание контакта между участниками встречи и создание системы общественной поддержки. Это достигается тем, что психолог проявляет активный интерес к каждому из членов группы, выявляя те интересы, которые могут совпадать у некоторых членов группы.

Затем в распоряжении группы имеются 50 минут «круговой беседы». Мы называем это «круговой беседой», так как в ходе беседы каждый из участников группы говорит вслед за другим.

«Круговая беседа» строится таким образом:

1. Члены группы один за другим говорят о проблемах (представляют свою проблему, включая то, как они с ними справляются). Эта беседа длится 20 минут. У неё две цели: получение сведений о проблемах в семье (относительно детско-родительских взаимоотношений) и выбор проблемы (исходя из этой информации), которая будет решаться группой. Время следует распределять так, чтобы участвовали все родители группы.

Руководитель группы начинает беседу (за исключением самой первой встречи), спрашивая тех родителей, у кого уже была беседа по решению проблем (в ходе предыдущей встречи), о том, как все прошло. Руководитель настроен положительно и предоставляет свою помощь в решении проблемы. Если результатов не наблюдалось или если результаты не были положительными, руководителю следует снова вернуться к проблеме родителя, проработать все детали, и учесть те моменты, которые могли быть проигнорированы. Ответственность за неудачу («недоработку») берет на себя руководитель, с тем, чтобы у родителя не возникло чувства поражения. После этого круговая беседа продолжается.

2. «Круговая беседа» завершается выражением благодарности родителям за участие. После этого руководитель в течение 5 минут выбирает проблему для решения в ходе встречи, аргументируя свое решение перед участниками группы.

3. В течение следующих 25 минут участники группы обсуждают заявленную проблему по методу балинтовской группы. Родитель, чей случай анализируется, рассказывает в свободной форме, а ведущий следит, чтобы его не перебивали.

На этом этапе ведущий и члены группы внимательно наблюдают за поведением и эмоциональными реакциями участника, делают записи для дальнейшего обсуждения. В заключение рассказа ведущий помогает рассказчику сформулировать вопросы по предлагаемому случаю таким образом, чтобы они были центрированы на взаимоотношениях родителя и ребенка с ОВЗ. Балинтовская группа центрирована именно на взаимоотношениях родителя и ребенка, а не на личностных особенностях ребенка или родителя.

На следующем этапе все участники по кругу задают уточняющие вопросы рассказчику, ни в коем случае не заменяя их советами и групповой дискуссией. На этом этапе самое главное – узнать, как можно больше о ситуации и прояснить ее. В это время и для самого рассказчика проявляются такие нюансы и новые стороны взаимоотношений, на которые он раньше не обращал внимания или вообще не осознавал их. После того, как все участники получили возможность задать вопросы, ведущий уточняет вопросы, которые были поставлены рассказчиком, при этом в результате «расспрашивания» вопросы могут быть изменены самим участником.

Теперь всем участникам обсуждения по кругу предлагается дать свои ответы на все поставленные вопросы. В отличие от «права» задавать вопросы рассказчику на предыдущем этапе, ответы на его вопросы являются «обязанностью» всех членов группы. Поощряются свободные ассоциации «аналогичного случая».

Помимо балинтовской группы может использоваться еще один вариант «решения проблемы». «Решение проблемы» делится на три стадии: построение схемы проблемы, предложение решения, оценка.

Процесс решения проблемы начинается с тщательного изучения проблемы, способствующего наилучшему ее пониманию – строится схема проблемы. Проблема должна быть описана как можно точнее. Следует как можно более точно составить структуру причин проблемы. Исследуя проблему, необходимо понять цели каждого из членов семьи. Руководителю группы следует здесь найти такое определение проблемы, которое привело бы к ее решению. Определение должно быть коротким и точным, но содержать достаточно информации, чтобы все члены группы имели общее представление, о чем идет речь. Другой вариант – спросить о том, что можно сделать, чтобы вернуть ситуацию к нормальной – достичь цели.

Следующий шаг – нахождение решения проблемы. Этот процесс – спонтанное предложение решений, которые присутствующие считают возможными в данной ситуации (brainstorming – метод «мозгового штурма»). Ведущий просит всех членов группы предложить свои решения. Главное, чтобы все предложения были позитивными. На данной стадии не разрешается давать оценку предлагаемым решениям, т.к. это может прервать сам процесс. Все предложенные решения записываются на доске.

Последняя стадия – оценочная. Здесь дается оценка идей, данных на предыдущей стадии. Обсуждаются как положительные, так и отрицательные стороны каждой из идей. Это хороший способ «отсеять» те идеи, которые не помогут решить проблему.

4. Заканчивается занятие 5 минутной общегрупповой беседой.

В процессе проведения занятий необходимо создать условия для оказания родителям психологической поддержки. В контексте поставленных задач предполагается: безоценочное отношение к родителю; полное эмоциональное принятие родителя таким, каков он есть; искренность и честность; равенство психолога и родителя как партнеров по взаимодействию.

Еще одной формой работы психолога с родителями, воспитывающими детей младенческого и раннего возраста с ОВЗ является **индивидуальное психологическое консультирование**.

Выбор консультирования как формы психологической помощи родителю зависит от меры ответственности, которую может вынести сам родитель. Это, в свою очередь, предполагает адекватную ориентацию родителя по отношению к проблемной и консультативной ситуациям, соответствующее его эмоциональному состоянию и уровню интеллектуального развития, позволяющее ему выбрать варианты решения проблемной ситуации, то есть нахождение родителя в условных границах «нормы психического здоровья» (В. Ю. Меновщиков) [Меновщиков В. Ю., 1998].

На сегодняшний день издано множество научно-методических пособий и практических руководств, рассматривающих различные аспекты психологической консультативной помощи. Это статьи и пособия Г. С. Абрамовой [Абрамова Г.С., 2001], Ю. Е. Алешиной [Алешина Ю.Е., 2004], С. В. Васьковской и П. П. Горностай [Васьковская С.В., Горностай П.П., 1996], А. Н. Елизарова [Елизаров А.Н., 2003], С. А. Капустина [Капустин С.А., 1993], В. В. Колпачникова [Колпачников В.В., 1998], А. Ф. Копьева [Копьев А.Ф., 1992], Р. – А. Б. Кочюнаса [Кочюнаса Р. – А.Б., 1999], Ю. В. Меновщикова [Меновщиков Ю.В., 1998], Р. Мэй [Мэй Р., 1994], Н. Н. Обозова [Обозов Н.Н., 1993], Т. А. Флоренской [Флоренская Т.А., 1994] и других авторов. Рекомендации по проведению психологического консультирования, приведенные в указанных источниках, справедливы и в отношении психологического консультирования родителей, воспитывающих детей с ОВЗ. В перечисленных пособиях рассматриваются как теоретические основы психологического консультирования, так и его технология.

Еще одним видом психологической помощи родителям, воспитывающим детей младенческого и раннего возраста с ОВЗ, является **психотерапия**.

Переживания родителей, работа с которыми происходит в ходе психотерапии, можно представить, используя концепцию переживания тяжелой утраты [Гнездилов А.В., 2002; Лукас К., Сейден Г., 2000]. Гипотеза такова: в течение всей беременности родители ожидают и планируют здорового ребенка, но эти надежды драматически разрушаются с рождением малыша, который далеко не совершенен. Предполагается, что, прежде чем родители смогут психологически реально принимать ребенка, который у них есть, и заботиться о нем, им необходимо оплакать потерю ребенка, который «мог бы быть», что очень схоже с переживанием смерти реального человека. Несмотря на множество индивидуальных особенностей, существуют общие типы реагирования родителей на известие об

инвалидности ребенка. Большинство исследователей [Матейчек З., 1992; Левченко И.Ю., 2001; Чарова О.Б., 1999] фиксируют пять основных психологических реакций близких ребенка-инвалида: шок, отрицание, агрессия, депрессия, принятие.

Как указывает И.В. Рыженко [Рыженко И.В., 2006], тактика психолога-психотерапевта будет зависеть от того, на какой стадии переживания случившегося находится родитель:

1. В стадии отрицания психолог не должен мешать родителю больного ребенка.

2. В стадии агрессии целесообразно дать человеку «выплеснуться», принять агрессию на себя из милосердия к родителю.

3. В депрессивной стадии необходимо эмпатически разделить переживание.

4. В стадии принятия необходимо психологически и морально поддержать родителя.

Итак, мы рассмотрели основные подходы к организации комплексной психологической помощи семье, в которой воспитывается ребенок младенческого и раннего возраста с ОВЗ, содержание и формы работы психолога с родителями ребенка.

Литература

1. Абрамова Г.С. Практическая психология: Учебник для студентов вузов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Академический проект, 2001. – 480 с.

2. Аксенова Л.И. Абилитационная педагогика: учеб. пособие для академического бакалавриата. – М.: Издательство Юрайт, 2018. – 377 с.

3. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. – М.: Независимая фирма «Класс», 2004. – 106 с.

4. Васьковская С. В., Горностай П.П. Психологическое консультирование: Ситуационные задачи. – Киев: Вища школа, 1996. – 192 с.

5. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. – СПб.: Речь, 2002. – 162 с.

6. Елизаров А.Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования: Учебное пособие. – М.: Ось-89, 2003. – 336 с.

7. Капустин С.А. Границы возможностей психологического консультирования // Вопросы психологии. – 1993. – № 5.

8. Колпачников В.В. Общее введение в индивидуальное психологическое консультирование (программа) // Вопросы психологии. -1998. – № 6. – С. 35 – 40.

9. Копьев А.Ф. Диалогический подход в психологическом консультировании и вопросы психологической клиники // Московский психотерапевтический журнал. – 1992. – № 1.

10. Кочюнас, Р. – А.Б. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999.

11. Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М.: Академия, 2001. – 192 с.

12. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. – М.: Смысл, 2000. – 256 с.

13. Матейчек З. Родители и дети. – М., 1992. – 319 с.
14. Меновщиков В.Ю. Введение в психологическое консультирование. – М.: Смысл, 1998. – 109 с.
15. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. – 144 с.
16. Обозов Н.Н. Психологическое консультирование (методическое пособие). – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет. Ассоциация лекторов. Центр прикладной психологии, 1993.
17. Оудехоорн Д.Н. Детская и подростковая психиатрия. Приложение к журналу «Социальная и клиническая психиатрия». – М., 1993. – 156 с.
18. Помощь родителям в воспитании детей: Пер. с англ. / Общ. ред. и предисл. В. Я. Пилиповского. – М.: Прогресс, 1992. – 256 с.
19. Психология развития: Учеб. для студ. высш. психол. учеб. заведений / Т.Д. Марцинковская, Т.М. Марютина, Т.Г. Стефаненко и др.; Под ред. Т.Д. Марцинковской. – М.: Академия, 2005. – 528 с.
20. Рыженко И.В. Формирование аномальной личностной изменчивости у лиц, воспитывающих детей-инвалидов: диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – Ставрополь, 2006. – 208 с.
21. Семаго М.М. Консультирование семьи проблемного ребенка (психокоррекционные аспекты работы психолога-консультанта) // Семейная психология и семейная терапия. – № 1. – 1998.
22. Слюсарева Е.С., Кабушко А.Ю. Диагностика и коррекция отклонений в развитии детей раннего возраста: учебное пособие для студентов бакалавриата по направлению 44.03.0. Психолого-педагогическое образование, профиль «Психология и педагогика инклюзивного образования» / под ред. Е.С. Слюсаревой. – Ставрополь, 2017. – 216 с.
23. Тайсон Р., Тайсон Ф. Психоаналитические теории развития / Пер. с англ. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 528 с.
24. Ткачева В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. // Дефектология.- 1998. – № 1.
25. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии: Практикум по формированию адекватных отношений. – М.: Изд-во «Гном и Д», 2000. – 63 с.
26. Флоренская Т.А. Диалог как метод психологии консультирования (духовно ориентированный подход) // Психологический журнал. – 1994. – № 5. – Т. 15.
27. Чарова О.Б., Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием // Дефектология. – № 5. – 1999.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Введение

Настоящее положение разработано в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка (ст. 23), Конвенцией ООН о правах инвалидов (ст.7), Конституцией Российской Федерации (ст.43), – Федеральным законом от 24 июля 1998 г № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» (абз. 3 ст.1, ст.15), Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (ч. 3 ст.1), Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. N 1839-р.

1. Общие положения

1.1. Настоящее Примерное положение (далее Положение) регулирует деятельность структурных подразделений по оказанию услуг ранней помощи (далее Подразделение) государственных и муниципальных организаций социального обслуживания, здравоохранения, образования (далее Организация).

1.2. Положение может быть также применено к структурным подразделениям по оказанию услуг ранней помощи некоммерческих организаций.

1.3. Подразделение обеспечивает оказание услуг детям целевой группы и их семьям.

1.4. Подразделение создается и прекращает свою деятельность по приказу руководителя Организации или решением ее учредителей.

1.5. Подчинение Подразделения определяется приказом руководителя Организации.

1.6. Должностное лицо, выполняющее функции руководителя Подразделения, назначается приказом руководителя Организации. Функции руководителя Подразделения может выполнять сотрудник, имеющий необходимые компетенции по организации деятельности в сфере ранней помощи.

1.7. В своей деятельности Подразделение руководствуется Международными правовыми актами в области защиты прав ребенка, в том числе детей-инвалидов, Федеральными законами, правовыми актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, иными правовыми актами, в том числе Государственными стандартами в области ранней помощи, законодательством субъектов Российской Федерации, решениями соответствующего органа управления образованием/здравоохранением/ социальной защитой, Уставом Организации, а также настоящим Положением.

1.8. В данном Положении используются следующие термины и определения:

1.9. Работа Подразделения строится на основе принципов бесплатности, доступности, регулярности, открытости, семейноцентрированности, индивидуальности, естественности, уважительности, командной работы, компетентности, научной обоснованности.

1.10. В целях обеспечения доступности услуг ранней помощи организация имеет право открывать сеть из нескольких Подразделений, имеющих иерархическую структуру, включая головное и подчиненные Подразделения, штат которых определяется количеством проживающих на данной территории детей.

2. Основные задачи Подразделения

2.1. Основными задачами Подразделения являются:

- улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях (ЕЖС);
- повышение качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье;
- повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах развития и воспитания ребенка;
- включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи.

3. Услуги, оказываемые детям и их семьям в Подразделении

Подразделение должно предоставлять детям и их семьям услуги ранней помощи в соответствии с примерным стандартом «Услуги ранней помощи детям и их семьям».

4. Организация предоставления услуг детям и их семьям

4.1. Организация предоставления услуг детям и их семьям должна осуществляться в соответствии с примерным стандартом «Порядок оказания услуг ранней помощи для детей и их семей».

4.2. Форма договора об оказании услуг ранней помощи прилагается в приложении

5. Примерный перечень специалистов и должностных лиц Подразделения

5.1. В перечень головного Подразделения могут входить:

- руководитель (должностное лицо, выполняющее функции руководителя);
- администратор (должностное лицо, выполняющее функции администратора);
- ведущие специалисты (должностные лица, выполняющие функции ведущего специалиста, т.е. предоставляющие основные услуги ранней помощи, связанные с составлением и реализацией ИПРП);
- специалисты (должностные лица, оказывающие специализированные услуги ранней помощи: психологические, по развитию подвижности ребенка, формированию у ребенка навыков общения и речи, социально-бытовых навыков,

а также оказывающие дополнительные услуги ранней помощи, направленные на социализацию ребенка);

– другие должностные лица, обеспечивающие деятельность Подразделения.

5.2. В Подразделениях количество штатных единиц определяется количеством детей целевой группы и их семей, проживающих на этой территории.

5.3. Минимальное подчиненное Подразделение должно иметь не менее 2 специалистов.

5.4. Специалисты Подразделения должны иметь профильное образование и обладать профессиональными компетенциями, необходимыми для предоставления услуг ранней помощи, подтвержденными соответствующими документами.

6. Прекращение деятельности Подразделения

6.1. Подразделение ранней помощи прекращает свою деятельность по решению руководителя учреждения/организации, либо учредителя учреждения/организации.

Примерный договор об оказании услуг ранней помощи

Договор № _____ об оказании услуг ранней помощи

город _____ «__» _____ 20__ г

Родитель (законный представитель) _____,
ФИО

именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий от своего имени и в интересах несовершеннолетнего _____

ФИО, год рождения _____

(далее – «ребенок») с одной стороны, и _____,

полное наименование организации-поставщика услуг

именуемое в дальнейшем – «Исполнитель», в лице _____
наименование должности руководителя

ФИО руководителя
действующего на основании _____,
наименование документа

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка, ст. 43 Конституции Российской Федерации, Федеральных законов федеральных законов: от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»; от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»; от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»; Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации

Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. N 1839-р, от 24.07.1998г. №127 – ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»,

прочие нормативные документы

настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Предметом договора является безвозмездное оказание услуг ранней помощи ребенку с ограничением жизнедеятельности и его семье.

1.2. Исполнитель оказывает услуги ребенку и семье в форме очных и (или) дистанционных консультаций, совместной активности с ребенком и семьей в помещениях Исполнителя, на дому,

место реализации совместной активности (и т.д.)

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Заказчик имеет право:

- знакомиться с уставом Исполнителя, документами, регламентирующими организацию и осуществление уставной деятельности Исполнителя;
- получать информацию о перечне услуг ранней помощи, предоставляемых Исполнителем;
- отказаться от получения услуг ранней помощи;
- принимать участие во всех мероприятиях, связанных с предоставлением услуг ранней помощи ребенку и семье Исполнителем;
- получать весь перечень согласованных услуг ранней помощи без взимания платы;
- своевременно получить услуги ранней помощи;
- заведомо получать информацию об изменениях в предоставлении услуг ранней помощи;
- защищать право на получение услуг ранней помощи в уважительной, отзывчивой манере;
- вносить предложения по повышению качества предоставляемых Исполнителем услуг ранней помощи.

2.2. Заказчик обязуется:

- предоставлять полную и достоверную информацию и необходимые документы, запрашиваемые специалистами Исполнителя;
- своевременно сообщать Исполнителю об изменении сведений, указанных при заключении настоящего Договора (паспортных данных Заказчика и/или ребенка, состоянии его здоровья и психофизического развития, адреса проживания, контактных телефонов, и иные);
- обеспечить надлежащее санитарно-гигиеническое состояние ребенка и членов семьи (опрятный вид, наличие сменной обуви, отсутствие инфекционных и простудных заболеваний) во время посещения помещений, предоставленных Исполнителем для оказания услуг;

- соблюдать Правила посещения помещений Исполнителя, обеспечивать прибытие на встречи согласно расписанию, не позднее, чем за 10 минут до начала запланированной встречи;
- при предоставлении услуг ранней помощи в рамках индивидуальной программы ранней помощи (далее – ИПРП), активно участвовать во всех мероприятиях, связанных с её составлением, реализацией, оценкой эффективности, завершением и переходом ребенка в образовательную организацию;
- выполнять рекомендации специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи;
- бережно относиться к имуществу Исполнителя, возмещать материальный ущерб, причиненный Исполнителю;
- соблюдать требования устава Исполнителя, Правил внутреннего распорядка и иных локальных нормативных актов, соблюдать дисциплину и общепринятые нормы поведения, проявлять уважение к сотрудникам Исполнителя, другим детям их родителям (законным представителям);
- заблаговременно извещать ведущего специалиста Исполнителя о невозможности участия ребенка, семьи в запланированном мероприятии.

2.3. Заказчик дает согласие:

- на проведение оценочных процедур;
- на обработку персональных данных ребенка, к которым относятся: данные свидетельства о рождении, данные о состоянии здоровья ребенка, адрес проживания, прочие сведения, предоставленные Исполнителю; в том числе на размещение персональных данных ребенка в электронной базе данных Исполнителя с целью автоматизации статистического анализа и учета проводимых видов деятельности (за исключением персональных данных из общедоступных источников);
- настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных Заказчика и ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных в настоящем Договоре целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, а также осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Заказчик предупрежден, что согласие может быть отозвано по письменному заявлению.

2.4. Исполнитель имеет право:

- самостоятельно осуществлять подбор и расстановку кадров для оказания услуг по настоящему договору;
- предлагать Заказчику формы и методы работы с детьми и семьей;
- предлагать Заказчику услуги ранней помощи согласно стандарту о порядке предоставления услуг ранней помощи;
- по согласованию с Заказчиком осуществлять аудио-, фото- и видеосъемку мероприятий, связанных с предоставлением услуг ранней помощи, массовых и

праздничных мероприятий с использованием материалов в исключительно некоммерческих целях (фото или видеоотчеты, научная и научно-исследовательская деятельность);

– в целях соблюдения интересов ребенка направлять для дальнейшего обследования и уточнения медицинского диагноза в учреждения здравоохранения.

– не допускать Заказчика и ребенка в помещения Исполнителя в случае наличия признаков инфекционного заболевания.

2.5. Исполнитель обязуется:

– осуществлять свою деятельность в соответствии с действующим законодательством;

– создать благоприятные условия для интеллектуального, нравственного, эмоционального и физического развития личности ребенка, обеспечить защиту его прав и свобод во время совместной активности с ребенком и семьей;

– обеспечить безопасность жизнедеятельности и здоровья ребенка во время совместной активности сна территории Исполнителя, соблюдать установленные санитарно-гигиенические нормы, правила и требования;

– принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных ребенка от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий;

– предоставлять услуги в соответствии с согласованным объемом, составом, формой, временем и местом.

3. Срок договора, порядок его пролонгации и расторжения

3.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств. Услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем с момента его заключения и по «_____» _____ 20__ г.

3.2. Договор пролонгируется автоматически в случае, если услуги предоставляются в рамках ИПРП, ежегодно при сохранении ограничения жизнедеятельности ребенка, подтвержденного результатами проведенных оценочных процедур, отсутствии медицинских противопоказаний и возражений с обеих сторон и если ребенок не достиг возраста 3 лет или если договор был пролонгирован в связи с обстоятельствами, указанными в п.3.3 .

3.3. Договор пролонгируется после достижения ребенком возраста 3-х лет при сохранении ограничения жизнедеятельности ребенка по ежегодному решению консилиума Исполнителя. В этом случае составляется дополненное соглашение к настоящему договору.

3.4. Настоящий Договор может быть изменен по соглашению сторон, либо в соответствии с федеральным законодательством, законодательством и нормативными правовыми актами _____.

_____ субъект Российской Федерации

3.5. Заказчик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора, уведомив Исполнителя письменно в срок не позднее, чем за 7 дней до дня расторжения.

3.6. Исполнитель вправе в одностороннем порядке расторгнуть настоящий Договор и отчислить ребенка:

- при переходе ребенка в образовательную организацию (при отсутствии запроса от Заказчика на оказание услуг на период адаптации ребенка в образовательной организации);
- при достижении всех поставленных целей в ИПРП;
- при достижении ребенком 7-летнего возраста (в случае пролонгации получения услуг ранней помощи после достижения ребенком возраста 3 лет);
- по медицинским противопоказаниям или в связи со смертью;
- в случае, если надлежащее исполнение обязательства по оказанию услуг ребенку стало невозможным вследствие действий (бездействия) Заказчика;
- при возникновении иных причин, создающих непреодолимые препятствия для продолжения реализации ИПРП.

3.7. В случае досрочного расторжения настоящего Договора Стороны обязаны предварительно за 5 (пять) рабочих дней до момента расторжения в письменном виде предупредить об этом друг друга.

4. Ответственность и порядок разрешения споров

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

4.3. При невозможности урегулирования спорных вопросов в процессе переговоров Стороны передают споры для разрешения в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Заключительные положения

5.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны надлежаще уполномоченными на то представителями Сторон.

5.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6. Дополнительные положения

6.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

7. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

Наименование организации –
Исполнителя

Юридический Адрес:

Телефон:

ИНН

р/с

БИК

ОКПО

ОКОНХ

Руководитель

Подпись _____ //

« _____ » _____

201__ г.

М.П.

Заказчик:

ФИО и статус законного представителя
несовершеннолетнего

Паспорт _____

Выдан _____

Дата выдачи:

« _____ » _____

Адрес:

Телефон: _____

Е- mail _____

Подпись _____

« _____ » _____ 201__

Министерство образования Ставропольского края
Государственное бюджетное образовательное учреждение
«Краевой центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции»

СЛУЖБА РАННЕЙ ПОМОЩИ

Мира ул., д. 285, Ставрополь, 355035
Тел./факс (8652) 24-65-36. E-mail: srp26@yandex.ru

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
НА ПРОВЕДЕНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
ФОТО И ВИДЕОСЪЕМКИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», проживающ _____ по адресу:

_____,
Паспорт _____
Выдан _____,
являясь законным представителем несовершеннолетнего

даю свое согласие Государственному бюджетному образовательному учреждению «Краевой центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции» в лице директора Заика Елены Васильевны, действующей на основании Устава, расположенной по адресу: Мира ул., д. 285, Ставрополь на фото и видеосъемку с участием меня и моего ребенка.

Я даю согласие на использование фото и видеоматериалов в следующих целях:

Цель	Согласие	Подпись
Для анализа ситуации и отслеживания динамики развития ребенка специалистами		
Для получения консультаций специалистами других служб		
В целях обучения специалистов		

Я информирован(а), ГБОУ "Краевой психологический центр" гарантирует обработку фото и видеоматериалов несовершеннолетнего в соответствии с его интересами. Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

Настоящее согласие действует со дня его подписания и может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

_____ « _____ » _____ 201__ г.
Подпись Ф.И.О.

ПРИМЕРНЫЙ ГОДОВОЙ ПЛАН РАБОТЫ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель Учреждения

(подпись, Ф.И.О.)

ГОДОВОЙ ПЛАН РАБОТЫ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ на 20__ – 20__ учебный год

№	Мероприятия	Сроки	Ответственные
I. Организационно-методическая работа			
1.	Разработка и приведение в соответствие с нормативными документами, регламентирующими деятельность Служб ранней помощи детям с ОВЗ, локальных актов ресурсного центра (далее – РЦ) и Службы ранней помощи (далее – СРП)	весь период	Руководитель ресурсного центра (далее – РЦ)
2.	Ведение реестра организаций и специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи в образовательных организациях Ставропольского края	весь период	Администратор РЦ
3.	Ведение базы данных детей, получающих услуги ранней помощи и взаимодействие с базами данных систем здравоохранения и социальной защиты образования с целью перспективного планирования потребности в специальных образовательных условиях для таких детей	весь период	Администратор РЦ
4.	Обеспечение организаций, оказывающих услуги ранней помощи информацией об актуальных методических материалах (диагностических, развивающих и др. программах), организация мероприятий по обмену опытом между специалистами различных учреждений и организаций, информационная поддержка специалистов	весь период	Специалисты РЦ
5.	Обеспечение деятельности трех специализированных консультационных пунктов для психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья в возрасте от 0 до 3 лет	весь период	Специалисты РЦ

	на базе трех филиалов ГБОУ "Краевой психологический центр" в селах Александровском, Донском, Летняя ставка: - оформление нормативно-правовой базы, согласование локальных актов, регламентирующих деятельность, - разработка образовательных программ, - пополнение материально-технической базы, - повышение уровня профессионального развития педагогов в области ранней помощи детям с ОВЗ и их родителям		
6.	Проведение обучения, стажировок специалистов ранней помощи образовательного комплекса края	весь период	Специалисты РЦ
7.	Сбор, обработка, анализ статистической информации о деятельности ранней помощи в образовательных организациях края	в конце года	Руководитель РЦ
8.	Предоставление информации, отчетов в министерство образования Ставропольского края (по отдельному графику)	в конце каждого квартала, полугодия	Руководитель РЦ
9.	Организация и проведение краевого семинара "Проведение скрининговых обследований детей раннего возраста с нарушениями различной нозологии"	апрель 2019 г.	Руководитель специалисты РЦ
10.	Организация встреч специалистов Службы и специалистов детских дошкольных учреждений	апрель-май 2019	Руководитель специалисты РЦ
11.	Организация и проведение краевого семинара "Дифференциальная диагностика отдельных нарушений развития у детей раннего возраста"	июнь 2019 г.	Руководитель специалисты РЦ
12.	Организация и проведение краевого семинара "Психолого-педагогическая коррекция нарушений развития детей раннего возраста"	октябрь 2019 г.	Руководитель специалисты РЦ
II. Диагностическая работа			
13.	Индивидуальная диагностика детей и консультирование родителей (законных представителей) специалистами подразделения по обращению родителей (законных представителей)	весь период	Специалисты СРП

14.	Проведение обследования по запросам родителей (законных представителей), специалистов ДОУ	весь период	Специалисты СРП
III. Консультативная работа			
1.	Организация профессиональной поддержки деятельности специалистов образовательных организаций, реализующих программы ранней помощи через проведение консультаций, супер и интервью	весь период	Специалисты РЦ
2.	Организация консультирования родителей (законных представителей) и семьи по вопросам преодоления социального, эмоционального и поведенческого неблагополучия ребенка, включая содействие улучшению взаимодействия и отношений в паре «родитель-ребенок» и в семье, в том числе, в дистанционной форме через официальный сайт ГБОУ «Краевой психологический центр», по скайпу, телефону, через электронную почту заявителя	весь период	Специалисты СРП
IV. Коррекционно-развивающая работа			
1.	Определение нуждаемости ребенка и семьи в услугах ранней помощи	весь период	Специалисты СРП
2.	Проведение оценочных процедур для разработки индивидуальной программы ранней помощи	весь период	Специалисты СРП
3.	Разработка, координация и психолого-педагогическое сопровождение ребенка и его семьи	весь период	Специалисты СРП
4.	Разработка индивидуальной программы ранней помощи	весь период	Специалисты СРП
5.	Проведение промежуточной и итоговой оценок реализации индивидуальной программы ранней помощи	весь период	Специалисты СРП
6.	Обеспечение подготовки и перехода ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью в дошкольную образовательную организацию	весь период	Специалисты СРП

V. Информационно-просветительская работа			
1.	Информирование населения о ранних признаках отставания ребенка в развитии, об организациях, в которые можно обратиться для выяснения состояния развития ребенка и помощью	весь период	Специалисты РЦ
2.	Участие в семинарах и конференциях по направлению		
3.	Обновление информации на сайте Центра, странице Служба ранней помощи на сайте МОСК, на информационных стендах Центра	ежеквартально	Руководитель РЦ
4.	Реализация просветительских программ для родителей, воспитывающих детей с ОВЗ: с легкими и умеренными нарушениями слуха, с расстройствами аутистического спектра, с эмоциональными и поведенческими расстройствами, с нарушениями функций зрения, с нарушениями речи, с задержкой развития взаимодействия и общения и др.	весь период	Специалисты СРП
5.	Организация взаимодействия с родительскими общественными организациями и объединениями, имеющими детей с ОВЗ	весь период	Руководитель РЦ
VI. Мониторинговая деятельность			
1.	Мониторинг деятельности территориальных психолого-медико-педагогических комиссий по комплексному обследованию детей до 3 лет и определению их образовательного маршрута	ежеквартально	Специалисты РЦ

ГОДОВОЙ ОТЧЁТ О РАБОТЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ
за 20__ – 20__ учебный год

Полное наименование учреждения, на базе которого создана СРП:

Адрес _____

Телефон _____ E-mail _____

Количество обслуженных КЛИЕНТОВ (детей и взрослых) за календарный год

Категория	Количество обслуженных клиентов (чел.)	
	Дети	Взрослые*
первичный прием		
в том числе: - однократный		
повторный прием		
в том числе: - текущего года		
- с прежних лет		
ИТОГО		

Количество обслуженных ДЕТЕЙ по возрасту

Возраст	Количество обслуженных детей (чел.)		ИТОГО (чел.)
	первично, в том числе однократно	повторно	
до 1 года			
от 1 года до 3 лет			
от 3 до 4 лет			
Итого			

Количество обслуженных ДЕТЕЙ по причине обращения

Причина обращения обусловлена наличием у ребенка проблем:	Количество обслуженных детей (чел.)		ИТОГО (чел.)
	первично, в том числе однократно	повторно	
развития			
поведения			
обучения и воспитания			
взаимоотношений			
последствий ЧС			
другие проблемы			
детей-инвалидов			
Итого			

Министерство образования Ставропольского края
Государственное бюджетное образовательное учреждение
«Краевой центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции»

СЛУЖБА РАННЕЙ ПОМОЩИ

Мира ул., д. 285, Ставрополь, 355035

Тел./факс (8652) 24-65-36. E-mail: srp26@yandex.ru

БЛАНК РЕГИСТРАЦИИ ОБРАЩЕНИЯ

Форма обращения Дата обращения

_____/_____/_____

- Телефонный звонок
- Визит
- Электронная почта

Кто обращается (родитель /законный представитель ребенка)

Кто направил

Основная проблема

Ребенок:

Фамилия, Имя _____

Возраст _____

Место проживания _____

Контактная информация (телефон) _____

Удобное время для приема 10-00, 11-00, 12-00, 14-00, 15-00, 16-00

ЗАПИСАН НА ПЕРВИЧНЫЙ ПРИЕМ

Дата _____

Специалисты _____

ЖУРНАЛ предварительной записи детей в Службу ранней помощи

№	Дата обращения	Ф.И. ребенка	Дата рожд. / возраст	ФИО обратившегося родителя (законного представителя) контактный телефон, e-mail	Отметка о направлении и возврате первичной анкеты

ЖУРНАЛ учета проведенной работы специалистами Службы ранней помощи

№ п/п	Дата, время	Ф.И. ребенка	ФИО специалиста	Вид работы	Подпись родителя

ЖУРНАЛ движения детей в Службе ранней помощи

№	ФИО ребенка	Дата рождения	ФИО родителей, контактная информация (адрес, тел.)	Запрос родителя	Дата первичного	Специалисты	Заключение	Отметки о

Форма направления детей в службу ранней помощи

Лого или штамп
организации

НАПРАВЛЕНИЕ

№ _____ от « ___ » _____ 20 ____ г.

Ребенок (ФИО) _____

Год и месяц рождения « ___ » _____ 20 ____ (дата рождения),

полных _____ лет _____ месяцев,

направляется в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи.

Выявлено соответствие критериям оказания услуг ранней помощи (перечис-
лить): _____

Получено согласие родителей (законных представителей) на получение услуг
ранней помощи.

Родитель
(законный представитель) _____ / _____ /
подпись расшифровка подписи

Специалист _____ / _____ /
подпись расшифровка подписи

место печати организации

Дата выдачи « ___ » _____ 20 ____

БЛАНК ПЕРВИЧНОЙ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

(создан на основе ICF CHECKLIST Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health)

Дата приёма:

Специалист(ы):

Фамилия, имя ребенка:

Дата рождения, возраст:

Адрес, телефон, эл почта

На приеме с:

Состав семьи (кто ухаживает):

Кто направил:

Жалобы, трудности в повседневной жизни,

запрос:

Запрос:

KID	Данные
Познание	
Движение	
Язык	
Самообслуживание	
Социальная сфера	

R-CDI	Данные
Социальная сфера	
Самообслуживание	
Крупная моторика	
Тонкая моторика	
Речь	
Понимание	

М-СНАТ: критических

Область (домен) жизнедеятельности	Активность / участие				
Научение и применение знаний (d1)	Описание активности и участия	Трудности реализации			
		нет	легкие	умеренные	тяжелые
Проявляет познавательный интерес					
Целенаправленно использует органы чувств – смотрит и/или наблюдает					
Целенаправленно использует органы чувств – слушает					
Способ получения знаний – копирование					
Способ получения знаний – общение (задает вопросы)					
Способ получения знаний – игра (социальная, с предметами, игра-исследование, двигательная, на решение проблем, игра-притворство)					
Приобретает практические навыки – использование предметов по назначению					
Приобретает практические навыки – праксис					
Применение знаний – концентрация внимания					
Умение принимать решение – делает выбор					
Умение принимать решение – решает практические проблемы					

Область (домен) жизнедеятельности	Активность / участие				
	Описание активности и участия	Трудности реализации			
		нет	легкие	умеренные	тяжелые
Общие задачи и требования (d2)					
выполнение одной простой задачи					
выполнение нескольких простых задач по порядку					
выполнение сложной задачи (одевание, мытье рук и др.)					
следование распорядку дня					
управление стрессом					
адаптация к изменениям и временным требованиям (например, в распорядке дня)					

Область (домен) жизнедеятельности	Активность / участие				
	Описание активности и участия	Трудности реализации			
		нет	легкие	умеренные	тяжелые
Коммуникация (d3)					
Смотрит в лицо собеседника					
Внимателен к собеседнику					
Слушает собеседника					
Подражает звукам					
Соблюдает очередность					
Координирует взгляд, жест и/или вокализацию					
Понимает вербальные сообщения					
Понимает жестовые сообщения					
Продуцирование сообщений					
Разговор					

Область (домен) жизнедеятельности	Активность / участие				
Мобильность (d4)	Описание активности и участия	Трудности реализации			
		нет	легкие	умеренные	тяжелые
Крупная моторика					
Поддержание положения тела – лежа на спине					
Поддержание положения тела – лежа на животе					
Поддержание положения тела – лежа на боку					
Поддержание положения тела – сидя на полу / на стуле					
Поддержание положения тела – стоя					
Переходы из одного положения тела в другое					
Способ перемещения					
Тонкая моторика					
Дотягивание					
Хватание					
Удержание					
Отпускание					
Перенос					
Подтягивание					
Отталкивание					
Манипулирование					
Бимануальная активность					

Область (домен) жизнедеятельности	Активность / участие				
Забота о собственном теле и здоровье (d5)	Описание активности и участия	Трудности реализации			
		нет	легкие	умеренные	тяжелые
Умение мыться					
Уход за частями тела - умение чистить зубы					
Уход за частями тела – причесываться					
Уход за частями тела – чистить нос					
Управление физиологическими отправлениями					
Одевание, раздевание					
Прием пищи и питье					
Забота о здоровье					
Бытовая жизнь (d6)					
Помощь родителям в повседневных делах					

Область (домен) жизнедеятельности	Активность / участие				
Межличностное взаимодействие (d7)	Описание активности и участия	Трудности реализации			
		нет	легкие	умеренные	тяжелые
Соблюдение социальных правил во время взаимодействия					
Соблюдение социальной дистанции во время взаимодействия					
Взаимодействие – интерес к человеку					
Взаимодействие – инициация и поддержание взаимодействия					
Взаимодействие – разделение интересов и эмоций					
Взаимодействие – совместное внимание					
Взаимодействие – физический контакт					
Взаимодействие – дифференциация между людьми					
Основные жизненные сферы (d8)					
Неформальное образование (чему и как учится ребенок от родителей)					
Дошкольное образование					

Участие в общественной жизни (d9)					
Участие в игре – одиночная игра					
Участие в игре – проявляет интерес к играм других					
Участие в игре – параллельная игра					
Участие в игре – общая совместная игра					
- развивающий центр - детская площадка, парк - поездки - магазины - праздники					

ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ
(помогают или мешают активности и участию ребенка)

E1 ПРОДУКЦИЯ И ТЕХНОЛОГИИ - продукты, лекарства, одежда, обувь, бытовые приборы - специализированное оборудование для индивидуального использования (протезы, ортезы, и пр.) - средства передвижения - оборудование для коммуникации, для приобретения знаний - обустройство жилья	E3 ПОДДЕРЖКА И ВЗАИМОСВЯЗИ (семья и ближайшие родственники, друзья, знакомые семьи, профессиональные медицинские работники, другие):	E4 УСТАНОВКИ
ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ		

Значимые факторы социального анамнеза

Медицинский анамнез:

Срок гестации по Апгар

Период новорожденности

Перенесенные заболевания:

Результаты медицинского осмотра:

Диагноз медицинский (по МКБ 10)

Вес Рост Окружность головы

Питание (состав пищи, количество порции, консистенция, продолжительность времени приема пищи, сколько раз в сутки, временные промежутки, поза)

Функции и структуры организма

Функции	Наличие нарушений	Степень выраженности
б1. УМСТВЕННЫЕ ФУНКЦИИ б110 Функции сознания б117 Интеллектуальные функции б130 Волевые и побудительные функции б134 Функции сна б140 Функции внимания, памяти, восприятия б152 Функции эмоций		
б2. СЕНСОРНЫЕ ФУНКЦИИ И БОЛЬ: б210 Функции зрения б230 Функции слуха б235 Вестибулярные функции б280 Боль		
б3. ФУНКЦИИ ГОЛОСА И РЕЧИ:		
б4. ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ, КРОВИ, ИММУННОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ: б410 Функции сердца б430 Функции системы крови б435 Функции иммунной системы (аллергические реакции, гиперчувствительность) б440 Функции дыхания		
б5. ФУНКЦИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ, ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМ И МЕТАБОЛИЗМА б510 Функции приема пищи б515 Функции пищеварения б525 Функции дефекации б530 Функции сохранения массы тела б555 Функции эндокринных желез		
б6. УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ФУНКЦИИ б620 Функции мочеиспускания		
б7. НЕЙРОМЫШЕЧНЫЕ, СКЕЛЕТНЫЕ И СВЯЗАННЫЕ С ДВИЖЕНИЕМ ФУНКЦИИ б710 Функции подвижности суставов б730 Функции мышечной силы и тонуса б760 Контроль произвольных двигательных функций б765 Непроизвольные двигательные функции		
б8. ФУНКЦИИ КОЖИ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ СТРУКТУР		

Структуры	Наличие нарушений	Степень выраженности
s1. СТРУКТУРЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ s110 Структура головного мозга s120 Спинной мозг и относящиеся к нему структуры		
s2. ГЛАЗ, УХО И ОТНОСЯЩИЕСЯ К НИМ СТРУКТУРЫ		
s3. СТРУКТУРЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ГОЛОСООБРАЗОВАНИИ И РЕЧИ		
s4. СТРУКТУРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ, ИММУННОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ s410 Структура сердечно-сосудистой системы s430 Структура дыхательной системы		
s5. СТРУКТУРЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ, МЕТАБОЛИЗМУ И ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЕ		
s6. СТРУКТУРЫ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К УРОГЕНИТАЛЬНОЙ И РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМАМ s610 Структура мочевыделительной системы s630 Структура репродуктивной системы		
s7. СТРУКТУРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДВИЖЕНИЕМ s710 Структура головы и области шеи s720 Структура области плеча и верхней конечности s740 Структура тазовой области и туловища s750 Структура нижней конечности		
s8. КОЖА И ОТНОСЯЩИЕСЯ К НЕЙ СТРУКТУРЫ		

ЗАКЛЮЧЕНИЕ О НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

По домену 1 «Научение и применение знаний»	
По домену 2 «Общие задачи и требования»	
По домену 3 «Коммуникация»	
По домену 4 «Мобильность»	
По домену 5 «Забота о собственном теле и здоровье»	
По домену 6 «Бытовая жизнь»	
По домену 7 «Межличностное взаимодействие»	
По домену 8 «Основные жизненные сферы»	
По домену 9 «Участие в общественной жизни»	

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ (нуждается ли ребенок в Индивидуальной программе ранней помощи)

РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РАННЕЙ ПОМОЩИ

ФИО ребенка

Возраст ребенка

Идентификационный номер ребенка (свидетельство о рождении/СНИЛС)

ФИО родителей

Планируемый срок реализации ИПРП:

Даты проведения промежуточной оценки эффективности ИПРП: _____

Дата проведения итоговой оценки эффективности ИПРП

Место реализации ИПРП	на дому		в организации	
Форма реализации ИПРП	очно		дистанционно	
	индивидуально		с семьей	в группе

Цели ИПРП:

Область жизнедеятельности МКФ*	Цели ИПРП для ребенка	Цели ИПРП для семьи /основных ухаживающих
		1.

Услуги ранней помощи, оказываемые в рамках ИПРП, условия предоставления услуг

Название услуги, которая способствует достижению цели	Объем реализации услуги (количество сессий)	Продолжительность 1 сессии (в минутах)	Периодичность	Перечень ЕЖС	Специалист/специалисты	Отметка о достижении цели

СОГЛАСОВАНО

Ведущий специалист	Родитель
/ _____ / Подпись ФИО	/ _____ / Подпись ФИО

*- разделы составляющей «Активность и участие» МКФ

ТАБЛИЦЫ РАЗВИТИЯ «ГНОМ»

Таблица возрастной оценки: 1 месяц

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Кратковременное зрительное сосредоточение на неподвижной яркой игрушке или лице взрослого	5
		Слух	2	Кратковременное слуховое сосредоточение на звук голоса, мигание при громких звуках	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Двигательное замирание или множественные беспорядочные движения конечностей при тактильном раздражении	5
		Индивидуал. тактильная чувствительность	4	Положительные реакции на тактильные прикосновения к телу или голове	5
2	Моторика	Статика	5	Отчетливые безусловные рефлексы: поисковой, сосательный, хватательный, Моро, автоматическая походка, наличие защитного рефлекса Бабкина, физиологическая флексорная мышечная гипертония. Приподнимание головы в положении на животе	5
		Кинетика	6	Спонтанные нецеленаправленные движения конечностей	5
		Мелкая моторика	7	Мелкая моторика пальцев рук отсутствует	5
		Мимика	8	Гримасы преимущественно не удовольствия, чередующиеся со спокойным выражением лица	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Недифференцированные реакции удовольствия или неудовольствия	5
		Эмоциональный резонанс	10	Не тестируется	5
		Спонтанная активность	11	В состоянии бодрствования отмечаются спонтанные реакции	5
		Ответная активность	12	Реакции вызываются в ответ на взаимодействие взрослого	5

4	Познавательные функции		Внимание	13	Кратковременное внимание и двигательное замирание в ответ на раздражители	5
			Речь экспрессивная	14а	Первые голосовые реакции в форме отдельных гортанных звуков	5
			Речь импрессивная	14б	Не тестируется	5
			Мышление	15	Не тестируется	5
			Игра	16	Не тестируется	5
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Доминирует «пищевое поведение»	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Реакции дискомфорта на мокрое белье	5
		Социальные	Система «мать и дитя»	19	Элементы установления контакта с ухаживающим лицом – матерью	5
			Внешние контакты	20	Кратковременное сосредоточение взгляда на лице постороннего взрослого и кратковременное спокойное пребывание у него на руках	5

Таблица возрастной оценки: 2 месяца

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Фиксация взгляда на неподвижном предмете или лице взрослого. Кратковременное проследивание движений предмета по горизонтали	5
		Слух	2	Слуховое сосредоточение и поворот головы в сторону источника звука	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Реакция общего сосредоточения при поглаживании кожи шеи, спины, головы, живота	5

		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Реакция удовлетворения при поглаживании головы	5
2	Моторика	Статика	5	Начало угасания безусловных рефлексов и флексорной гипертонии	5
		Кинетика	6	Удержание головы в положении на животе	5
		Мелкая моторика	7	Удержание вложенной игрушки всей кистью	5
		Мимика	8	Появление первых мимических движений удовольствия и неудовольствия. Улыбка	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Положительный эмоциональный фон в состоянии биологического комфорта и неудовольствие или крик при неприятных воздействиях	5
		Эмоциональный резонанс	10	Появление улыбки на улыбающееся лицо	5
		Спонтанная активность	11	Ориентировочная реакция на окружающее	5
		Ответная активность	12	Ориентировочная реакция в ответ на стимуляцию	5
4	Познавательные функции	Внимание	13	Первое появление произвольного внимания	5
		Речь экспрессивная	14а	Спонтанные голосовые реакции	5
		Речь импрессивная	14б	Не тестируется	5
		Мышление	15	Не тестируется	5
		Игра	16	Не тестируется	5
5	Биологические	Пищевое поведение	17	Сохранение пищевой доминанты	5
		Предикторы навыков опрятности	18	Реакции дискомфорта на мокрое белье	5
	Социальные	Система «мать и дитя»	19	Симбиотическая связь с ухаживающим лицом – матерью	5
		Внешние контакты	20	Появление улыбки в ответ на улыбку постороннего, не сопротивляется взятию на руки	5

Таблица возрастной оценки: 3 месяца

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Быстрое прослеживание за движением игрушки с поворотом головы	5
		Слух	2	Локализация источника звука взглядом и поворотом головы	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Ответная реакция на тактильное раздражение кожи с поворотом головы к месту прикосновения	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительная реакция на прикосновения	5
2	Моторика	Статика	5	Хорошее удержание головы в любом положении тела, опора на предплечье в любом положении	5
		Кинетика	6	Активное произвольное положение в кровати; повороты на бок	5
		Мелкая моторика	7	Формирование произвольного хватания. Угасание хватательного безусловного рефлекса	5
		Мимика	8	Более дифференцированные мимические движения	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Формирование комплекса оживления	5
		Эмоциональный резонанс	10	Адекватные ответные реакции	5
		Спонтанная активность	11	Попытка самоорганизации в период бодрствования	5
		Ответная активность	12	Включение во взаимодействие по инициативе взрослого	5
4	Познавательные функции	Внимание	13	Избирательное сосредоточение внимания на одном объекте	5
		Речь экспрессивная	14а	Спонтанные гуление, самоговорение, голосовое подражание обращенным звукам взрослого	5

			Речь импресси- вная	146	Не тестируется	5
			Мышление	15	Узнавание знакомых ситуа- ций: кормления, купания	5
			Игра	16	Игровые манипуляции с ру- ками и нецеленаправленное дотрагивания до подвешенных игрушек; безусловно-рефлек- торный механизм игры	5
5	Поведенческие функции	Биологиче-	Пищевое поведе- ние	17	Сохранение «пищевой доми- нанты»	5
			Предикторы навыков опрят- ности	18	Реакции дискомфорта на мокрое белье	5
		Социальные	Система «мать и дитя»	19	Начало выделения матери от окружающих взрослых	5
			Внешние кон- такты	20	Начало привлечения к себе взрослых	5

Таблица возрастной оценки: 4 месяца

№	Сфера пси- хической де- ятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Устойчивая фиксация взгляда на интересующем объекте и слежение глазами за его дви- жением во всех направлениях. Перевод взгляда с предмета на предмет	5
		Слух	2	Отыскивание источника звука поворотом головы в любом направлении	5
		Рефлекторная тактильная чув- ствительность	3	Локализация тактильного раз- дражения поворотом головы и протягивания руки в сторону раздражения	5
		Индивидуальная тактильная чув- ствительность	4	Положительная реакция на прикосновение к телу и голове	5

2	Моторика		Статика	5	Владение движениями головой во всех направлениях (контроль положения головы). Угасание безусловных рефлексов	5
			Кинетика	6	Формирование поворота на живот	5
			Мелкая моторика	7	Целенаправленное движение руками к игрушке. Захват всей кистью	5
			Мимика	8	Мимические движения смеха, плача, неудовольствия	5
3	Эмоционально-волевые функции		Общие эмоции	9	Четко выражен «комплекс оживления». Появление смеха, испуга	5
			Эмоциональный резонанс	10	Адекватные ответные реакции на выражение лица взрослого	5
			Спонтанная активность	11	Самоорганизация деятельности	5
			Ответная активность	12	Включение в игру после вмешательства взрослого	5
4	Познавательные функции		Внимание	13	Длительное зрительное внимание на интересующем предмете	5
			Речь экспрессивная	14а	Спонтанные и ответные интонационное разнообразное гуление. Начало сочетания гласных и согласных звуков, прислушивание к собственным звукам	5
			Речь импрессивная	14б	Не тестируется	5
			Мышление	15	Узнавание матери, знакомых ситуаций	5
			Игра	16	Манипулятивная игра: тянется и захватывает показанную или подвешенную игрушку; ощупывает ручки, тело, одежду, тянет их в рот	5
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Уменьшение «пищевой доминанты»	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Реакция дискомфорта на мокрое белье	5
		Социальные	Система «мать и дитя»	19	Выделение матери из окружающих взрослых	5
			Внешние контакты	20	Начало дифференцированных реакций на своих и чужих	5

Таблица возрастной оценки: 5 месяцев

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Слежение взглядом за двумя предметами попеременно	5
		Слух	2	Дифференцирование звуков. Прислушивание к музыке	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Быстрая реакция при раздражении кожи. Сокращение латентного периода на раздражение	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительная реакция на прикосновение	5
2	Моторика	Статика	5	Поворот со спины на живот. Полное угасание безусловных рефлексов	5
		Кинетика	6	Опора на ступню при стоянии с поддержкой	5
		Мелкая моторика	7	Удержание в обеих руках по игрушке	5
		Мимика	8	Формирование дифференцированных, выразительных мимических движений, адекватных эмоциональных реакций	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Формирование дифференцированных эмоциональных реакций	5
		Эмоциональный резонанс	10	Адекватный эмоциональный резонанс (двух видов)	5
		Спонтанная активность	11	Самоорганизация деятельности	5
		Ответная активность	12	Включение в аналогичную деятельность после стимуляции	5
4	Познавательные функции	Внимание	13	Формирование избирательного внимания	5
		Речь экспрессивная	14а	Разнообразное гуление. Попытка разговаривать со взрослыми и игрушками. Речевое внимание	5
		Речь импрессивная	14б	Не тестируется	5

			Мышление	15	Дифференциация своих и чужих; поиск наполовину спрятанного предмета	5
			Игра	16	Новая манипуляция с игрушкой	5
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Угасание «пищевой доминанты»	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Реакция дискомфорта на мокрое белье	5
	Социальные	Система «мать и дитя»	19	Формирование коммуникативных связей с матерью: ощупывание ее лица	5	
		Внешние контакты	20	Установление контакта (зрительного, голосового) с посторонними взрослыми	5	

Таблица возрастной оценки: 6 месяцев

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Рассмотрение предмета на близком расстоянии (формирование аккомодации и конвергенции, бинокулярного зрения)	5
		Слух	2	Дальнейшая дифференциация и избирательность реагирования на звуковой раздражитель. Узнавание знакомых голосов	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Четкая и быстрая локализация тактильного раздражения	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительная реакция на прикосновение к телу и к голове	5
2	Моторика	Статика	5	Переворот с живота на спину. Появление оптической реакции опоры	5
		Кинетика	6	Попытка передвижения, подползания к игрушке	5

		Мелкая моторика	7	Переключивание предмета из руки в руку, уменьшение синкенезии	5	
		Мимика	8	Разнообразные мимические движения	5	
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Редуцирование «комплекса оживления». Дальнейшее дифференцирование и усложнение эмоциональных проявлений	5	
		Эмоциональный резонанс	10	Быстрая эмоциональная откликаемость на настроение и выражение лица взрослого	5	
		Спонтанная активность	11	Активный интерес к окружающему, стремление к его доступному освоению	5	
		Ответная активность	12	Активные реакции после стимуляции	5	
4	Познавательные функции	Внимание	13	Формирование устойчивого внимания: переключение внимания с одного объекта на другой	5	
		Речь экспрессивная	14а	Протяжное произношение отдельных гласных. Активное самоговорение: спонтанное или после стимуляции	5	
		Речь импрессивная	14б	Не тестируется	5	
		Мышление	15	Первичное понимание отдельных жестов взрослого. Поиск частично спрятанного под платком объекта	5	
		Игра	16	Манипуляции с игрушкой	5	
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Появление первых навыков самообслуживания при кормлении	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Реакция дискомфорта на мокрое белье	5
		Социальные	Система «мать и дитя»	19	Тянется к матери, привлекает ее к общению	5
			Внешние контакты	20	Активное стремление к общению со взрослым с помощью жестов; прослеживание за взглядом взрослого	5

Таблица возрастной оценки: 7 месяцев

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Одновременное слежение за двигающимися предметами и удержание игрушки в руке	5
		Слух	2	Дифференциация тона обращенной речи	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Угасание реакции на осязание при отвлечении внимания игрой	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительная реакция на ласковое поглаживание тела и головы	5
2	Моторика	Статика	5	Ребенок стоит с поддержкой, встает у опоры, посаженный – сидит	5
		Кинетика	6	Ребенок ползает на животе	5
		Мелкая моторика	7	Захват двумя и тремя пальцами мелкого предмета	5
		Мимика	8	Разнообразные выразительные мимические движения	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Дифференцированные реакции удовольствия и неудовольствия	5
		Эмоциональный резонанс	10	Адекватная эмоциональная реакция на нарисованные маски	5
		Спонтанная активность	11	Стойкий познавательный интерес к окружающему, повторению усвоенных навыков (манипуляции с игрушками)	5
		Ответная активность	12	Активность после стимуляции	5
4	Познавательные функции	Внимание	13	Длительная фиксация внимания (2-3 мин.) на двух интересных объектах одновременно. Легкость переключения внимания	5

			Речь экспрессивная	14а	Активный интонационный лепет. Спонтанное произношение первых слогов. Самоговoreние	5
			Речь импрессивная	14б	Первое соотнесение слов и предметов (огонек, окно, ляля – кукла)	5
			Мышление	15	Понимание жестов взрослого. Понимание понятий «где?», «дай»	5
			Игра	16	Новые формы игры. Попытки изменения формы предмета: сжатие, разрывание, растягивание ленточки за край и др.	5
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	«Пищевая доминанта» редуцируется; отвлекается во время еды; пьет из чашки с поддержкой	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Реакция дискомфорта на мокрое белье	5
		Социальные	Система «мать и дитя»	19	Активно ищет контакта с матерью взглядом, улыбкой, лепетом, жестом, тянется на руки, отрицательно реагирует на ее уход; первые проявления ласковости	5
			Внешние контакты	20	В эксперименте активное сотрудничество со взрослым	5

Таблица возрастной оценки: 8 месяцев

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Зрительная оценка размера предмета: соизмеряет захват игрушки	5
		Слух	2	Дифференциация мелодий. Узнавание простых музыкальных фраз	5

		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Четкая и быстрая локализация болевого кожного раздражения и угасание тактильного осязания при отвлечении внимания игрушкой	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительные реакции на ласковое поглаживание головы	5
2	Моторика	Статика	5	Умение самостоятельно сесть, встать, лечь	5
		Кинетика	6	Начало ползания на четвереньках, переступание у опоры	5
		Мелкая моторика	7	Координированные точные движения кистью и пальцами	5
		Мимика	8	Разнообразные выразительные мимические движения	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Дифференцированные реакции удовольствия и не-удовольствия	5
		Эмоциональный резонанс	10	Адекватная эмоциональная реакция на настроение близкого взрослого	5
		Спонтанная активность	11	Постоянная занятость той или иной деятельностью	5
		Ответная активность	12	Включение в игру после вмешательства взрослого	5
4	Познавательные функции	Внимание	13	Активное сосредоточение внимания. Одновременное удержание внимания на двух объектах	5
		Речь экспрессивная	14а	Активный лепет. Слоговая речь. Речевое подражание	5
		Речь импрессивная	14б	Расширение словарного запаса импрессивной речи (понимание словесных инструкций «дай», «где?», «на»)	5

			Мышление	15	Первое установление конкретных механических зависимостей. Повторение по подражанию игровой ситуации : «Ладушки», «Идет коза» и др.	5
			Игра	16	Прежние игровые тенденции: тянет, сжимает, вкладывает предметы	5
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Навыки самообслуживания дифференцируются	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Начало навыков опрятности	5
		Социальные	Система «мать и дитя»	19	Укрепление социальных контактов с матерью	5
			Внешние контакты	20	Поиск активного общения со взрослыми. Неудовольствие при обрыве контакта	5

Таблица возрастной оценки: 9 месяцев

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Зрительная оценка расстояния до предмета	5
		Слух	2	Отчетливая дифференциация ритма	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Четкая и быстрая локализация болевого кожного раздражения и угасание тактильного осязания при отвлечении внимания игрушкой	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительные реакции на ласковое прикосновение к телу и голове	5
2	Моторика	Статика	5	Умение сидеть устойчиво и длительное время	5
		Кинетика	6	Начало ходьбы по манежу	5
		Мелкая моторика	7	Дифференцированный захват пальцами мелких предметов	5

		Мимика	8	Разнообразные выразительные мимические движения	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Выражение разнообразных эмоциональных проявлений	5
		Эмоциональный резонанс	10	Отрицательные и положительные реакции на маски (устрашающую и веселую). Дифференцированное ответное реагирование на настроение окружающих	5
		Спонтанная активность	11	Возможность самостоятельных занятий. Манипулирование предметами без помощи взрослого	5
		Ответная активность	12	Включение в игру после вмешательства взрослого	5
4	Познавательные функции	Внимание	13	Активное устойчивое внимание (5-7 мин.), умение переключаться с одного предмета на другой; одновременное удержание внимание на двух предметах	5
		Речь экспрессивная	14а	Активный лепет. Слоговая речь. Речевое подражание слоговым сочетаниям: ба-ба, ма-ма, ля-ля	5
		Речь импрессивная	14б	Понимание более сложных инструкций» «дай ручку», «поцелуй маму» и др.	5
		Мышление	15	Знание своего имени. Понимание и повторение по подражанию игровой ситуации – поиск предмета, находящегося в разных местах, на вопрос «где?»	5

			Игра	16	Дифференцированная игра с игрушками в соответствии и игровым содержанием. Бросает одну из игрушек, чтобы взять предложенную третью. Двигает одной игрушкой другую	5
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Навыки самообслуживания расширяются	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Спокойное отношение к высаживанию на горшок	5
		Социальные	Система «мать и дитя»	19	Начало угасания симбиотической связи с матерью. При стимуляции демонстрирует привязанность к матери: радуется, улыбается, тянется на руки, призывает к участию к игре	5
			Внешние контакты	20	Целенаправленное использование жеста для взаимодействия со взрослыми: тянет ручки, указывает пальцем. Активно вовлекает в игру взрослого	5

Таблица возрастной оценки: 10 месяцев

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Дальнейшее формирование зрительного контроля действия в соответствии с расстоянием и размерами предметов	5
		Слух	2	Совершенствование дифференциации восприятия различных звуков (тика-нья часов), ритма, тона звуков, простых мелодий	5

		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Дифференциация ответных реакций на раздражение кожи. Локализация болевой точки (потирание, поглаживание)	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительные реакции на прикосновение к голове	5
2	Моторика	Статика	5	Попытки стоять без поддержки	5
		Кинетика	6	Совершенствование умения ползать, ходить у опоры	5
		Мелкая моторика	7	Умение собирать мелкие предметы с помощью большого и указательного пальцев	5
		Мимика	8	Разнообразные выразительные мимика	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Избирательность эмоциональных реакций	5
		Эмоциональный резонанс	10	Адекватное реагирование на настроение окружающих	5
		Спонтанная активность	11	Возможность самостоятельной деятельности (20-40 мин)	5
		Ответная активность	12	Включение в игру после вмешательства взрослого	5
4	Познавательные функции	Внимание	13	Активное зрительное и слуховое внимание произвольное	5
		Речь экспрессивная	14а	Парные лепетные слова. Копирование интонаций взрослого	5
		Речь импрессивная	14б	Понимание разрешения, запрета и более сложных словесных инструкций: «возьми шарик»	5
		Мышление	15	Понимание имен окружающих близких. Поиск полностью спрятанного под платком предмета	5

			Игра	16	Дальнейшее формирование дифференцированной игры с предметами в соответствии с их назначением	5
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Целенаправленное поведение во время еды, не отвлекается на другие стимулы	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Спокойное высаживание на горшок	5
		Социальные	Система «мать и дитя»	19	Выражение отношения к матери в ласках, одновременно остается один или со взрослым при интересном занятии	5
			Внешние контакты	20	Эмоциональный речевой контакт со взрослым. Появление новых символических жестов	5

Таблица возрастной оценки: 11 месяцев

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Зрительный контроль за движением руки по инструкции	5
		Слух	2	Узнавание простых музыкальных фраз	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Дифференцированная кожная чувствительность. Прослеживание взглядом к месту прикосновения болевого раздражителя	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительная реакция на прикосновение к голове	5
2	Моторика	Статика	5	Умение стоять самостоятельно	5
		Кинетика	6	Попытка самостоятельно ходить без опоры	5

		Мелкая моторика	7	Умение собирать мелкие предметы с помощью большого и указательного пальцев	5	
		Мимика	8	Выразительные мимика, адекватная ситуации	5	
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Избирательность эмоциональных реакций в общении. Начало редуцирования отрицательной реакции на устрашающую маску	5	
		Эмоциональный резонанс	10	Адекватное реагирование на настроение окружающих	5	
		Спонтанная активность	11	Умение себя занять. Играет сам и охотно включается в игру, предложенную взрослыми	5	
		Ответная активность	12	Аналогичные действия после стимуляции	5	
4	Познавательные функции	Внимание	13	Активное сосредоточение зрительного внимания на интересном объекте	5	
		Речь экспрессивная	14а	Первые лепетные слова и слова-метки (мама, баба, би-би, кис-кис)	5	
		Речь импрессивная	14б	Устойчивое понимание прежних словесных инструкций и соотнесение слов-меток с реальными предметами	5	
		Мышление	15	Понимание словесных инструкций: «возьми», «найди», «отдай»	5	
		Игра	16	Наличие целенаправленной деятельности	5	
5	Поведенческие	Биологические	Пищевое поведение	17	Целенаправленное поведение во время еды и самоорганизация поведения во время кормления	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Начало произвольной опрятности и навыков самообслуживания	5

	Социальные	Система «мать и дитя»	19	Дальнейшее угасание симбиотической связи с матерью, но сохранено ласковое, дружелюбное отношение к матери	5
		Внешние контакты	20	Эмоционально-речевой контакт со взрослыми и использование символических жестов	5

Таблица возрастной оценки: 12 месяцев

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Различение простых геометрических фигур (круг, квадрат, треугольник)	5
		Слух	2	Ответная реакция на звук в связи с содержанием и значением этого звука	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Дифференцированная кожная чувствительность	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительные реакции на ласковое поглаживание головы	5
2	Моторика	Статика	5	Умение стоять без поддержки, приседать и встать	5
		Кинетика	6	Умение самостоятельно ходить	5
		Мелкая моторика	7	Совершенствование мелкой моторики, начало противопоставления большого пальца	5
		Мимика	8	Выразительные мимические реакции в соответствии с ситуацией	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Избирательность эмоциональных реакций в общении. Редуцирование отрицательной реакции на устрашающую маску	5

		Эмоциональный резонанс	10	Адекватно реагирует на настроение окружающих	5	
		Спонтанная активность	11	Умение себя занять. Играет сам и охотно включается в игру, предложенную взрослым	5	
		Ответная активность	12	Аналогичные действия после стимуляции	5	
4	Познавательные функции	Внимание	13	Активное зрительное и слуховое внимания на интересном объекте (5-7 мин.)	5	
		Речь экспрессивная	14а	Запас простых облегченных слов – 8-10	5	
		Речь импрессивная	14б	Предметная соотнесенность слов и конкретных ситуаций. Понимание обращенной речи, инструкции (идем гулять, собери игру)	5	
		Мышление	15	Появление первых обобщений (одушевленных и не одушевленных объектов). Узнавание изображения игрушек на картинках	5	
		Игра	16	Наличие целенаправленной деятельности. Перенос разученного действия на другие предметы	5	
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Самостоятельность при кормлении. Появление дифференцированного отношения к еде	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Произвольная опрятность	5
		Социальные	Система «мать и дитя»	19	Ослабление симбиотической связи с матерью. Проявление социального интереса к матери и к другим членам семьи	5
			Внешние контакты	20	Формирование привязанностей к другим взрослым. Жестовое обращение	5

Таблица возрастной оценки: 1 год 3 месяца

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Ориентируется в двух контрастных величинах	5
		Слух	2	Различает и называет звуки животных	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Дифференциация тактильного раздражителя	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительные реакции на ласковое поглаживание головы	5
2	Моторика	Статика	5	Совершенствование равновесия и устойчивости	5
		Кинетика	6	Свободная ходьба, преодоление небольших препятствий на полу	5
		Мелкая моторика	7	Переворачивание листов в книге, нанизывание колец на стержень	5
		Мимика	8	Разнообразные мимические движения в соответствии с эмоциями	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Проявление боязни по отношению к отдельным предметам, событиям, радости при виде новой игрушки	5
		Эмоциональный резонанс	10	Адекватно ответные эмоциональные реакции на похвалу, порицание	5
		Спонтанная активность	11	Спонтанная инициатива в игре и общении	5
		Ответная активность	12	Появление активности после стимуляции	5
4	Познавательные функции	Внимание	13	Непроизвольное внимание с элементами целенаправленности	5
		Речь экспрессивная	14а	Запас слов – 10-30, подражание голосам животных	5

		Речь импрессивная	146	Понимает изображение отдельных предметов и ситуаций, называет их	5	
		Мышление	15	Начало обобщения по ярким внешним признакам. Знает части лица и тела	5	
		Игра	16	Конструктивная игра, игровые действия по подражанию	5	
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Самостоятельно ест густую пищу	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Обращает внимание на грязное лицо, руки, нос (навыки опрятности нестойкие)	5
	Социальные	Система «мать и дитя»	19	Дальнейшее формирование дифференцированных связей с родителями. Появление произвольных привязанностей. Угасание симбиотической связи	5	
		Внешние контакты	20	Общение жестами, мимикой, отдельными словами	5	

Таблица возрастной оценки: 1 год 6 месяцев

№	Сфера психической деятельности	№	Задания (вопросы)	Балл	
1	Сенсорика	Зрение	1	Различает предметы по форме (шар, круг, квадрат)	5
		Слух	2	Дифференциация мелодий	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Дифференциация тактильных раздражителей	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительные реакции на ласковое поглаживание головы	5
2	Моторика	Статика	5	Переступает через препятствия приставным шагом. Ударяет ногой по мячу. Залезает на стул	5

		Кинетика	6	Ходит устойчиво, бегают	5	
		Мелкая моторика	7	Попытки рисования карандашом. Бросает одной рукой мячик	5	
		Мимика	8	Владеет произвольными мимическими движениями	5	
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Целует и обнимает взрослого, если ребенок его любит. Появление реакции недовольства, злости при невыполнении желания ребенка	5	
		Эмоциональный резонанс	10	Умение сопереживать	5	
		Спонтанная активность	11	В состоянии комфорта умеет организовывать свою деятельность	5	
		Ответная активность	12	Включается в игру после стимуляции	5	
4	Познавательные функции	Внимание	13	Непроизвольное внимание с элементами целенаправленности	5	
		Речь экспрессивная	14а	Запас слов – 30-50, умение пользоваться двусложными жестами	5	
		Речь импрессивная	14б	Выполняет простые инструкции: различает по слову форму, величину	5	
		Мышление	15	Узнает предметы на картинке. Обобщает два предмета по существенным признакам, показывает на себе две части тела	5	
		Игра	16	Конструктивная игра, игровые действия по подражанию	5	
5	Поведенческие	Биологические	Пищевое поведение	17	Пользуется ложкой при еде. Отставляет посуду после насыщения	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Осуществляет контроль за дефекацией	5

		Социальные	Система «мать и дитя»	19	Дальнейшее расширение произвольных привязанностей. Проявление сострадания к матери	5
			Внешние контакты	20	Общение жестами, мимикой, отдельными словами	5

Таблица возрастной оценки: 1 год 9 месяцев

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Ориентируется в трех контрастных величинах	5
		Слух	2	Различает шорох листьев, скрип бумаги, тиканье часов и др.	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Дифференциация тактильных раздражителей	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Дифференциация тактильных раздражителей	5
2	Моторика	Статика	5	Ходит по ограниченной поверхности шириной 15-20 см. Бьет ногой по мячу	5
		Кинетика	6	Поднимается по ступенькам приставным шагом	5
		Мелкая моторика	7	Чертит линию на бумаге по показу. Наполняет бутылочку маленькими шариками	5
		Мимика	8	Владеет произвольными мимическими движениями	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Доминирование положительных реакций в игре и общении. Появление реакций ревности, злости, ярости при невыполнении желаний	5
		Эмоциональный резонанс	10	Умение сопереживать боль, печаль, умение радоваться вместе со всеми	5

		Спонтанная актив- ность	11	Формирование умения организовывать свою деятельность	5	
		Ответная активность	12	Включается в игру по- сле стимуляции	5	
4	Познавательные функции	Внимание	13	Непроизвольное внима- ние с элементами целе- направленности	5	
		Речь экспрессивная	14а	Запас слов – до 60. Ис- пользование личных ме- стоимений «ты», «он». Первые фразы	5	
		Речь импрессивная	14б	Выполняет простые ин- струкции. Узнает пред- меты на картинке.	5	
		Мышление	15	Поддвигает стул, чтобы достать игрушку. Форми- рование понятий цвета	5	
		Игра	16	Игровые действия по подражанию: воспроиз- водит несложные сю- жетные постройки	5	
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Самостоятельно ест жидкую пищу, актив- ный отказ от нежелан- ной пищи	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Формирование более стойких навыков опрят- ности	5
		Социальные	Система «мать и дитя»	19	Дифференцированные «вассальные» связи с родителями, эмоцио- нальная привязанность к матери., элементы эмпа- тии к ней	5
			Внешние контакты	20	Проявляет нежность или сострадание к детям	5

Таблица возрастной оценки: 2 года

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Раскладывание однородных предметов разного цвета на 2 группы	5
		Слух	2	Возможность тактильного распознавания предметов без визуального контакта	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Положительные реакции на ласковое поглаживание головы	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительные реакции на ласковое поглаживание головы	5
2	Моторика	Статика	5	Балансирует на одной ноге 1-2 сек. Катается на 3х колесном велосипеде	5
		Кинетика	6	Свободно поднимается по лестнице приставным шагом	5
		Мелкая моторика	7	Рисует вертикальную линию и кругообразную фигуру. Наполняет бутылку изюмом	5
		Мимика	8	Иррадированные мимические реакции	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Появление стеснительности	5
		Эмоциональный резонанс	10	Первые проявления сопереживания боли, радости окружающих взрослых	5
		Спонтанная активность	11	Умение организовывать свою деятельность. Проявление самостоятельности в актах игры «я сам»	5
		Ответная активность	12	Включается в игру после стимуляции	5

4	Познавательные функции		Внимание	13	Непроизвольное внимание с элементами целенаправленности	5
			Речь экспрессивная	14а	Запас слов – 200-300 (бурный скачок). Появление первых вопросов	5
			Речь импрессивная	14б	Понимание названия действий в различных ситуациях; понимание двухступенчатой инструкции	5
			Мышление	15	Формирование первых обобщений. Различает понятия «один – много»	5
			Игра	16	Складывает разрезные картинки из двух половинок. Надевает кольца на пирамидку по порядку	5
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Самостоятельно ест пищу, активно отказывается от нежеланной пищи	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Контролирует физиологические отправления. Проявление самостоятельности в актах самообслуживания	5
	Социальные	Система «мать и дитя»	19	Легко переносит кратковременное расставание с матерью, эмоциональная эмпатия с ней	5	
		Внешние контакты	20	Проявляет нежность или сострадание к детям, старшим членам семьи, животным	5	

Таблица возрастной оценки: 2 года 6 месяцев

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Соотносит предметы по форме, цвету, величине	5
		Слух	2	Называет услышанные звуки машины, часов, животных	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Узнавание предметов на ощупь	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительные реакции на ласковое поглаживание головы	5
2	Моторика	Статика	5	Балансирует на одной ноге 3-5 сек.	5
		Кинетика	6	Перешагивает препятствие высотой 20-25 см	5
		Мелкая моторика	7	Бросает одной рукой попеременно маленькие мячи в цель. Складывает бумагу вчетверо (по показу), рисует круг	5
		Мимика	8	Эмоциональная выразительная мимика	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Физиологическая гипертимия, контрастность смен настроения	5
		Эмоциональный резонанс	10	Заражается общим весельем или печалью	5
		Спонтанная активность	11	Умение организовывать свою деятельность. Проявление самостоятельности в актах игры «я сам»	5
		Ответная активность	12	Включается в игру после стимуляции	5
4	Познавательные функции	Внимание	13	Непроизвольное внимания с элементами целенаправленности, замечает сам неудачу	5

			Речь экспрессивная	14а	Употребляет местоимения, прошедшее время, пользуется множественным числом, использует вопросы; называет имя и фамилию	5
			Речь импрессивная	14б	В привычной ситуации начинает понимать вопросы косвенных падежей	5
			Мышление	15	Использует игровые названия предметов вместо основного. Кладет по заданию один кубик в чашку (счет)	5
			Игра	16	Отобразительный этап игры. Сюжетные постройки. Складывает разрезные картинки из двух половинок (части перевернуты)	5
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Ест аккуратно. Наличие любимых блюд	5
Предикторы навыков опрятности			18	Самостоятельно одевается, но пуговицы не застегивает	5	
Социальные		Система «мать и дитя»	19	Активное стремление к самостоятельности. Формирование эмоционально-коллективной привязанности	5	
		Внешние контакты	20	Формирование взаимоотношений с детьми в игровой ситуации	5	

Таблица возрастной оценки: 3 года

№	Сфера психической деятельности		№	Задания (вопросы)	Балл
1	Сенсорика	Зрение	1	Различает три основных цвета (например красный, синий, желтый)	5
		Слух	2	Различает и воспроизводит простой ритм хлопков, ударов палочкой	5
		Рефлекторная тактильная чувствительность	3	Правильно распознает поочередное тактильное раздражение на левой и правой руках	5
		Индивидуальная тактильная чувствительность	4	Положительные реакции на ласковое поглаживание головы	5
2	Моторика	Статика	5	Стоит на одной ноге 5-7 сек.	5
		Кинетика	6	Бегает устойчиво. Поднимается по лестнице переменным шагом	5
		Мелкая моторика	7	Копирует крест, рисуя его на бумаге	5
		Мимика	8	Эмоциональная выразительная мимика	5
3	Эмоционально-волевые функции	Общие эмоции	9	Реакция стеснительности и стыда. Первое вербальное выражение настроения («мне грустно»)	5
		Эмоциональный резонанс	10	Заражается общим весельем или печалью	5
		Спонтанная активность	11	Умение организовывать свою деятельность. Преобладание самостоятельности, делает все по-своему	5
		Ответная активность	12	Включается в игру после стимуляции	5

4	Познавательные функции		Внимание	13	Целенаправленное внимание во время игры (15-20 сек)	5
			Речь экспрессивная	14а	Сформирована фразовая эмоционально выразительная речь, пересказывает простые стихи и сказки	5
			Речь импрессивная	14б	Понимает и употребляет в своей речи вопрос «почему?»; понимает значение предлогов «из», «на», «в», «под». Знает счет: один, два, много	5
			Мышление	15	Складывает разрезные картинки из трех частей; собирает пирамидку из 5-7 колец с учетом их величины. Первая классификация из 3-4 классов. Формирование элементов самосознания, о себе говорит «я»	5
			Игра	16	Появление ролевой игры. Складывает усложненную доску Сегена	5
5	Поведенческие функции	Биологические	Пищевое поведение	17	Ест самостоятельно, аккуратно, пользуется салфеткой при еде	5
			Предикторы навыков опрятности	18	Самостоятельно одевается, застегивает пуговицы	5
	Социальные	Система «мать и дитя»	19	Эмоционально-когнитивная эмпатия с матерью. Самостоятельность	5	
		Внешние контакты	20	Совместная игра с детьми	5	

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРОГРАММ, ТЕХНИК И МЕТОДИЧЕСКОЙ
ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Название, автор (группа авторов)	На какую группу детей рассчитана	Краткое описание
<p>Индивидуально-ориентированная коррекционно-развивающая программа «ЛЕКОТЕКА» Авторы: А.М. Казьмин, Е.А. Петрусенко, Г.А. Перминова, А.И. Чугунова, А.М. Пайкова, Н.А. Склокина</p>	<p>Программа рассчитана на детей с различными видами нарушений развития, имеющих значительные ограничения возможностей личностного роста, обучения и социальной адаптации.</p>	<p>Программа не имеет четкой ориентировки на возраст ребенка, при этом тип (двигательные, умственные, сенсорные, коммуникативные, эмоциональные, поведенческие, сочетанные расстройства) и природа нарушения развития ребенка не имеют значения. Критическим фактором со стороны ребенка является хотя бы минимальная образовательная перспектива, т.е. возможность какого-либо научения. Программа состоит из разделов: «Развитие ребенка»; «Взаимодействие в семье», «Психокоррекция и психотерапия». Каждый из разделов делится на подразделы. Например, раздел «Развитие ребенка», включает в себя: моторный контроль (который также делится на подразделы), когнитивная сфера, общение, личностно-социальное развитие. То же самое касается и двух других разделов: «Взаимодействие в семье» и «Психокоррекция и психотерапия».</p> <p>Программа ориентирована не только на детей, но и на работу с семьей, с родителями. Это, несомненно, один из ее плюсов.</p>

		<p>В третьем разделе «Психокоррекция и психотерапия» представлен круг неадекватных представлений родителей о воспитании (педагогических мифах), неадекватных родительских тактик в отношении ребенка, неадекватных ожиданий и планов в отношении ребенка (родительских сценариев жизни ребенка), неадекватных подходов к решению проблем ребенка, неадекватного самоотношения родителей и т.д.</p> <p>Еще один плюс данной программы заключается в том, что достаточно подробно рассмотрены и представлены методы и техники работы и даже конкретные приемы работы с детьми. Помимо этого представлена методика обследования всех компонентов в соответствии со структурой программы.</p>
<p>Программа «Кариолина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями / Под. ред. Н. Ю. Барановой. – СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2004 Джонсон Мартин Н. М., Дженс К. Г. Аттермиер С. М., Хаккер Б. Дж. Д</p>	<p>Программа разработана для работы с детьми от рождения до 24 месяцев, имеющими различные нарушения. Она создавалась как для узких специалистов, так и для специалистов широкого профиля.</p>	<p>Программа может использоваться широким кругом профессионалов. Для этого авторы старались избегать профессиональной терминологии, авторы предлагают тем, кто использует программу, обращать особое внимание на те признаки и реакции детей, которые требуют консультации специалистов, например, физических терапевтов, специальных педагогов, специалистов по речи и языку. Программу можно использовать и в специальных центрах, и в домашних условиях предполагается, что родители и профессионалы широкого профиля будут использовать эти программы только с консультацией и под руководством профессионалов.</p> <p>Плюс программы – даны характеристики нормального и анормального двигательного развития – очень подробно, с иллюстрациями.</p>

		<p>Программа представлена пятью разделами и 26 пунктами. Разделы: Познание, Коммуникация, Социальные навыки/Адаптация, Мелкая моторика, Крупная моторика. К каждому разделу указаны соответствующие главы в программе.</p> <p>Оценка состояния ребенка в программе представлена «Журналом оценки», куда вносятся наблюдения по 26 пунктам в течение нескольких недель. Потом происходит оценка и выбор программы вмешательства.</p>
<p>Маленькие Ступеньки М. Питерси, Р. Трилор и др. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. Книга 1-7. – М.: Ассоциация Даун Синдром, 2001.</p>	<p>Программа ранней педагогической помощи детям с трудностями в развитии. Программа рассчитана на самых маленьких – тех, чей уровень развития соответствует 0-4 годам.</p>	<p>Программа «Маленькие ступеньки» адресована родителям. Им авторы отводят самую главную роль в обучении ребенка. По существу, это практическое руководство для занятий с ребенком в домашних условиях. Конечно же, эта программа может быть использована и специалистами.</p> <p>Основные принципы этой программы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Учиться могут все дети. Ребенок с отклонениями в интеллектуальном развитии учится медленнее, однако, он (она) <i>может</i> учиться. 2. Детям с отклонениями в развитии необходимо овладеть всеми навыками, которые смогут помочь им в играх, в общении с окружающими, в достижении максимально возможной независимости, и, наконец, стать частью общества. 3. Родители как педагоги играют самую важную роль. 4. Эффективность обучения во многом зависит от возраста ребенка. Занятия нужно начинать прямо с момента установления диагноза или обнаружения трудностей в развитии. 5. Все дети – разные, и все семьи – разные. По-настоящему эффективная программа должна удовлетворять как потребностям ребенка, так и потребностям семьи.

		<p>Цель программы – помочь детям с трудностями в развитии вести жизнь, максимально приближенную к нормальной. Чем большим вещам научится ребенок, тем полноценнее он сможет участвовать в жизни всей семьи и общества</p> <p>Программа помогает детям свободно овладеть теми навыками и умениями, которые обычно формируются в процессе нормального развития.</p> <p>Процесс разбивается на маленькие ступеньки. Отсюда и название программы. Дети с отклонениями в развитии учатся точно также, как и все остальные дети, только медленнее. Задача, которая возможно, покажется такому ребенку непреодолимо трудной, может быть решена, если ее представить в виде серии маленьких задач.</p> <p>Программа основана на продуманной системе оценок. Дети с трудностями в обучении, учатся значительно лучше, если перед ними ставятся правильно выбранные задачи в правильно выбранное время.</p> <p>Те умения, над которыми ребенок работает в определенный период времени, названы задачами. Формулирование задач помогает педагогам и родителям постоянно помнить, к чему они стремятся.</p> <p>Каждый ребенок занимается по индивидуальной программе. Задачи, которые решает ребенок в течение определенного отрезка времени, составляют его программу. Что в нее входит- зависит от того, чему он готов учиться, и от того, сколько времени и какие возможности имеются для занятий с ним.</p> <p>Содержание программы «Маленькие ступеньки»</p> <p>Программу можно условно разделить на две части. В книгах 1, 2 и 3,</p>
--	--	---

		<p>рассматриваются основные принципы и приемы обучения. В книгах 4,5,6,7 и 8 представлены учебные планы причем, каждая из книг 4,5,6 и 7 охватывает одну определенную область развития, а последняя книга содержит перечень всех умений, определяющих развитие ребенка. Она состоит их серии проверочных таблиц, позволяющих тестировать ребенка.</p> <p>Книга 1. «Введение в программу Маленькие Ступеньки» рассказывает о том, что лежит в основе программы</p> <p>Книга 2. Индивидуальная программа ребенка.</p> <p>В книге 6 глав:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как оценить уровень развития ребенка и определить, что он может сейчас, и чем ему необходимо заняться. 2. Как выбирать задачи и решать, чем заниматься с ребенком. 3. Как учить. 4. Как, когда и почему нужно вносить изменения в индивидуальную программу. 5. Значение игры. 6. Проблемы поведения и как их решать. <p>Книга 3. Навыки общения содержит 3 главы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Общение. 2. Развитие навыков общения в довербальный период. 3 Развитие речи. <p>Книга 4. Навыки общей моторики.</p> <p>Общая моторика – это двигательная деятельность, которая обуславливается работой крупных мышц тела. Навыки общей моторики позволяют ребенку сидеть, ползать, ходить, лазать, ловить мяч и т.д.</p> <p>Книга 5. Навыки тонкой моторики</p> <p>Тонкая моторика – это двигательная деятельность, которая обуславливается скоординированной работой мелких мышц руки и глаза. Навыки тон-</p>
--	--	---

		<p>кой моторики помогают ребенку хватать погремушку, переворачивать страницы книги, рисовать и т.п.</p> <p>Книга 6. Восприятие речи.</p> <p>Это умение понимать речь окружающих. Оно позволяет ребенку слушать то, что ему говорят, понимать слова и фразы, выполнять указания, и, самое главное, самому пользоваться речью.</p> <p>Книга 7. Самообслуживание и социальные навыки</p> <p>Социальные навыки – это способность взаимодействовать с окружающими – играть с другими детьми, правильно вести себя в коллективе.</p> <p>Книга 8. Перечень умений, определяющих развитие ребенка (ПУОРР).</p> <p>Это серия проверочных таблиц, которые можно использовать для тестирования ребенка и определения его задач.</p>
<p>Программа воспитания и обучения дошкольников с интеллектуальной недостаточностью // Л.Б. Баряева, О.П. Гаврилушкина, А.П. Зарин, Н.Д. Соколова. – Издательство: КАРО, СПб.: 2009 г.</p>	<p>Программа разработана в целях осуществления коррекционно-образовательной работы с детьми дошкольного возраста (с 3-4 до 7-8 лет). В соответствии с Международной статистической классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) это дети с диагнозом легкая умственная отсталость (F-70) и умеренная умственная отсталость (F-71).</p>	<p>Именно эти дети составляют подавляющее большинство воспитанников ДОУ компенсирующего вида для детей с интеллектуальной недостаточностью.</p> <p>Кроме того, содержание программы может быть использовано в процессе воспитания детей с задержкой психического развития церебрально-органического генеза раннего, младшего и среднего дошкольного возраста, которые в этот период по основным параметрам психического развития близки к показателям, характерным для легкой умственной отсталости.</p> <p>Особенностью программы является распределение материала не по годам обучения, а по этапам. Если ребенок включается в коррекционное обучение в младшем дошкольном возрасте, то этапы соответствуют как основ-</p>

		<p>ным дошкольным возрастам (младший, средний, старший), так и годам обучения. Однако практика показывает, что дети с интеллектуальной недостаточностью часто поступают в ДОУ в возрасте 5-6 лет. В этих случаях включение для занятий в общую группу бывает для ребенка не безболезненно, что объясняется как его отставанием по уровню достижений, так и неудовлетворенностью естественной для него потребности гордиться своими достижениями. Поэтому первое время основной акцент делается на коррекционную работу с детьми по специально сконструированной для каждого индивидуальной коррекционно-развивающей программе, в процессе усвоения которой в известной мере восполняется имеющийся «пробел».</p> <p>Использование программы предполагает большую гибкость. Время освоения содержания каждого этапа строго индивидуально и зависит от целого комплекса причин, определяющих структуру нарушения у конкретного ребенка. Так, дети с умеренной умственной отсталостью могут освоить один или два этапа обучения в течение 3-4 или 5 лет пребывания в ДОУ. Для детей, которые в ходе коррекционного обучения продвигаются значительно быстрее других, конструируется индивидуальная коррекционно-образовательная программа, которая может выходить за рамки предлагаемого содержания.</p> <p>Переход с одного этапа к другому осуществляется на основе результатов обязательного полного психолого-педагогического обследования всех детей в группе, после обсужде-</p>
--	--	---

		<p>ния результатов обследования на педагогическом совете учреждения при участии педагога-психолога, учителя-дефектолога, учителя-логопеда, воспитателей группы, врача-психоневролога и других специалистов, работающих с детьми. Это не означает, что если ребенок не смог усвоить содержание программы данного этапа, то он становится своеобразным «второгодником».</p> <p>Концентрическое построение программы позволяет повторять материал, продолжать обучение ребенка на следующих этапах при должной психолого-педагогической поддержке.</p>
<p>Примерная адаптированная программа коррекционно-развивающей работы в логопедической группе детского сада для детей с тяжелыми нарушениями речи (общим недоразвитием речи) / Н. В. Нищева. – СПб, 2014. Издание третье, переработанное и дополненное в соответствии с ФГОС ДО</p>	<p>Эта программа представляет собой целостную методологически обоснованную, систематизированную, четко структурированную модель педагогического процесса, предлагаемого для реализации в логопедических группах дошкольных образовательных организаций для детей с тяжелыми нарушениями речи (общим недоразвитием речи) с 3 до 7 лет, и полностью соответствующую требованиям Федерального государственного стандарта дошкольного образования.</p>	<p>В программе выстроена система коррекционно-развивающей работы, представлены рекомендации по составлению учебного плана, организации режима дня, построению предметно-пространственной развивающей среды; указаны задачи и содержание работы в каждой из пяти образовательных областей; описана система диагностики индивидуального развития детей. Методический комплект к программе включает необходимые для работы пособия, наглядный дидактический материал, рабочие тетради. Рекомендована педагогам дошкольных образовательных организаций комбинированного и компенсирующего вида.</p>
<p>Коррекция нарушений речи. Программы дошколь-</p>	<p>Ориентирована на детей с нарушениями речи</p>	<p>В структуре сборника представлены четыре программы, направленные на устранение фонетико-фонематического недоразвития, общего</p>

<p>ных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи// Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, Т.В. Туманова, С.А. Миронова, А.В. Лагутина. - М.; Просвещение, 2017 .</p>		<p>недоразвития речи, заикания и нарушения речевого развития, осложненного двуязычием. Каждую программу сопровождает пояснительная записка и приложение, которое дано в конце сборника.</p> <p>В сборник включена «Программа логопедической работы с заикающимися детьми», «Программа логопедической работы с детьми, овладевающими русским (неродным) языком».</p>
<p>Программа развития слухового восприятия, речи и познавательных навыков у детей раннего возраста с нарушениями слуха/ И.В. Королева. – СПб., 2005.</p>	<p>Ориентирована на детей раннего возраста с нарушениями слуха.</p>	<p>Программа предназначена для развития слухового восприятия, речи, коммуникативных и познавательных навыков у детей с нарушениями слуха в возрасте от рождения до 3 лет с участием родителей.</p>
<p>Программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений IV вида (для детей с нарушением зрения): Программы детского сада; Коррекционная работа в детском саду (под ред. Плаксиной Л.И.) – М., 2003</p>	<p>Ориентирована на детей с нарушениями зрения</p>	<p>Содержание и задачи программы располагаются по видам детской деятельности, при этом важным условием их реализации является комплексный подход к организации работы. В программе присутствуют следующие разделы: Развитие речи, ФЭМП, Ознакомление с окружающим миром, Изобразительное искусство, Физическое воспитание, Трудовое обучение, Игра. Также представлена коррекционная работа по развитию зрительного восприятия, коррекции нарушений речи, развитию осязания и мелкой моторики, ориентировки в пространстве, социально-бытовой ориентировки, ритмики, лечебной физкультуре.</p>

<p>Вместе с мамой. Программа группы для детей от 8 мес. до 3 лет работающей с использованием Монтессори-метода/ Под ред. Н.Н. Смирновой. – М., 2000.</p>	<p>Программа для детей от 8 мес. до 3 лет</p>	<p>Авторы исходят из ведущей роли ребенка в собственном развитии. Она определяется тем, что с рождения ребенок обладает потребностями, которые побуждают его к саморазвитию, и механизмами, позволяющими реализовать эти потребности. Саморазвитие ребенка происходит в соответствии с универсальными, т. е. общими для людей законами и его индивидуальными особенностями.</p>
<p>Коррекционно-развивающая работа с детьми с СД. Формирование навыков крупной моторики у детей с синдромом Дауна/ Патриция С. Уиндерс – М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2011. Gross Motor Skills in Children With Down Syndrome: A Guide for Parents and Professionals</p>	<p>Ориентирована на детей с синдромом Дауна</p>	<p>Представлена конкретная последовательность заданий и упражнений, а также диагностические материалы для оценивания состояния моторики у ребенка.</p>
<p>Формирование навыков мелкой моторики у детей с синдромом Дауна. Руководство для родителей и специалистов. Марианна Бруни. – М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2009 .</p>	<p>Ориентирована на детей с синдромом Дауна</p>	<p>Поскольку детям с синдромом Дауна присущи определенные особенности, отрицательно сказывающиеся на сроках появления двигательных навыков и их качестве, развитие этой сферы требует постоянного внимания. Руководство содержит как диагностические материалы, так и последовательность приемов работы по развитию навыков мелкой моторики.</p>

<p>Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. Проблемы и решения. Петер Е.М., Лаутеслагер. – М. Теревинф, 2014.</p>	<p>Ориентирована на детей с синдромом Дауна</p>	<p>Книга посвящена новому методу оценки двигательного развития детей с синдромом Дауна раннего возраста, разработанному голландским специалистом Петером Лаутеслагером, а также методике оказания специализированной помощи этим детям. Издание адресовано специалистам, занимающимся двигательным развитием детей с особыми потребностями. Специальный раздел книги адресован родителям детей с синдромом Дауна.</p>
<p>Логоритмика для детей с синдромом Дауна. Книга для родителей/Сост. Л.В. Лобода; ред. Е.В. Поле. – М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2008.</p>	<p>Ориентирована на детей с синдромом Дауна</p>	<p>Пособие содержит краткое изложение сути логоритмических занятий с детьми с синдромом Дауна, а также предлагает вниманию читателей описания игр, которые можно проводить в домашних условиях. Пособие адресовано родителям детей с синдромом Дауна дошкольного возраста и может представлять интерес для педагогов и логопедов, работающих с такими детьми.</p>
<p>Малыш с синдромом Дауна. Книга для родителей/ П.Л. Жиянова, Е.В. Поле. – М: Монолит, 2015</p>	<p>Ориентирована на детей с синдромом Дауна</p>	<p>Эта книга может стать хорошей теоретической и практической основой в работе с родителями. Т.к. она ориентирована в основном на родителей.</p> <p>В книге приводятся среднестатистические данные о развитии детей с синдромом Дауна, характеризуются основные этапы развития; даются подробные советы о том, как организовать занятия с малышом в домашних условиях, описываются методики занятий, которые помогут ребенку расти и развиваться. Книга содержит конкретные рекомендации, которые вполне смогут реализовать даже очень далекие от педагогической науки родители.</p>

<p>Комплексное развитие детей с синдромом Дауна: Групповые и индивидуальные занятия/ П.Л. Жиянова, Е.В. Поле. – М. Благотворительный фонд «Даунсайд Ап» при участии Гуманитарного центра «Монолит», 2004.</p>	<p>Методическое пособие посвящено развитию речи, двигательных навыков, познавательной деятельности и социальной адаптации детей с синдромом Дауна от трех до пяти лет.</p>	<p>Изложены теоретические основы и практические методы работы с такими детьми в процессе индивидуальных и групповых занятий. Пособие адресовано широкому кругу специалистов, заинтересованных в использовании современных подходов и новых технологий в интеграции детей с особыми потребностями в общество. Оно также может быть использовано при подготовке будущих специалистов в области коррекционной педагогики.</p>
<p>Формирование навыков общения у детей с синдромом Дауна. Руководство для родителей. ер. с англ. Н.С. Грозной. – М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2004 при участии Гуманитарного центра «Монолит», 2012 .</p>	<p>Ориентирована на детей с Синдромом Дайна</p>	<p>Книга написана известным американским специалистом по развитию навыков общения у детей с синдромом Дауна. В ней представлена развернутая картина последовательного формирования этих навыков; отмечаются характерные трудности; дается много практических советов, как заниматься с ребенком дома. Четко определяются понятия «язык», «речь» и «общение»; рассматриваются возможности использования вспомогательных средств коммуникации; подчеркивается значение умения применять навыки общения в различных жизненных ситуациях. В книге отражен до некоторой степени новый для отечественной логопедии подход, поэтому книга будет интересной и полезной не только родителям, но и специалистам, работающим с детьми с синдромом Дауна.</p>
<p>Развитие познавательной деятельности детей с синдромом Дауна/ Т.П. Медведева. – М., 2014</p>	<p>Ориентирована на детей с синдромом Дайна</p>	<p>Подробные рекомендации по организации дидактических занятий с детьми, обучению в игре и в повседневной жизни. В пособии рассказывается о тех заданиях, которые родители могут предложить своему ребенку, занимаясь с ним дома.</p>

<p>Игры с детьми младенческого возраста/ Разенкова Ю.А. – М.: Школьная пресса, 2003.</p>	<p>Материал для родителей, для подготовки к занятиям с детьми 1 - 2 года жизни, для ознакомления родителей детей с ОВЗ с основными направлениями развития ребенка</p>	<p>Популярное и доступное описание логики развития разных сфер психики (взаимодействие, слуховое и зрительное восприятие, крупная и мелкая моторика, понимание речи). Множество игр, упражнений, потешек, разбитых по темам.</p>
<p>Сенсорное воспитание дошкольников с интеллектуальной недостаточностью/ Е.Ф. Войлокова, Ю.В. Андрухович и др.: учебно-методическое пособие. – СПб., 2005 .</p>	<p>В пособии изложена методика сенсорного воспитания детей дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью.</p>	<p>В книге содержатся практические материалы, которые помогут педагогам организовать работу по развитию восприятия дошкольников с интеллектуальной недостаточностью. Представлены протоколы обследований, планирование работы, конспекты занятий, дидактические игры, упражнения и литературный материал по сенсорному воспитанию.</p>
<p>Сенсорное воспитание детей с отклонениями в развитии/ Л.А. Метиева, Э.Я. Удалова. Сборник игр и игровых упражнений. – М.: Книголюб, 2008.</p>	<p>Ориентирована на дошкольников и младших школьников, имеющих отклонения интеллектуального развития.</p>	<p>В пособии представлен большой спектр игровых упражнений, заданий, дидактических игр, подобранных по всем разделам сенсорного воспитания. Даны методические рекомендации по организации и содержанию работы, направленной на развитие психомоторики и сенсорных процессов у дошкольников и младших школьников, имеющих отклонения интеллектуального развития.</p>
<p>Развивайся, малыш! / Закревская О. В. К системе работы по профилактике отставания и коррекции отклонений в развитии детей раннего возраста. – М., 2009.</p>	<p>Ориентирована на детей раннего возраста с ОВЗ</p>	<p>В пособии предлагается система педагогической помощи детям раннего возраста с ОВЗ. Она предусматривает пошаговое обучение ребенка, уровень развития которого соответствует 0-4 годам, независимо от его реального возраста. Система работы включает в себя: развитие слуховых и зрительных ориентировочных реакций, мышления, памяти, понимания речи; формирование предпосы-</p>

		лок для развития активной речи, развитие ручной моторики, действий с предметами, орудийной, игровой, конструктивной деятельности.
Ребенок с церебральным параличом. Помощь, уход, развитие / Нэнси Р. Финни. Издательство: – М.: «Теревинф», 2009.	Для введения специалистов в проблемы семьи с ребенком с ДЦП, ориентировки в общих вопросах.	Содержит основные сведения по ДЦП, описывает возникающие проблемы в развитии ребенка в уходе и организации жизни. Приведены рекомендации по организации жизни и формировании повседневных навыков, развитию коммуникации.
Ребенок и сенсорная интеграция/ Э.Джин Айрес при участии Джеффа Роббинса. – М.: «Теревинф», 2009.	Ориентирована на родителей и специалистов, имеющих детей или работающих с детьми, нуждающихся в стимулировании органов чувств	Сенсорная интеграция – это способность человека организовывать ощущения, испытываемые организмом, для совершения движений, обучения и нормального поведения. Мы учимся через посредство органов чувств, воспринимающих ощущения визуальные (зрение), звуковые (слух), обонятельные (обоняние), вкусовые (вкус), тактильные (осязание), вестибулярные (среднее ухо) и земное притяжение. Методы оценки и вмешательства были разработаны, чтобы помочь семьям и педагогам в исправлении и учете недостатков органов чувств. Сфера сенсорной интеграции – это, прежде всего, лечебный метод, используемый эрготерапевтами, однако он может эффективно применяться и с другими дисциплинами, такими, как логопедия, а также на занятиях в классе. Однако, не прошедшие специальной подготовки родители и педагоги, не должны стимулировать органы чувств без предварительной консультации со специалистами по данному методу.
Формирование мышления у детей с отклонениями в разви-	Ориентирована на детей с отклонениями в умственном развитии.	Система коррекционно-педагогической работы по формированию мыслительной деятельности детей с отклонениями в умственном развитии. Дано подробное описание более 200

<p>тии / Е.А. Стребелева. – М.: Владос, 2015.</p>		<p>дидактических игр, упражнений, рассказов, задач и загадок, способствующих активизации познавательной деятельности детей дошкольного возраста. В конце пособия даны два приложения с материалом для педагогов, в целях понимания создания ситуации для занятий с детьми, и наглядным раздаточным материалом для детей.</p>
<p>Ранняя помощь детям с двигательной патологией: Методическое пособие/ О.Г. Приходько. – СПб.: Издательство «КАРО», 2006.</p>	<p>Ориентирована на работу с детьми раннего возраста, имеющими двигательные, познавательные и речевые нарушения</p>	<p>Методическое пособие содержит данные об особенностях развития и комплексной коррекции нарушений развития у детей с двигательной патологией в первые годы жизни. В методическом пособии проанализирован процесс формирования двигательных функций, описаны этапы познавательного, доречевого и речевого развития ребенка в онтогенезе. Систематизированы клинические проявления задержки моторного и психического развития. Представлены методы коррекции нарушений двигательного, познавательного и речевого развития у детей раннего возраста.</p>
<p>Игры с аутичным ребенком/ Е. Янушко Серия: Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. – М.: Теревинф, 2011.</p>	<p>Программа ориентирована на работу с аутичными детьми</p>	<p>Описаны игры, специальные методы и приемы, которые позволяют наладить контакт с ребенком с аутистическим спектром расстройств, выявить у него подавленные негативные эмоции и скрытые страхи и начать работу по их преодолению. Намечены пути развития сюжетно-ролевой игры, ознакомления с окружающим миром, обучение способам взаимодействия.</p>

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Слюсарева Елена Сергеевна, канд. психол. наук, доцент, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Мизина Наталья Николаевна, канд. психол. наук, доцент, ГБОУ ВО «Ставропольский государственный педагогический институт».

Заика Елена Васильевна, директор ГБОУ «Краевой центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции».

Косикова Ольга Анатольевна, заместитель директора по ранней помощи ГБОУ «Краевой центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции».

Денисова Светлана Владимировна, учитель-дефектолог, руководитель Службы ранней помощи «Растем вместе» ГБОУ «Краевой центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции».

Исаева Суна Манафовна, педагог-психолог ФГБОУ «Краевой психологический центр» с. Донское.

Мелихова Виктория Игоревна, педагог-психолог Службы ранней помощи «Растем вместе» ГБОУ «Краевой центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции».

Цыденова Бэлла Лубсановна, учитель-дефектолог Службы ранней помощи «Растем вместе» ГБОУ «Краевой центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции».

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
ГЛАВА 1. Современное состояние системы ранней помощи детям раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья	5
ГЛАВА 2. Нормативно-правовое обеспечение деятельности служб ранней помощи.....	15
ГЛАВА 3. Организация и содержание психолого-педагогического обследования детей раннего возраста.....	19
ГЛАВА 4. Психолого-педагогическое обследование детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья	
4.1. Диагностика нервно-психического обследования младенца и малыша.....	30
4.2. Психолого-педагогическое обследование детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра	38
4.3. Психолого-педагогическое обследование детей раннего возраста с нарушениями зрения.....	52
4.4. Психолого-педагогическое обследование детей раннего возраста с нарушениями слуха.....	56
4.5. Психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями умственного развития.....	71
ГЛАВА 5. Коррекционно-развивающая работа с детьми раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.....	86
ГЛАВА 6. Основные подходы к организации работы психолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.....	104
Приложения	122
Сведения о авторах.....	185

Учебное издание

Слюсарева Елена Сергеевна,
Мизина Наталья Николаевна,
Заика Елена Васильевна и др.

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ
ПОМОЩЬ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Публикуется в авторской редакции

Подписано в печать 4.12.2019.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Гарнитура «Times New Roman».
Усл. печ. л. 10,86. Тираж 50 экз. Заказ № 164.

Отпечатано в типографии «Идея+»