

Государственное автономное учреждение  
Астраханской области  
«Научно-практический центр  
реабилитации детей

«КОРРЕКЦИЯ И РАЗВИТИЕ»



**Системный подход  
к оказанию комплексной  
помощи детям  
с ограниченными  
возможностями здоровья  
в условиях реабилитационного  
центра**

**Сборник  
научных трудов**



Астрахань - 2021

**авторов Коллектив  
Диляра Ахтямовна Яковец  
Наталья Юрьевна Сязина**

**Системный подход к оказанию  
комплексной помощи  
детям с ограниченными  
возможностями  
здоровья в условиях  
реабилитационного центра:  
сборник научных трудов**

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=69246748](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=69246748)*

*SelfPub; 2023*

### **Аннотация**

В сборнике содержатся материалы, освещающие актуальные вопросы и специфику системного подхода при оказании помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в рамках реабилитационного центра. Издание предназначено специалистам (логопедам, дефектологам, педагогам-психологам,

социальным педагогам, медикам и др.), родителям и всем, кто интересуется вопросами реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

# Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ	9
РАЗДЕЛ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ (ПРАКТИКА) СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ	12
МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕАЛИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ	12
ПРАКТИКА РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ В СИСТЕМЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ	30
СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В УЧРЕЖДЕНИЕ	49
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОВЗ	79
ВНЕДРЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В СИСТЕМУ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С ОВЗ	94

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТАТУСА РЕБЕНКА	109
ДИАГНОСТИКА РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ	125
РАБОТА СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОВЗ	145
РАЗДЕЛ 3. КОРРЕКЦИОННО- ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ АБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ	164
ИГРОВЫЕ КОМПЛЕКСЫ КАК НОВАЯ ТЕНДЕНЦИЯ В КОРРЕКЦИОННО- РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ	164
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНОГО СТОЛА	202
ОБЫГРЫВАНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЗАУЧИВАНИЯ СТИХОТВОРЕНИЙ ДЕТЬМИ СОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ	225
ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У РОДИТЕЛЕЙ С ДЕТЬМИ С ОВЗ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ САМООБСЛУЖИВАНИЯ, И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	235

РАЗВИВАЮЩИЕ ИГРЫ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОВЗ	246
ФОРМИРОВАНИЕ ЧУВСТВА РИТМА НА НЕВЕРБАЛЬНОМ МАТЕРИАЛЕ В ПРОЦЕССЕ КОРРЕКЦИОННО- ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОВЗ	261
РАЗДЕЛ 4. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	273
ТЕХНОЛОГИЯ ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОВЗ «ЭКСПЕРИМЕНТАРИУМ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ»	273
МЕТОД НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЕНСОМОТОРНОЙ КОРРЕКЦИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С РАС	281
НЕЙРОАКУСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С РАС	293
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ НЕЙРОСЕНСОМОТОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С РАС	306
ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАБОТЕ С	322

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ДЕТЕЙ С РАС В СИСТЕМЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ	
ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДИК В ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОВЗ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА	332
РАЗДЕЛ 5. ПРАКТИКА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОВЗ В РАМКАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕСУРСНЫХ ЦЕНТРОВ	344
ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕСУРСНОГО ЦЕНТРА ПО ОКАЗАНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАС В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	344
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕСУРСНОГО ЦЕНТРА ПО ОКАЗАНИЮ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ	355
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РЕСУРСНОГО МЕТОДИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ НАУЧНО-	369

МЕТОДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕТОДИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА	385
ПОВЫШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ КОМПЛЕКСНУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОВЗ	400
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ	413

**авторов Коллектив  
Системный подход к  
оказанию комплексной  
помощи детям с  
ограниченными  
возможностями  
здоровья в условиях  
реабилитационного центра:  
сборник научных трудов**

**ПРЕДИСЛОВИЕ**

Формирование системы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями является одним из приоритетных направлений государственной социальной политики Российской Федерации. В Астраханской области одним из ведущих учреждений, реализующих это направление, по праву считается ГАУ

АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие».

В 2020 году учреждение отметило 25-летний юбилей. Всё это время основным направлением его деятельности является организация комплексной помощи по абилитации и реабилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). В центре реабилитационный процесс базируется на принципах системного подхода, который позволяет исследовать ребёнка как целостный субъект, обладающий неразрывной совокупностью физиологических, нейродинамических, психологических и социально-психологических свойств.

На сегодняшний день в Центре разработана и успешно действует система оказания комплексной помощи, которая включает множество аспектов: от содействия физическому и психическому развитию детей, их включению в среду сверстников и интеграцию в общество до формирования позитивного взаимодействия детей и родителей, а также повышения компетентности родителей.

В сборнике трудов представлен обобщенный и систематизированный опыт многолетней работы специалистов учреждения: педагогов, психологов, логопедов, дефектологов, медицинских работников. Применяя практику системного подхода в работе с детьми с ОВЗ, они эффективно решают задачи организации комплексной реабилитации. Используемые при оказании помощи инновационные коррек-

ционно-педагогические, психолого-педагогические технологии уже доказали свою эффективность и были неоднократно представлены профессиональному сообществу в публикациях и докладах на научных конференциях, Всероссийских вебинарах и профессиональных стажировочных площадках.

Внедрение и распространение опыта специалистов осуществляется в рамках деятельности Регионального ресурсного центра по оказанию комплексной помощи детям с расстройствами аутистического спектра (РАС), Регионального ресурсного центра по оказанию ранней комплексной помощи, Ресурсного методического центра, являющихся структурными подразделениями учреждения.

Уверены, что материалы сборника не только помогут практикующим специалистам пополнить методический и дидактический инструментарий, но и дадут импульс для новых исследований в сфере комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья.

# **РАЗДЕЛ 1. ОРГАНИЗАЦИЯ (ПРАКТИКА) СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ**

## **МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕАЛИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ**

Рахманина И.Н., Франтасова Е.П., Овсянникова Т.Ю.

Как во всем мире, так и в России наблюдается рост количества детей с ограниченными возможностями. Поэтому основным направлением социальной политики российского государства является создание системы эффективной социальной реабилитации и абилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. В настоящее время насущна необходимость изменения деятельности государственных учреждений всех уровней и общественного сознания для максимально полной интеграции таких детей в общество и создания предпосылок к их независимой жизни.

Современные изменения системы ценностей российского общества, прогресс в области социальной сферы, специальной педагогики и психологии определяют повышенные требования и дают эффективные средства для максимальной реализации психологического потенциала детей с отклонениями в развитии (А.А. Баранов, Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, Н.Н. Малофеев, В.И. Скворцова и др.) [3,4]. Социальная политика государства и российские законодательные акты в отношении детей с нарушениями психического развития приводятся в соответствие с международными стандартами, выступающими гарантами обеспечения необходимых условий для их интеграции в сообщество и социальной адаптации. В последнее десятилетие правительством уже реализован широкий комплекс мер, направленных на защиту и сохранение здоровья детей, обеспечение базовых гарантий их жизнедеятельности и развития, доступа к современным услугам систем здравоохранения, образования, социальной защиты. Однако, предпринимаемые меры не смогли переломить имеющуюся негативную динамику показателей состояния здоровья детского населения страны (В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, Д.И. Зелинская, А.Г. Ильин, С.Р. Конова, Г.В. Яцык и др.) [3, 4]. По статистическим данным в Российской Федерации число детей с проблемами в состоянии здоровья среди новорожденных составляет 74%, из них 67% – дети с нарушениями нервно-психического развития (Е.Н. Байбарина, А.А. Баранов, А.С. Петрухин, С.П. Пузин, Н.М. Рима-

шевская и др.).

Понимание единства социального и биологического в ходе психического развития доказывает, что система реабилитационной помощи ребенку с нарушениями здоровья должна быть организована в виде комплексного воздействия как на органическую природу болезни или патологическое состояние, так и на социальную составляющую психического развития (Л.О. Бадалян, Е.П. Бомбардинова, Л.С. Выготский, А.Н. Граборов, Н.Н. Малофеев, М.С. Певзнер, Г.Н. Сперанский, Е.А. Стребелева, Г.Е. Сухарева и др.) [1].

Отечественная практика помощи детям с ограниченными возможностями и различные исследования (Л.И. Аксенова, В.М. Астапов, В.В. Коркунов, И.В. Тимофеева, Л.М. Шипицына) убедительно доказывают, что своевременно начатая и грамотно построенная комплексная реабилитация способствует ослаблению, а в некоторых случаях и преодолению имеющихся у них отклонений, повышению социальной активности, достижению более высокого уровня общего развития и социальной интеграции в образовательную среду. Квалифицированная, специально организованная реабилитация помогает ребенку с ОВЗ успешно социализироваться, осваивать программы разного уровня и направленности.

По мнению исследователей (В.И. Загвязинского, А.А. Северного, В.И. Слободчикова, Л.М. Шипициной и др.), комплексный медико-психолого-педагогический подход оказывает прямое воздействие на эффективность реабилитацион-

ного процесса [5]. Положительный результат может быть получен только при условии согласованности действий и взаимосвязи всех специалистов: психологов, медиков, педагогов, что выражает трансдисциплинарный подход к реабилитации.

С другой стороны, особую актуальность приобретает персонализированный подход к реабилитации, нацеленный на выделение индивидуальных схем реабилитационных мероприятий и анализа их эффективности с учетом объективного состояния, индивидуальных особенностей ребенка и реально существующих условий (медико-социальных, психолого-педагогических, бытовых), чему, однозначно, способствует качественная диагностика. К числу первостепенных задач современной реабилитации относится изучение инновационных методов создания оптимальных условий для профилактики и успешной коррекции нарушений в развитии ребенка, условий обучения и воспитания, социальной адаптации и интеграции в общество лиц с ОВЗ с учетом обозначенных выше подходов.

В Научно-практическом центре реабилитации детей «Коррекция и развитие» при проектировании индивидуальной программы психолого-педагогической реабилитации используется мультимодальная система, предполагающая индивидуальный и комплексный социально-психологический подход к построению реабилитационного маршрута для каждого ребенка, а также учет уровня его индивидуального раз-

вития и функционирования.

Так же мультимодальная система предполагает сочетание нескольких комплементарных методов коррекционного воздействия в границах одного реабилитационного периода.

Путем стимуляции компенсаторных возможностей организма и активирования нейропластичности мозга мультимодальная система социально-психологической реабилитации вырабатывает у ребенка функциональный ресурс, открывающий возможности для более быстрого моторного и психического развития ребенка.

Мультимодальная система психологической коррекции разрабатывается индивидуально для каждого ребенка на основе:

- классических нейропсихологических методов;
- телесно-ориентированной терапии;
- методов формирования схемы тела на базе глубокой тонической чувствительности и уровней движения;
- интеграции врожденных рефлексов;
- сенсорной интеграции;
- арт-терапии;
- kineticsand (работа с кинетическим песком);
- эбру-терапии;
- подходов к арт-технике Sand Art;
- нейроакустической коррекции;
- антистресстерапии;
- поведенческой терапии.

Реализация мультимодальной системы при построении психолого-педагогической программы реабилитации базируется на следующих принципах:

**Принцип системности.** Коррекционная работа направлена не на преодоление одного дефекта, а на гармонизацию психического функционирования и личности ребёнка в целом.

**Принцип комплексности.** Воздействие оказывается комплексно на эмоциональную, когнитивную и сенсомоторную сферы.

**Принцип вовлеченности.** Специалист должен создать ситуацию эмоционального включения ребёнка в процесс коррекции, а также создать необходимую мотивацию.

**Принцип опоры на сохранные формы деятельности.**

**Принцип опоры на возрастные и индивидуальные особенности ребенка.**

**Принцип коррекции «снизу-вверх».**

**Принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения.**

Ребенок не может развиваться вне социального окружения, он активный его компонент, составная часть системы целостных социальных отношений. Отклонение в развитии и поведении ребенка – результат не только его психофизиологического состояния, но и активного воздействия на него родителей, ближайших друзей и сверстников, педагогического и ученического коллективов школы, то есть сложно-

сти в поведении ребенка – следствие его отношений с ближайшим окружением, особенностей их совместной деятельности и общения, характера межличностных контактов с социумом (Г.В. Бурменская, О.А. Карабанова) [1].

Учитываются индивидуальные потребности ребенка, связанные с его жизненной ситуацией и состоянием здоровья, определяющие особые условия получения им образования (далее – особые образовательные потребности), индивидуальные потребности отдельных категорий детей, в том числе с ограниченными возможностями здоровья.

Представленная мультимодальная система социально-психологической реабилитации основана на взаимодействии науки, практики и инновационных технологий, что повышает качественный уровень коррекционной деятельности специалистов.

Основная цель мультимодального подхода к построению реабилитационных программ – создание наиболее благоприятных условий развития личности путем обеспечения гибкости содержания диагностики и коррекции, приспособления к индивидуальным потребностям ребенка, семьи его воспитывающей и уровню его актуального развития посредством организации коррекционно-развивающей деятельности по индивидуальному реабилитационному маршруту.

Мультимодальная система построения реабилитационных программ позволяет разложить задачи реабилитации на кратковременную и долгосрочную перспективы, увидеть

каждую функцию и ее нарушение как в отдельности, так и в совокупности с другими функциями, что позволяет избежать грубого редуccionизма. То есть у специалиста всегда есть возможность увидеть не только единицу нарушения, но и представлять, из чего она складывается, на что влияет сама, что оказывает влияние на нее и т.д.

В таблице представлены компоненты мультимодальной системы построения реабилитационных программ.

Таблица

Компоненты мультимодальной системы психолого-педагогической реабилитации

№	Модуль	Компоненты модульной программы
1	Нейроакустическая коррекция	Биоакустическая коррекция головного мозга на базе аппаратного комплекса «Синхро-С»
		Бинауральный альфа-тренинг функциональной активности головного мозга на основе аудиовизуального комплекса
		Нейроакустическая коррекция на основе аппаратно-программного реабилитационного комплекса «STRESSLESS»
		Нейроакустическая коррекция на базе аппаратного комплекса SOUNDSORY
2	Нейросенсомоторная коррекция	Сенсорная интеграция
		Интеграция врожденных рефлексов
		Метод формирования схемы тела на основе глубокой тонической чувствительности и уровня движения
		Мозжечковая стимуляция
		Мозжечковая стимуляция с интегрированной интерактивной программой OMI FLOOR
		Нейропсихологическая коррекция с интегрированной программой сенсорной стимуляции
		Нейрокоррекция
3	Коррекция эмоционально-волевой сферы	Арт-терапия
		Антистресс-терапия на базе аппаратно-программного комплекса «Ауторелакс»
		Антистресс-терапия на базе аудиовизуального комплекса «ДисНет»
		DIRFloortim
4	Развитие речи и коммуникации	АВА-терапия
		Директивная игровая терапия
		Социальная адаптация с интегрированным методом недирективной игровой терапии

Рассмотрим каждый компонент подробнее.

Модуль нейроакустической коррекции реализуется с использованием комплементарных аппаратных комплексов: «Синхро-С», «ДисНет», «Stressles», «SOUNDSORY».

Нейроакустическая коррекция оказывает сильное стимулирующее воздействие на мозг, поэтому перед назначением этой терапии необходимо сделать ЭЭГ, нейроэнергокартирование, чтобы контролировать активность коры больших полушарий мозга.

Основной целью нейроакустической коррекции является активация процессов нейропластичности за счет синхронизации эндогенной нейронной активности, а также включение морфофункциональных компенсаторных механизмов.

Форма занятий: индивидуально.

Положительный эффект:

- восстановление функционального состояния ЦНС – нормализация параметров электроэнцефалограммы;
- нормализация психофизиологических и психологических показателей (улучшение психоэмоционального состояния, улучшение настроения, повышение активности, снижение эмоциональной напряженности и утомляемости, нормализация сна и аппетита, уменьшение фиксированности на своем состоянии, снижение показателей невротичности, депрессивности, агрессивности и др.);
- стимулирующий и восстановительный (стимуляция психического и речевого развития у детей с задержками речевого и психоречевого развития, эффективное восстанов-

ление речевых и когнитивных функций после органического поражения головного мозга и др.).

Инновации и преимущества нейроакустической коррекции:

- немедикаментозное и неинвазивное лечение;
- отсутствие адаптации, побочных эффектов и возрастных ограничений;
- высокая эффективность, доказанная многолетним использованием;
- совместимость и ускорение других видов лечения, уменьшение медикаментозной нагрузки, в ряде случаев возможность замены медикаментозного лечения;
- комфортность процедуры для клиентов;
- простота использования метода на практике.

Модуль нейросенсомоторной коррекции является интеграцией технологии смежных направлений, углубляющих воздействие:

- нейрокоррекция и гимнастика мозга;
- сенсорная интеграция;
- формирование ритмов;
- интеграция врожденных рефлексов;
- интеграция социальных программ поведения;
- формирование схемы тела на базе высокой тонической чувствительности и уровней движения;
- дыхательная гимнастика (дыхательная гимнастика Цигун, дыхательные нейрокоррекционные техники).

Цель модуля: создание условий для оптимального развития личности ребенка, с возможностью перехода на различные уровни коррекции и взаимодействия с ним.

Задачи модуля:

I. На уровне работы головного мозга:

1) Переструктурирование нарушенных функций в работе головного мозга и создание компенсирующих механизмов в регуляции ЦНС.

2) Развитие и стабилизация межполушарных связей, а также связей между тремя функциональными блоками и внутри блоков непосредственно.

3) Активизация и развитие подкорковых структур, коры ГМ.

4) Восстановление или регуляция общего энергетического, активационного фона психических процессов.

5) Восстановление или формирование саморегуляции, ритмов работы.

6) Коррекция гипер- и гипочувствительности.

II. На уровне построения движений:

1) Проработка функциональных звеньев сенсомоторного развития ребенка.

2) Восстановление баланса между сенсорной и моторной сферами функционирования головного мозга.

3) Проработка и восстановление схемы тела.

4) Проработка и восстановление пространственных представлений.

5) Интеграция рефлексов и закрытие «белых пятен» в функционировании ЦНС.

6) Выстраивание базиса для дальнейшего интеллектуального и социального развития.

7) Развитие крупной и мелкой моторики.

8) Улучшение равновесия и координации, развитие зрительно-моторной координации.

9) Расширение двигательного репертуара.

10) Коррекция гиперактивности или инертности.

III. На уровне высших психических функций и интеллектуального развития:

1) Развитие сенсомоторного интеллекта как базы дальнейшего речевого и личностного развития.

2) Развитие высших психических функций.

3) Повышение уровня общей работоспособности.

4) Улучшение навыков вработываемости, повышение порога утомляемости/истощаемости и т.д.

5) Расширение представлений о себе и окружающем мире.

6) Расширение социальных контактов и глубины взаимодействия.

7) Коррекция импульсивности.

8) Развитие саморегуляции и контроля поведения.

9) Развитие речи.

10) Повышение адаптационных возможностей ребенка.

Форма занятий: диада «ребенок-специалист», «ребенок –

родитель»), триада «специалист – ребенок – тьютор».

1. Занятия, ориентированные на преодоление дефицита функционирования определенных структур мозга, целью которых является стимуляция нервных структур.

2. Занятия, ориентированные на развитие функциональных навыков, что предполагает развитие у ребенка функциональных навыков, необходимых для жизни.

Положительный эффект:

восстановление и формирование межполушарных связей, взаимодействие между различными зонами головного мозга;

стимуляция психического и речевого развития у детей с задержками речевого и психоречевого развития, минимальными мозговыми дисфункциями, стимуляция речевых и когнитивных функций после органического поражения головного мозга.

Модуль коррекции эмоционально-волевой сферы включает такие направления как Арт-терапия, Floortime, Анти-стресс-терапия на базе аппаратно-программного комплекса «АУТОРЕЛАКС», Audio-visualanti-stresstherapy осуществляется на базе аудиовизуального комплекса (АВК), разработанного компанией «ДисНет».

Коррекционные цели:

Вырабатывание умения преодолевать трудности.

Формирование самостоятельности, ответственности.

Формирование стремления добиваться результатов, доводить начатое дело до конца.

Развитие умения действовать целенаправленно, преодолевать посильные трудности.

Развитие критичности.

Развитие инициативы, стремления к активной деятельности.

Выработка положительных привычек поведения.

Выработка чувства дистанции и уважения к взрослым.

Снижение тревожности.

Коррекция агрессивного поведения.

Снижение импульсивности.

Формирование навыка различать эмоции свои и других людей.

Коррекция страхов.

Для детей с повышенной тревожностью или явными фобиями методы коррекции эмоционально-волевой сферы выступают как методы успокоения, для тех, кто грустит, эта техника – средство повышения настроения, а людям, уверенным в собственной ничтожности, данная техника помогает поверить в себя и осознать собственную важность и уникальность.

Форма проведения занятий.

Индивидуальные, подгрупповые, диада «ребенок – родитель», триада «родители – ребенок».

Положительный эффект.

Методы коррекции эмоционально-волевой сферы помогают справиться с различными нарушениями поведения, нала-

дить взаимоотношения с другими детьми и взрослыми, избавиться от психосоматических заболеваний, повышенной тревожности, страха, неврозов, пережить трудности, которые связаны с различными семейными и социальными ситуациями.

В процессе терапии ребенок начинает лучше понимать свои чувства, развивается способность к принятию собственных решений, повышается самооценка, коммуникативные навыки.

Модуль развития речи и коммуникации включает такие методы как: АВА-терапия, директивная игровая терапия, развитие коммуникативных навыков с интегрированным методом PECS, социальная адаптация с интегрированным методом недирективной игровой терапии.

Целью модуля развития речи и коммуникации является формирование коммуникативных навыков у детей.

Поставленная цель реализуется в ходе обучения, включающего 7 основных направлений работы:

Формирование умений выражать просьбы/требования.

Формирование социальной ответной реакции.

Формирование умений называть, комментировать и описывать предметы, людей, действия, события.

Формирование умений привлекать внимание и задавать вопросы.

Формирование умений выражать эмоции, чувства, сообщать о них.

Формирование социального поведения.

Формирование диалоговых навыков.

В ходе обучения детей ставится ряд неспецифических и специфических задач. Актуальными для каждого направления психолого-педагогической коррекции являются неспецифические, общие задачи:

формирование коммуникативной мотивации;

формирование вербальных средств коммуникации;

формирование интенциональной направленности речи;

формирование невербальных средств коммуникации;

формирование умения «выступать» в различных коммуникативных ролях: «говорящего» и «слушающего»;

закрепление коммуникативных навыков в повседневных ситуациях.

Таким образом, мультимодальная система позволяет сочетать различные подходы к отбору содержания, его представлению и способам организации реабилитационного процесса, что в значительной мере повышает эффективность коррекционных мероприятий.

Список литературы:

Аксенова Л. И. Ранняя помощь детям с ограниченными возможностями здоровья: учеб. пособие для СПО / Л. И. Аксенова. – М. : Юрайт, 2018. – 377 с. – (Серия: Профессиональное образование).

Баранов А. А. Здоровье, обучение и воспитание детей: ис-

тория и современность (1904-1959-2004) / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. – М.: Династия, 2006. – 312 с.

Баранов А. А. Социальные и организационные проблемы педиатрии: избр. очерки / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий. – М.: Династия, 2003. – 512 с.

Баранова Н. Ю. Программы раннего вмешательства для детей с множественными нарушениями // Нет «необучаемых детей»: Книга о раннем вмешательстве. / Под ред. Е. В. Кожевниковой, Е. В. Клочковой. – СПб., 2007, – С. 152-175.

Загвязинский В. И. Методология и методы психолого-педагогического исследования: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. И. Загвязинский, Р. Атаханова. – М.: Изд-во «Академия», 2006. – 208 с.

# **ПРАКТИКА РЕАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ В СИСТЕМЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ**

Васючкова Е.В., Гусакова Ю.В., Ковалева И.В., Карячки-  
на З.Н.,

Курбатова И.В., Покусаева С.А., Смагина Ю.В.

По данным ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский Центр Здоровья Детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации не более 2-15% детей можно признать относительно здоровыми. По результатам обследования 71% детей попадает в группу риска и нуждается в систематическом медико-психолого-педагогическом сопровождении. Имеют статус ребенка-инвалида 12% детей. Основной причиной детской инвалидности и отставания психомоторного развития детей является патология нервной системы, а вклад ее перинатальных повреждений достигает 60-80% всех неврологических заболеваний [7].

Иногда, уже с момента рождения ребенка может быть очевидным, что семье потребуется поддержка специалистов в его развитии. Часто это касается детей, которым сразу после рождения был поставлен диагноз (например, синдром Дауна), детей, родившихся недоношенными, с малой массой те-

ла, или детей, которые были прооперированы сразу же после рождения. Даже до того, как ребенок будет выписан домой из больницы, родители могут нуждаться в консультации специалистов по ранней помощи о том, как развивать ребенка. Некоторые дети могут появиться на свет без каких-либо проблем, но их развитие может происходить медленнее, чем у остальных детей, или отличаться от типичных образцов развития [8].

В связи с этим особенно остро стоит проблема абилитации и реабилитации детей раннего возраста. Появление и функционирование в рамках ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция развитие» Службы ранней помощи (СРП) позволяет подойти системно к решению этой сложнейшей задачи, а также дает возможность оказывать необходимую поддержку семьям, воспитывающим особых детей.

В центре «Коррекция и развитие» ранняя помощь – это комплекс услуг, оказываемых на междисциплинарной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на содействие физическому и психическому развитию детей, их вовлеченности в естественные жизненные ситуации, на формирование позитивного взаимодействия и отношений детей и родителей, детей и других, непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, в семье в целом, включение детей в среду сверстников и их интеграцию в общество, а также на повышение компетентности родителей и других непосредственно

ухаживающих за ребенком лиц. К целевой группе относятся дети и семьи детей младенческого, раннего дошкольного возраста, имеющие нарушения / отклонения в развитии, нарушения поведения и психического здоровья, вызванные медицинскими, биологическими и социальными факторами, а также риск возникновения отставания в одной из областей развития, в том числе дети:

с инвалидностью;

с ограниченными возможностями здоровья;

имеющие высокий риск ограничений в развитии, установленные в медицинском учреждении;

проживающие в условиях социального риска, подвергшиеся серьезному стрессу или насилию.

Основными задачами специалистов Службы ранней помощи является предоставление возможности родителям приобрести необходимые навыки взаимодействия, игры и ухода за ребенком с учетом его особенностей для того, чтобы избежать, либо снизить отставание в развитии и степень выраженности ограничений жизнедеятельности ребенка.

Работа специалистов СРП включает подходы: системный, комплексный, личностно-ориентированный, деятельностный и уровневый (рисунок 1).

Системный подход в целом складывается из взаимодополняющих элементов: системно-структурного, системно-функционального и системно-генетического (L. Bertalanffy, С.W. Churchman, М.И. Сетров, Е.Н. Князева, С.П. Курдюмов,

И.В. Прангишвили, В.Н. Спицнадель, Ю.А. Цагарелли и др.) [5].

Системно-структурный подход предполагает проведение полного диагностического обследования ребёнка, что позволяет получить стереоскопическое представление обо всех аспектах его развития.

Системно-функциональный подход соотносится с понятием функции и функционирования. Поскольку ребенок является частью системы, то его функционирование обусловлено качеством взаимодействия с этой системой, возможностью принимать и непрерывно обменивается с ней информацией, энергией, содержанием. Такое внешнее проявление свойств даёт возможность определить назначение и роль каждого элемента системы.

Благодаря системно-генетическому подходу возможно обоснование порядка взаиморасположенности исследуемых качеств и свойств ребёнка с учетом их индивидуального и эволюционного развития.

<i>Системный подход</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• подход, при котором ребенок рассматривается в качестве системы, т.е. совокупности взаимосвязанных компонентов (элементов), имеющих цель (выход), ресурсы (вход), обратную связь, взаимосвязь с внешней средой</li> </ul>
<i>Комплексный подход</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• позволяет всесторонне изучить и понять влияние системы медико-психолого – педагогических мероприятий на развитие ребенка</li> </ul>
<i>Личностно-ориентированный подход</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• учет индивидуальных особенностей и способностей, их актуальных и потенциальных возможностей</li> </ul>
<i>Деятельностный подход</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• в центре внимания стоит совместная деятельность детей со взрослыми; учитывает характер и законы смены типов ведущей деятельности в развитии и формировании личности ребенка</li> </ul>
<i>Уровневый подход</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• позволяет конкретизировать представления об общих и специфических закономерностях развития, иначе подойти к организации диагностической и коррекционно-развивающей работы</li> </ul>

Рисунок 1. Подходы, реализуемые в работе специалистов Службы ранней помощи

Комплексный подход проявляется в том, что работу осуществляет междисциплинарная команда специалистов – группа профессионалов различных специальностей (врачей, педагогов, психологов и др.), оказывающих помощь конкретному ребенку и его семье. Работа в команде строится на партнерских взаимоотношениях между специалистами, все решения принимаются ими совместно после обсуждений, но при этом каждый член команды несет ответственность за свою профессиональную работу.

Для оказания максимально эффективной помощи, деятельность каждого специалиста в составе единой команды, осуществляется на основе алгоритма личностно-ориентированного подхода к ребенку и составлении индивидуальной программы реабилитации [6].

С учетом выше обозначенных положений наиболее полно осуществить оценку актуального состояния ребенка позволяет международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП), которая дает возможность точно описать состояние здоровья на различных возрастных этапах. Коды классификации представляют функции и структуры организма, характеристики активности и участия, а также факторы окружающей среды, оказывающие воздействие на здоровье и жизнедеятельность детей и подростков. Данный вид работы осуществляется специалистами отделения комплексной диагностики и включает в себя три ступени: проведение диагностики в начале реабилитационного периода (определение исходного состояния ребенка), диагностика в процессе реабилитации (определение динамики изменений) и по завершении курса (оценка полученного результата).

Диагностику и наблюдение за соматическим и нервно-психическим здоровьем осуществляет команда медиков отделения медико-социальной реабилитации. При выявлении соответствующих изменений ребенку назначается комплексная медико-психолого-педагогическая коррекция, что

создает условия для повышения реабилитационного потенциала, реабилитационного ресурса ребенка и семьи. Все назначения подбираются каждому ребенку индивидуально, а в некоторых случаях родителям предлагается принимать процедуры вместе с детьми.

Говоря о практике реализации системного подхода к оказанию ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, в данной статье мы обозначим методики работы специалистов, которые при целенаправленном воздействии на ребенка и его семью, дают видимые положительные результаты, помогают улучшить качество жизни малыша, способствуют его социализации, формированию более продуктивного взаимодействия внутри воспитывающей его семейной системы.

Недирективная игровая терапия. Является одним из основных методов в работе психолога. Это не отдельный метод лечения или программа помощи, это путь к пониманию уникальности каждого ребенка, выстраиванию и организации комплексной терапевтической программы. Применяя данный метод на психокоррекционных занятиях, специалисты обеспечивают ребенку позитивный опыт роста в присутствии понимающего и поддерживающего взрослого, как необходимого условия для обнаружения ребенком внутренних сил. Согласно подходу, цели игровой терапии, сфокусированной на ребенке, согласуются с внутренним стремлением ребенка к самоактуализации. Цель игровой терапии: по-

мочь ребенку развить позитивную Я-концепцию; стать более самоуправляемым, ответственным в своих действиях и поступках; выработать бóльшую; способность к самопринятию; в бóльшей степени полагаться на самого себя; выработать способность к самостоятельному принятию решений, овладеть чувством контроля; развить сензитивность к процессу преодоления трудностей; обрести веру в самого себя. Используются три класса игрушек для игровой терапии: игрушки из реальной жизни; игрушки, помогающие отреагировать агрессию; игрушки для творческого самовыражения и ослабления эмоций. В рамках работы Службы ранней помощи психологи используют и спонтанную игру, и занятия по развитию сенсорной сферы, и занятия по развитию моторики. Особое внимание уделяется мини-переменам для обеспечения промежуточной физической активности внутри занятия.

Другое направление недирективной игровой терапии – методика Floortime, основанная на развитии индивидуальных особенностей детей. Разработана Стенли Гринспеном (США) специально для детей группы риска по РАС. В центре «Коррекция и развитие» успешно практикуют такую игровую методику для детей до трёх лет и старше. Работа над внешними сторонами поведения и симптомами – это не главная цель терапии в рамках концепции DIR и методики Floortime. В первую очередь внимание уделяется созданию фундамента для здорового развития ребенка. Благодаря дан-

ному подходу дети приобретают ключевые способности, отсутствующие или нарушенные в процессе их развития: способность к теплым, принимающим отношениям с окружающими, целенаправленному и полноценному общению и в различной степени к логическому, творческому и абстрактному мышлению. Терапию можно начинать не только с самыми маленькими детьми (до года), но и проводить с подростками и со взрослыми (в этом случае место игры занимает специально построенная беседа). При этом, в программе Floortime при работе с детьми с РАС важнейшая роль отводится родителям, в отличие от других программ, которые делают упор на вмешательство профессионалов.

Кроме вышеперечисленного, самым распространенным методом, применяемым педагогами-психологами службы ранней помощи, является игровая терапия (игротерапия) – метод лечения или коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств у детей, в основу которого положен, свойственный ребёнку способ взаимодействия с окружающим миром – игра. Основная цель игровой терапии в том, чтобы помочь ребёнку выразить свои переживания наиболее приемлемым для него образом – через игру, а также проявить творческую активность в разрешении сложных жизненных ситуаций, «отыгрываемых» или моделируемых в игровом процессе.

Игротерапия рассматривается специалистами в первую очередь, как средство динамичной коррекции, разбаланси-

рованной эмоционально-волевой, коммуникативной и опорно-двигательной сфер детей раннего возраста. Целесообразность использования игротерапии в организации коррекционно–развивающего сопровождения малышей обусловлена, во-первых, тем, что игра для них остаётся наиболее освоенным и органичным видом деятельности и общения. Во – вторых, этот метод сочетает единство психологической природы игры и общения. В – третьих, в игре ребёнок может свободно выражать себя, освобождаясь от напряжения и фрустрации повседневной жизни. Наконец, игротерапия представляет уникальный опыт для социального и психического развития ребёнка, открывая ему возможность установления значимых личностных связей с взрослым [2].

Спектр работы дефектолога также разнообразен и адаптируется под потребности отдельно взятого ребенка. Среди наиболее востребованных методик можно выделить канистерапию, телесноориентированную терапию, а также коррекционно-развивающие занятия, которые выстраиваются в соответствии с выбранной траекторией индивидуальной работы.

Канистерапия – метод лечения и реабилитации с использованием специально отобранных и обученных собак, уже на протяжении многих лет является востребованной методикой. Благодаря работе с голден ретривером, дети начинают проявлять высокую для них социальную активность. Более того, некоторые дети начинают идти на вербальный контакт, несмотря на имеющуюся задержку речевого развития. Ка-

нистерапия погружает ребёнка в атмосферу игры, пробуждает позитивную мотивацию. Помимо этого, общение с животным улучшает эмоциональный фон ребёнка и расширяет диапазон его знаний об окружающем мире. Во время общения с собакой в организме вырабатывается гормон окситоцин, который вызывает целый комплекс других положительных изменений. Важно также отметить, что в детской реабилитации взаимодействие с животным является позитивным опытом отношений с внешним миром. А это залог для развития социальной заинтересованности и ориентации на социальный контакт.

Телесноориентированная терапия – метод психологической коррекции личности через работу с физикой тела. Это одно из самых современных и эффективных направлений в психологической практике. Его отличие от всех других заключается в том, что привычная психологическая работа дополняется работой с телом ребенка.

В настоящее время отмечается рост детей с нарушениями восприятия собственного тела из окружающего мира и искаженного представления о себе. При таких нарушениях ухудшается способность центральной нервной системы управлять движениями тела, что видно по неустойчивости позы ребенка, по поиску дополнительных опор при стоянии, сидении, ходьбе.

Во время занятий у ребёнка постепенно улучшается восприятия глубокой чувствительности, он учится лучше

управлять своим телом, это заметно по правильному становлению позы, начинает взаимодействовать с окружающей средой, проявлять важные чувства и эмоции (защита, поддержка, доверие) посредством простых движений.

Связь тела и эмоций двусторонняя. Если эмоции влияют на тело, то и через тело можно влиять на эмоциональное состояние.

Важным помощником в работе с особенными детьми в центре «Коррекция и развитие» стал сенсорно-динамический комплекс с набором специальных подвесных снарядов для занятий по методу сенсорной интеграции и другим коррекционно-развивающим технологиям «Дом Совы», который специалисты и родители ласково называют «Сова-Нянька».

Сенсорная интеграция – процесс, во время которого нервная система человека получает информацию от рецепторов всех чувств (осязание, вестибулярный аппарат, ощущение тела, обоняние, зрение, вкус, слух и т.д.), а затем организует их и интерпретирует так, чтобы они могли быть использованы в повседневной деятельности. Другими словами, это реакция и адаптация, служащая для выполнения определенного действия, принятия соответственного положения тела и т. п. На первом этапе жизни основная задача ребенка – это управление и координация своих органов чувств и движений собственного тела. Как только ребенок начинает двигаться, в головном мозге формируется внутренняя карта движений,

которая позволяет ему ориентироваться, взаимодействовать с окружающим миром и самообучаться. Это и есть сенсомоторный интеллект.

Комплекс «Дом Совы» представляет собой уникальное пространство, где ребенок познает свой внутренний и окружающий мир именно через движение. Это безопасное место, где можно познавать возможности тела и эффективно осваивать двигательные навыки. Разнообразные вариации использования снарядов способствуют развитию не только физической силы, но также и телесной пластики, ловкости, баланса и координации. Развитие получает не только тело, но и мозг.

Особыми помощниками в коррекционной работе являются интерактивные средства. Использование в работе психологов, дефектологов и логопедов средств инфокоммуникационного воздействия делает занятия для малышей не только более увлекательными, но и более продуктивными [1].

Так как речь – одно из основных средств коммуникации с внешним миром, и задача специалистов – помочь ребенку научиться продуктивно коммуницировать с окружающим миром и людьми рядом с ним, то особенно важны в коррекционной работе с детьми наушники с костной проводимостью Forbrain. Эти наушники дают возможность воспринимать звуки посредством двух разных каналов: внешнего воздушного и внутреннего костного. Ребенок, который имеет различные речевые нарушения, воспринимает звуковую информацию благодаря вибрациям, проходящим через косточ-

ки аудиоканала. Это и есть костная проводимость. При костной проводимости звуковая информация попадает прямо во внутреннее ухо благодаря вибрациям, проходящим через височные косточки. Это примерно в 10 раз быстрее воздушной проводимости. Вследствие чего, ребенок быстрее вступает в коммуникацию со специалистом, значительно лучше воспринимает звуковые стимулы окружающей среды, что способствует более качественному развитию коммуникативных навыков.

Другим интерактивным средством, активно используемым специалистами, является комплекс «Авиатор», который появился в Службе ранней помощи сравнительно недавно, но занял в ней свое особое место. Он создан таким образом, что ребенок может себя ощущать настоящим пилотом самолета, и в игровом процессе, в очень увлекательной форме выполнять задания на развитие внимания, мышления, зрительно-моторной координации. При этом вся ответственность за игровой обучающий процесс ложится непосредственно на ребенка, что тренирует усидчивость, концентрацию внимания, учит соизмерять действие и результат. А это очень важно в формировании навыков самоорганизации, необходимых взрослому ребенку в его повседневной и будущей школьной жизни.

Мультимедийные технологии в работе логопеда повышают эффективность коррекционно-логопедической работы с детьми с нарушениями речи. Многофункциональным реше-

нием для логопедического кабинета в нашем Центре выступает мультимедийный интерактивный коррекционный логопедический стол Logo 10 версия Premium. Его сенсорный экран с антивандальной поверхностью позволяет детям передвигать объекты по экрану панели пальцами руки. Все, что взрослые могут сделать с помощью мыши, дети выполняют, действуя пальцем на панели.

Использование сенсорной панели на дефектологических занятиях с детьми раннего возраста способствует:

- формированию продуктивного контакта;
- развитию игровой деятельности;
- развитию понимания речи в виде простых инструкций;
- стимуляции и активизации речевой деятельности;
- повышению мотивации и увеличению работоспособности при коррекции речевых нарушений;
- формированию сенсорного развития (цвет, форма, величина);
- развитию высших психических функций (восприятие, внимание, память, мышление, речь) за счет повышения уровня наглядности;
- развитию точности движений рук и мелкой моторики;
- формированию математических представлений;
- формированию навыков пространственной ориентировки;
- повышению качества обучения детей;
- развитию внимания к действиям взрослого, умению дей-

ствовать по подражанию;

обеспечению эмоционального комфорта на занятиях.

При проведении занятий логопед использует различные мультимедийные презентации, электронные логопедические игры и программы («Я расту», «Игры с Тигрой», «Логомер»).

Программа «Я расту» предназначена для развития сенсорных функций, интеллектуальных и творческих возможностей, вызывания и развития речи у детей дошкольного возраста. Программа содержит описание и подробные методические рекомендации, позволяющие эффективно организовать индивидуальную работу с детьми раннего возраста. Программа представлена в виде игрового процесса, и предлагает серии упражнений, игр, заданий в соответствии с возрастом ребёнка [4].

Компьютерная программа «Игры для Тигры» предлагает серию упражнений на звукопроизношение, просодию, фонематику и лексику. Программа исключает отрицательную оценку для того, чтобы создать ситуацию успеха при работе с программой и положительного настроения детей на преодоление возникших в процессе выполнения заданий затруднений и позволяет в дальнейшем сформировать у ребенка навыки самоконтроля за собственной речью [3].

Программа «Логомер» представляет собой 90 интерактивных игр для проведения обследования, а также для индивидуальных и групповых занятий по рубрикам:

дыхание, воздушная струя;  
фонематический слух;  
неречевой слух;  
звукоподражание;  
интерактивная артикуляционная гимнастика.

Игры в данном комплексе подходят для работы с детьми с трудностями в развитии речи, психики и здоровья. Одну и ту же задачу специалист может решить разными способами в зависимости от особенностей ребенка. В комплексе есть простые и сложные игры, задания с опорой на визуальное и аудиальное восприятие, игры на скорость и в свободном темпе. С помощью настроек можно адаптировать игры к индивидуальным особенностям ребенка.

Использование в коррекционной работе мультимедийных презентаций, предотвращает утомление детей, поддерживает у детей с различной речевой патологией познавательную активность, повышает эффективность логопедической и дефектологической работы. Их применение на занятиях логопеда и дефектолога интересно, познавательно и увлекательно детям.

Таким образом, использование различных интерактивных информационных технологий в коррекционной работе позволяет оптимизировать компенсаторные возможности и достичь оптимальной коррекции нарушенных у детей функций.

Сочетание методик диагностики, недирективной игровой

терапии, канистерапии, телесно-ориентированной терапии, сенсорной интеграции и интерактивных средств при реализации системного подхода к оказанию ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья позволяет превратить коррекционно–развивающий процесс в увлекательную, интересную, эффективную игру и достичь значительных положительных результатов.

Также важна позиция родителей. Только сочетание согласованных, скоординированных действий разных специалистов и активного включения членов семьи ребенка в осуществление процесса раннего вмешательства, позволяет сделать этот процесс максимально эффективным.

#### Список литературы:

Азамова М.Н. Использование информационных компьютерных технологий в процессе развития детей дошкольного возраста [текст] / М.Н. Азамова // Молодой ученый. 2012. – №11. – С.385-387.

Бугуславская З.М., Смирнова Е.О. Развивающие игры для детей дошкольного возраста. – М.: Просвещение, 1991. – 208с.

Лизунова Л.Р. Компьютерная технология коррекции общего недоразвития речи у детей старшего дошкольного возраста: Учебно-методическое пособие. – Пермь, 2009. – 60с.

Лынская М.И. Организация логопедической помощи с использованием компьютерных программ [Текст]: [из опыта

работы логопеда дет. сада N 2457 Москвы] // Логопед в детском саду: науч.-метод. журн. – 2006. – N 6(15). – С. 54-56.

Прангишвили И.В. Системный подход и общесистемные закономерности. – М.: Издательство СИНТЕГ, 2000. – 528 с.

Рахманина И.Н., Сязина Н.Ю., Тимашева Л.В. Системный подход к оказанию ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья: теоретические и прикладные аспекты // Физическая и реабилитационная медицина. – 2020. – Т.2. – №1. – С. 61-67.

Сайт ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский Центр Здоровья Детей» Министерства здравоохранения РФ / [Электронный ресурс]. – URL: <https://nczd.ru/> (Дата обращения 15.02.2021).

Что такое ранняя помощь? / АНО ДПО «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства» [Электронный ресурс]. – URL: <http://eii.ru/semyam/что-такое-ранняя-помощь/> (Дата обращения 15.02.2021).

# **СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В УЧРЕЖДЕНИЕ**

Гнилицкая Н.А.

Социальное сопровождение – это содействие гражданам, в том числе родителям, попечителям, опекунам и иным законным представителям несовершеннолетних детей, в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам [3].

Семьи, нуждающиеся в социальном сопровождении – это граждане, члены семей, нуждающиеся либо только в социальном сопровождении, либо в сопровождении в дополнение к социальному обслуживанию (помимо предоставления социальных услуг).

Социальное обслуживание граждан – это деятельность по предоставлению социальных услуг.

На рисунке 1 представлена информация о том, кто выступает получателем социальных услуг.

Получатель социальных услуг - гражданин, который признан нуждающимся в социальном обслуживании и которому предоставляются социальные услуги или социальная услуга

Гражданин, проживающий на территории Астраханской области

Призванный нуждающимся в социальном обслуживании

Не имеющий медицинских противопоказаний, предусмотренных законодательством РФ

Рисунок 1. Получатель социальных услуг

Выделяют несколько уровней социального сопровождения:

адаптационный (12 месяцев);

базовый (12 месяцев): в случае наличия у ребенка ограничения жизнедеятельности (инвалидность) и другие;

кризисный (6 месяцев): в случае наличия внутрисемейного конфликта, не угрожающего жизни и здоровью ребенка;

экстренный (3 месяца): в случае наличия угрозы жизни и здоровью ребенка.

Цель осуществления социального сопровождения: повышение качества социального обслуживания семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, и обеспечение уровня доступности предо-

ставляемых им социальных услуг и социальной помощи в целях раннего предупреждения семейного неблагополучия и сохранения семьи для ребенка [1].

Задачи социального сопровождения:

Внедрение социального сопровождения семей с детьми с учетом положений федерального закона 28.12.2013 № 442–ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [3].

Разработка необходимых информационно-методических и нормативных документов, обеспечивающих внедрение социального сопровождения семей с детьми с особенностями развития в реабилитационном центре.

Обеспечение эффективных изменений в системе социальной поддержки семей, воспитывающих детей с особенностями развития, посредством регламентации порядка реализации социального сопровождения таких семей.

Создание условий для формирования устойчивой продуктивной модели внутриотраслевого и межведомственного взаимодействия по социальному сопровождению семей с детьми с особенностями развития.

Обеспечение профилактики и/или преодоления кризисных ситуаций в семье, помощь в создании условий для успешной адаптации и социализации детей, содействие укреплению семьи.

Организация социального сопровождения семей базируется на нескольких принципах: комплексность, добро-

вольность, адресность, доступность, вариативность, непрерывность, конфиденциальность, рекомендательный характер [2].

Документы, регламентирующие порядок осуществления социального сопровождения в

приказ об утверждении Порядка предоставления социальных услуг ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие»;

приказ об утверждении документооборота при организации деятельности по предоставлению социальных услуг;

приказ руководителя об утверждении документов, регламентирующих деятельность каждого структурного подразделения учреждения;

приказ об утверждении Правил внутреннего трудового распорядка;

должностные обязанности специалистов.

Социальное сопровождение в рамках центра осуществляется в различных формах:

социально-реабилитационное обслуживание;

консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание;

мобильная служба инновационных услуг;

дистанционное консультирование;

выездные мобильные бригады;

семинары, практикумы, родительский клуб;

служба «Социальное такси»;

подготовка к школе;

организация и проведение культурно-массовых, спортивных мероприятий.

Организация социального обслуживания и сопровождения в Центре реабилитации включает в себя несколько этапов.

Первый этап. Выявление семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями.

По направлению учреждений социальной защиты, здравоохранения, либо по самообращению производится запись на консилиум (определяется дата приема и перечень необходимых документов). В случае решения консилиума о возможности социального обслуживания в Центре, наступает второй этап.

Второй этап. Оформление и прием на социальное обслуживание.

Оформляется и регистрируется заявление на социальное обслуживание.

Изучается социальный запрос семьи, проводится первичное обследование, полный сбор информации о семье.

Определяются виды и формы социально-реабилитационного обслуживания (составляется акт оценки условий жизнедеятельности гражданина, заполняется анкета по определению потребности семьи в социальном сопровождении).

За каждой семьей закрепляется куратор (специалист по социальной работе).

Проводится сбор документов, необходимых для предоставления социальных услуг:

документ, удостоверяющий личность получателя социальных услуг;

документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении за получением социальных услуг представителя получателя социальных услуг);

документы, подтверждающие место жительства и (или) пребывания, фактического проживания получателя социальных услуг;

справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная федеральным учреждением медико-социальной экспертизы (при наличии);

индивидуальная программа реабилитации инвалида (при наличии).

выписка из учетной формы 027/у, выданная медицинской организацией, с подробным анамнезом, со сведениями о профилактической иммунизации, перенесенных заболеваниях, реакции Манту;

результаты клинических анализов.

Составляется индивидуальная программа предоставления социальных услуг (ИППСУ).

Таблица

Порядок признания заявителей, нуждающихся в предоставлении социальных услуг

Действие	Ответственный исполнитель	Сроки
Прием и регистрация заявлений и документов, необходимых для признания нуждающимися в предоставлении социальных услуг	Отделение социального сопровождения	В день подачи заявления
Проведение оценки условий жизнедеятельности заявителя и составление акта	Отделение социального сопровождения	В течении 2 рабочих дней со дня регистрации заявления и документов
Принятие решения о признании заявителя нуждающимся в предоставлении социальных услуг	Комиссия по признанию нуждающимися в предоставлении социальных услуг	Не позднее 1 рабочего дня, следующего за днем оформления акта
Направление уведомления заявителю о принятом решении	Отделение социального сопровождения	В течение 1 рабочего дня следующего за днем принятия решения
Составление индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИППСУ)	Отделение социального сопровождения	В течении 5 рабочих дней со дня принятия решения
Предоставление 1 экземпляра ИППСУ заявителю	Отделение социального сопровождения	В срок не более 10 рабочих дней со дня подачи заявления

Заявление на получение социальных услуг можно подать несколькими способами:

в электронной форме;

через федеральную почту;

в виде личного обращения в учреждение – уполномоченное осуществлять прием заявлений граждан о признании

нуждающимися в предоставлении социальных услуг.

Акт оценки условий жизнедеятельности содержит предложения для индивидуальной программы предоставления социальных услуг заявителю, в части формы социального обслуживания, объема, видов, периодичности, сроков, условий предоставления социальных услуг, а также необходимых для социального обслуживания заявителя мероприятий по содействию в предоставлении медицинской, педагогической, психологической, социальной, юридической помощи, не относящейся к социальным услугам.

Решение о признании заявителя нуждающимся в социальном обслуживании, или об отказе в признании заявителя нуждающимся в предоставлении социальных услуг, оформляется распоряжением в день его принятия.

В течение 1 рабочего дня, следующего за днем его принятия, уведомление о принятом решении направляется заявителю.

В уведомлении, в случае принятия решения об отказе, указываются причины отказа и порядок обжалования решения.

С уведомлением о принятом решении об отказе поставщиком социальных услуг заявителю возвращаются все документы, которые были приложены к заявлению.

Решение о признании заявителя нуждающимся в социальном обслуживании принимается при совокупности ряда условий:

наличие одного из обстоятельств, определяющих потребность заявителя в социальных услугах;  
представление полного пакета документов;  
отсутствие медицинских противопоказаний, предусмотренных законодательством РФ.

Заявитель, признанный нуждающимся в предоставлении социальных услуг после получения ИППСУ может обратиться в учреждение для заключения договора на предоставление социальных услуг. В случае наличия очередности для обслуживания регистрируется в журнале очередности по дате подачи заявления.

В договоре на предоставлении социальных услуг раскрываются права и обязанности сторон в соответствии с федеральным законом 28.12.2013 № 442–ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в РФ» [3].

Решение о принятии на социальное обслуживание оформляется соответствующим распорядительным документом Центра – приказом.

Поставщик социальных услуг имеет право оказывать гражданам по их желанию, выраженному в электронной или письменной форме, за плату дополнительные социальные услуги.

На основании индивидуальной программы предоставления социальных услуг, в Центре формируется и утверждается индивидуальная программа социального сопровождения семьи (ИПССС) – документ, в котором прописана система

мероприятий по оказанию гражданину медицинской, психологической, педагогической, социальной и юридической помощи для выявления и устранения причин, лежащих в основе ухудшения условий его жизнедеятельности, снижения возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности.

Третий этап. Реализация утвержденного индивидуально-го плана социального сопровождения семьи.

Данный этап длится 3 месяца. Осуществляется комплекс социально-реабилитационных мероприятий. Также для корректировки дальнейших действий в отношении семьи проводятся промежуточная диагностика и мониторинг.

Четвертый этап. Подведение итогов работы.

На данном этапе принимается решение либо о необходимости дальнейшего социально-реабилитационного сопровождения, либо о выполнении индивидуальной программы и прекращении социального сопровождения.

Социальное сопровождение может быть прекращено:

в связи с прекращением обстоятельств, обуславливающих индивидуальную потребность заявителя;

в связи с достижением ребенком 18 лет;

по желанию заявителя.

Независимо от причины прекращения социального сопровождения, семье предоставляются дальнейшие рекомендации.

Причины прекращения договора о предоставлении соци-

альных услуг:

истечение срока договора о предоставлении социальных услуг и (или) окончание срока предоставления социальных услуг, предусмотренных индивидуальной программой;

личное заявление получателя социальных услуг;

нарушение получателем социальных услуг условий заключенного договора о предоставлении социальных услуг в порядке, установленном договором;

в случае смерти получателя социальных услуг или ликвидации поставщика социальных услуг;

на основании вступившего в законную силу решения суда о признании получателя социальных услуг безвестно отсутствующим или умершим;

при изменении обстоятельств, обусловивших индивидуальную потребность в предоставлении социальных услуг, повлекших за собой пересмотр индивидуальной программы, исключающей предоставление социальных услуг получателю социальных услуг в установленной ранее форме социального обслуживания;

при возникновении у получателя социальных услуг медицинских противопоказаний.

Немаловажную роль в осуществлении социального сопровождения играет куратор, который:

оформляет и ведет личное дело семьи, наблюдает за динамикой ситуации в семье;

привлекает к решению проблем семьи специалистов раз-

личных отделений учреждения и направлений, в зависимости от потребности членов семьи;

организует встречи с семьей, находящейся на социальном сопровождении;

организует проведение информационно-консультативной и реабилитационной работы с семьей, направленной на повышение уровня родительской компетенции, социальной адаптации, социализации, привлекая специалистов различных отделений;

записывает на итоговую диагностику, составляет мониторинг социального сопровождения семьи по истечении установленных сроков реализации индивидуального плана сопровождения семьи;

несет персональную ответственность за конечный результат социального сопровождения семьи;

организует пост-сопровождение семьи по завершении социального сопровождения с целью наблюдения и контроля ситуации в семье, с периодичностью 1 раз в 3 месяца.

Документация по обеспечению социального обслуживания включает в себя:

заявление на социальное обслуживание;

журнал регистрации заявлений;

акт оценки условий жизнедеятельности гражданина;

анкета;

индивидуальная программа предоставления социальных услуг;

договор о предоставлении социальных услуг;

приказ о приеме на социально-реабилитационное обслуживание;

индивидуальный план социального сопровождения семьи;

заключение о предоставлении социальных услуг с рекомендациями;

приказ о прекращении социально-реабилитационного обслуживания.

Информирование семей с детьми с особенностями развития о возможностях социального сопровождения осуществляется посредством:

создания отдельного раздела на сайте учреждения, размещением информации о перечне организаций, видах помощи, предоставляемой семьям, и категориях семей, в отношении которых может осуществляться социальное сопровождение;

распространения информационно-справочных материалов для семей в ходе проведения социальных акций, праздничных мероприятий, комиссионных выездов;

размещения доступной информации для семей в средствах массовой информации.

Контроль качества выполнения мероприятий в процессе социального сопровождения семьи в рамках центра включает:

оценку эффективности мероприятий, проведенных в соответствии с индивидуальной программой социального со-

провождения;

промежуточный контроль результативности реализации индивидуальной программы;

внесение изменений и дополнений в программу с учетом мнения и потребностей семьи.

Помимо перечисленных выше работ, в рамках службы социального сопровождения собирается информация о динамике изменений, количестве оказанных социальных услуг, периодичности их предоставления.

Таким образом, в рамках центра посредством регламентации порядка внутриотраслевого и межведомственного взаимодействия по социальному сопровождению семей с детьми с ОВЗ обеспечивается профилактика и/или преодоление кризисных ситуаций в семье, помощь в создании условий для успешной адаптации и социализации детей, содействие укреплению семьи.

Список литературы:

Ксенович Т.П., Пикинская М.В. Эффективность межведомственного взаимодействия при оказании услуг ранней помощи детям с ограниченными возможностями в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре / Материалы международной научно-практической конференции «Эффективные технологии и практики оказания ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья» (Астрахань, 12-13 сентября 2019г.) / Составите-

ли: И.Н. Рахманина, Л.В. Тимашева; главный редактор Н.Ю. Сязина. – Астрахань: Издательский дом «Астраханский университет», 2019. – С.207-210.

Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с расстройством аутистического спектра в инклюзивном пространстве: учеб. пособие / авт.-сост. Г.П. Джамелова, Т.Ю. Овсянникова, И.Н. Рахманина. – М.: Флинта, 2018. – 88с.

Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» № 442-ФЗ от 28 декабря 2013 г. / Портал Министерства труда и социального развития РФ [Электронный ресурс]. – URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/laws/112> (Дата обращения 20.11.2020).

4. Постановление Правительства Астраханской области № 572 от 24.12.2014 «О порядке предоставлении социальных услуг поставщиками социальных услуг Астраханской области» // Сборник законов и нормативно-правовых актов Астраханской области. – № 50 – 17.12.2020. – С.1.

## ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОНСИЛИУМ КАК МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛОСТНОЙ СТРАТЕГИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПРОБЛЕМАМИ В РАЗВИТИИ

Франтасова Е.П., Яковец Д.А.

Ожегов С.И. в своем Толковом словаре определяет консилиум как совещание врачей для установления диагноза заболевания и определения способов лечения [5].

Латинское *consilium* имеет множество значений: совещание, обсуждение, замысел, намерение, проницательность и даже благоразумие. А.Л. Зильбер, предпочитает последнее значение этого слова и считает, что грамотно составленное заключение консилиума должно отражать именно этот смысл термина [1].

При упоминании о консилиуме, традиционно представляется заседание профессионалов, рассматривающих какой-то сложный медицинский случай. В реальности же консилиумом может быть встреча нескольких высококвалифицированных специалистов для коллегиального обсуждения проблем человека, причем не всегда медицинского характера.

Сегодня опыт психолого-медико-педагогических консилиумов получил широкое распространение в системе образования.

На основании анализа реальной ситуации психолого-медико-педагогического сопровождения и для обеспечения комплексной специализированной помощи детям и подросткам с отклонениями в развитии и/или состояниями декомпенсации в условиях образовательного учреждения Министерство образования РФ рекомендует создавать в образовательных учреждениях психолого-медико-педагогические консилиумы [2]. Подобные консилиумы существуют сегодня как в системе СОШ, так и в системе ДОУ [3, 4, 6].

Однако важно понимать разницу в направлении и функциях деятельности психолого-медико-педагогического кон-

силиума (ПМПк) и психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК).

Для специалистов психолого-медико-педагогической комиссии основной задачей является поиск ответа на вопрос, при каких условиях ребенок с выявленными особенностями развития, будучи интегрированным в социум, сможет реализовать свой потенциал.

Психолого-медико-педагогическая комиссия имеет юридические полномочия для установления психолого-педагогического статуса ребенка, выставления медицинского диагноза. На основании данного диагноза ПМПК определяет для ребенка особый образовательный маршрут или дает направление в специализированное (коррекционное) образовательное учреждение.

Психолого-медико-педагогический консилиум, в отличие от комиссии, не является самостоятельным учреждением, не имеет статуса юридического лица. Специалисты консилиума осуществляют свою работу в рамках основного рабочего времени, имеющих функциональных обязанностей, оплаты труда и корректируют индивидуальный план работы в соответствии с реальным запросом учреждения в работе консилиума.

Психолого-медико-педагогический консилиум рассматривает личность ребенка с учетом всех ее параметров: состояния здоровья, психического и психологического развития, социальной ситуации, характера предъявляемых требо-

ваний, оптимальности педагогических воздействий.

Психолого-медико-педагогический консилиум в сфере образования представляет собой объединение специалистов конкретного образовательного учреждения и составляет основу психолого-медико-педагогической службы образовательного учреждения. Консилиум организуется при необходимости комплексного, всестороннего, динамического диагностико-коррекционного сопровождения детей, имеющих трудности в адаптации к условиям данного образовательного учреждения. Консилиумы в образовательных учреждениях проводятся планоно (не реже 1 раза в квартал) и внепланово (по запросу). ПМПк может быть создан на базе образовательного учреждения любого типа и вида независимо от организационно-правовой формы приказом руководителя образовательного учреждения при наличии соответствующих специалистов.

В системе социальной защиты консилиумы также стали повседневным методом работы [6]. В научно-практическом центре реабилитации детей «Коррекция и развитие» Консилиум – это постоянно действующий, скоординированный, объединенный общими целями коллектив специалистов, созданный для осуществления первичной диагностики детей с проблемами в развитии, оказания срочной помощи получателям социальных услуг, предоставления информации о форме социального обслуживания, о видах, сроках и порядке предоставления социальных услуг.

В своей деятельности ПМПк центра опирается на ряд документов:

Федеральный закон N 442 «Об Основах социального обслуживания граждан в РФ» от 28.12.2013.

Устав государственного автономного учреждения АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие».

Приказ руководителя учреждения о создании ПМПк.

Положение «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) от 12.2017.

Цели психолого-медико-педагогического Консилиума центра:

развитие единой, постоянно действующей системы раннего выявления отклонений в развитии, раннего вмешательства и консультирования семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии и детей, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи;

ранняя комплексная медико-психолого-педагогическая помощь ребенку и его семье;

совершенствование приемов выявления и медико-психолого-педагогического изучения детей с различными отклонениями в развитии для выбора содержания и оптимальных условий реабилитационной помощи каждому конкретному ребенку.

## Организационные аспекты деятельности Консилиума

Консилиум включает в свой состав председателя, секретаря и членов Консилиума. Возглавляет работу Консилиума председатель, он определяет круг обсуждаемых вопросов. В Консилиум также входят узкие специалисты: психиатр, психолог, дефектолог и логопед. Запись на Консилиум и организационное обеспечение деятельности осуществляет отделение социального сопровождения.

Заседания Консилиума проходят не реже одного раза в неделю. При необходимости заседания проводятся чаще. Такое значительное увеличение частоты плановых Консилиумов центра по сравнению с деятельностью Консилиумов в сфере образования, на наш взгляд, отражает бóльшую потребность в социальной помощи детям с проблемами в развитии.

Заседания проводятся председателем, а в его отсутствие – секретарем Консилиума. Заседание считается состоявшимся при условии присутствия более половины его состава.

На заседания Консилиума в обязательном порядке приглашаются родители ребенка (или замещающие их лица). Также могут присутствовать представители заинтересованных ведомств.

Решения Консилиума принимаются большинством голосов членов, присутствующих на заседании. В ситуации равенства голосов решающим выступает голос председателя Консилиума.

Вся информация, связанная с обследованием детей на Консилиуме, является конфиденциальной. Ее запрещено предоставлять кому бы то ни было без письменного согласия родителей, за исключением случаев, предусмотренных законом.

Работа Консилиума включает в себя 4 этапа.

### Организационный этап

Включает в себя предварительную запись на Консилиум через отделение социального сопровождения. Запись на обследование осуществляется только по письменному заявлению законного представителя ребенка или по направлению соответствующей организации с письменного согласия законного представителя. Обслуживание детей 15-ти лет и старше допускается только с их согласия. Все консультации и обследования бесплатны.

### Экспертно-диагностический этап

Диагностика и обследование ребенка начинается с запроса родителей или замещающих их лиц. Осуществляется постановка и уточнение проблемы, обследование ребенка специалистами, имеющими каждый свой круг задач.

Медицинский работник: представляет информацию о физических особенностях ребенка, о состоянии его здоровья. Соматический статус оценивается по трем основным показателям:

1. Физическое состояние ребенка на момент проведения консилиума:

соответствие физического развития возрастным нормам;  
состояние органов слуха, зрения, костно-мышечной системы;

переносимость физических нагрузок.

2. Факторы риска нарушения развития:

наличие в прошлом травм и заболеваний, которые могут сказаться на развитии ребенка;

факторы риска по основным функциональным системам, наличие хронических заболеваний.

3. Характеристика заболеваемости за последний год.

Информация о ребенке представляется только по тем пунктам, которые содержат значимые для сопровождения данные.

Также на заседание Консилиума могут быть представлены данные:

педиатрического обследования (выявление особенностей развития, отклонений в состоянии соматического здоровья, планирование оздоровительных и профилактических мероприятий, набор рекомендаций);

психопатологического обследования, проведенного психоневрологом или врачом-психиатром (выявление, анализ и систематизация отдельных соматоневрологических и психопатологических симптомов; распознавание психопатологических синдромов с установлением ведущего синдрома; формулировка нозологического диагноза, установление клинической формы и типа течения заболевания, рекомен-

дации и составление плана коррекционных мероприятий).

При необходимости предоставляются данные:

- обследования офтальмолога, заключение по коррекции зрения;
- обследования отоларинголога: исследование слуха, заключение по коррекции слуха.

Психолог обрабатывает данные психологического минимума и диагностики. В его задачи входит также определение психоэмоционального состояния ребенка, определение психологических инструментов коррекции.

Дефектолог осуществляет первичное обследование проблемного ребенка, собирает дефектологический анамнез – анамнестические сведения о нем и его семье. Однако дефектологический анамнез ни в коей мере не исключает необходимость сбора классических сведений о соматическом состоянии ребенка, проводимого медиком (медицинская часть анамнеза).

На данном этапе необходимо обратить внимание на следующие составляющие достоверности диагностики:

своевременность диагностики/ранняя диагностика (как можно более раннее выявление отклонений в развитии или постановка вопроса о наличии отклонений в развитии ребенка с последующей адекватной процедурой диагностики);

комплексность диагностики (учет медицинских, педагогических, психологических, социальных и других аспектов диагностики развития);

всесторонность (широкий системный взгляд каждого специалиста на проблемы развития ребенка сквозь призму конкретного предмета исследования). Например, психолог, выявляющий отклонения в состоянии мышления ребенка, обязательно оценивает место и роль этих отклонений в структуре его психического развития. В частности, речь идет о соотношении первичного и вторичных отклонений в развитии;

динамические аспекты диагностики (анализ анамнестических и катамнестических данных, «срезовые» или лонгитюдные исследования и наблюдения за развитием ребенка на разных возрастных этапах. Динамика развития ребенка оценивается с точки зрения, как общих онтогенетических закономерностей, так и индивидуальных особенностей развития);

целостность подхода (реализуется на основании всех вышеперечисленных аспектов диагностики развития и заключается в понимании онтогенетических закономерностей развития, в создании необходимых условий для адаптации и максимальной самореализации личности ребенка в социуме).

Таким образом, диагностика рассматривается в контексте развития. В центре внимания каждого специалиста стоит не диагноз, а развивающийся ребенок. Специалисту ПМПк необходимо понимать, в каких условиях ребенок максимально реализует имеющиеся резервные и потенциальные возможности.

Данный этап заканчивается составлением индивидуальных представлений на ребенка всеми специалистами Консилиума.

Этап коллегиального обсуждения

Первым выступает специалист с наиболее проблемной информацией.

Обсуждению на Консилиуме подлежат аналитические обобщенные материалы, а не первичные данные. В материалах, предоставляемых специалистами, информация о ребенке или его семье формулируется понятным и доступным языком, облекается в конфиденциальные формы. В результате обмена информацией, взаимных ответов на вопросы заполняется протокол Консилиума, отражающий актуальное медико-психолого-педагогическое состояние ребенка.

По результатам обсуждения принимается совместное решение, в котором намечаются конкретные шаги по оказанию помощи ребенку (или сбору дополнительной информации).

В первую очередь, участники Консилиума определяют содержание развивающей работы:

Какого рода помощь требуется ребенку?

Каким конкретным содержанием необходимо наполнить развивающую работу?

Какие особенности ребенка должны быть учтены в процессе реабилитации и общения?

Какую работу необходимо осуществить силами коллектива учреждения?

Какую работу можно сделать только с помощью семьи или специалистов различного профиля вне учреждения?

Также участники Консилиума определяют формы своего участия и оговаривают, кто и в какой форме берет на себя работу с родителями, специалистами-предметниками, то есть осуществляют социально-диспетчерскую деятельность.

Коллегиальное обсуждение результатов обследования позволяет:

Выработать единое представление о характере и особенностях развития ребенка.

Определить общий прогноз его развития.

Определить комплекс коррекционно-развивающих мероприятий.

Выбрать первичный реабилитационный маршрут.

Заключительный этап

Работа консилиума заканчивается заполнением итогового документа – заключения, в котором отражены ответы на следующие вопросы:

- Каков психологический, педагогический, медицинский статус ребенка на момент обследования?
- Какими особенностями и проблемами характеризуется развитие ребенка в целом на момент обследования?

Каким содержанием должна быть наполнена индивидуальная стратегия его сопровождения в процессе реабилитации?

В каких формах и в какие сроки в сопровождении ребенка

примут участие психолог, медик и другие специалисты?

Ответы на все эти вопросы предполагают установление сроков выполнения той или иной работы, конкретного ответственного и форм контроля.

В заключениях Консилиума фиксируются результаты всех обследований в виде некоторого качественного уровня показателя. Определяется форма обслуживания.

Консилиум начал функционировать с 2018 года. Как отмечалось выше, Консилиум проводится не реже 1 раза в неделю или чаще при необходимости. В день заседания процедуру Консилиума проходят до 20 детей, преимущественно дошкольного возраста. Динамика проведенных Консилиумов по годам представлена на рисунке ниже.

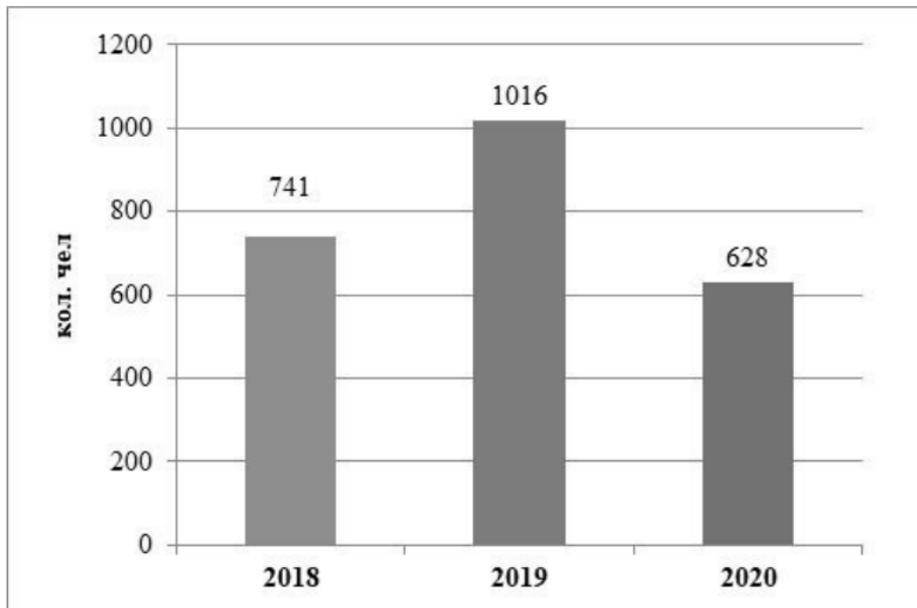


Рисунок 1. Количество детей, прошедших консилиум (по годам)

Как видно из рисунка, после начала работы Консилиума в 2018 году наметилась положительная динамика в 2019 году. Спад в 2020 обусловлен ситуацией с пандемией. С начала 2021 года за 7 месяцев через Консилиум уже прошло 559 детей. При сохранении подобной тенденции возможен возврат к показателям 2019 года или выше.

Таким образом, Консилиум служит действенным инструментом улучшения качества реабилитационной помощи. Налицо востребованность Консилиума как метода определе-

ния целостной стратегии оказания помощи детям с проблемами в развитии.

Список литературы:

Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний «Этюды критической медицины», Т.4. – Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 1998.– 560 с.

Приказ Министерства образования РФ «О психолого–медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения» № 27/901 – 6 от 27.03.2000 г. / Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов [Электронный ресурс]. – URL: <https://docs.cntd.ru/document/901822210> (Дата обращения 12.01.2021).

Психолого-медико-педагогический консилиум / Образовательная социальная сеть nsportal [Электронный ресурс]. – URL: <https://nsportal.ru/shkola/materialy-k-attestatsii/library/2019/02/05/psihologo-mediko-pedagogicheskiy-konsilium> (Дата обращения 20.01.2021).

Психолого-медико-педагогический консилиум / Портал «Практический психолог» [Электронный ресурс]. – URL: <http://practic.childpsy.ru/document/detail.php?ID=22834> (Дата обращения 20.01.2021).

Толковый словарь Ожегова онлайн [Электронный ресурс]. – URL: <https://slovarozhegova.ru/word.php?wordid=11728> (Дата обращения 20.01.2021).

Цели и задачи консилиума / Портал Центр инклю-

живного и дистанционного образования [Электронный ресурс]. – URL: <https://cde.sipkro.ru/cde/12-informatsiya-dlya-uchitelej/10-tseli-i-zadachi-konsiliuma.html> (Дата обращения 20.01.2021).

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОВЗ

Михайлова О.А., Рябова Е.Н., Турок Г.А.

Медико-социальная реабилитация с современных позиций рассматривается как процесс и как система мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушениями здоровья со стойким расстройством функций организма. Система – это структурированная взаимосвязь различных аспектов реабилитации (медицинских, психологических, социальных), а процесс – непрерывная реабилитационная деятельность, которая должна начинаться как можно раньше. Основной целью реабилитации является восстановление утраченных ранее имевшихся функций. Реадаптация является этапом реабилитации, на котором преобладают психосоциальные методы воздействия. Если мы говорим о медико-реадаптационном компоненте в системе комплексной помощи детям, то правильнее будет сначала рассказать об абилитации, которая включает в себя комплекс лечебно-профилактических мер, направленных на предупреждение развития патологических состояний, кото-

рые могут привести к нарушению формирования оптимальных навыков социальной адаптации ребенка. Таким образом, мы не восстанавливаем утраченные функции, а формируем новые с учетом возможностей развивающегося организма [1].

Абилитация детей с ограниченными возможностями здоровья предполагает создание максимально широких возможностей для растущего организма и развитие потенциала ребенка с целью реализации его в обществе как гармоничной личности. Ребенок еще не приспособлен к условиям внешней среды, и успешность его адаптации к определенным рамкам быта зависит от грамотных действий его окружения, а это не только врачи и педагоги, но, самое главное, любящие родители [3].

Первичное знакомство с ребенком происходит на консилиуме Центра, а более подробное обсуждение задач по его комплексной реабилитации проводится на экспертном совете учреждения по итогам диагностики.

Экспертный совет является координационным органом и создан для решения вопросов обслуживания получателей социальных услуг и оценки эффективности предоставляемых социальных услуг семьям, имеющим детей с ОВЗ [2].

Задачами экспертного совета являются:

Координация и контроль деятельности специалистов учреждения по оказанию услуг, согласно индивидуальной программе реабилитации;

Принятие решений в случае возникновения конфликтных ситуаций или при отсутствии положительной динамики в процессе оказания комплексной реабилитации;

Принятие решения о включении в комплексную реабилитацию мероприятий сверх стандартного набора, при отсутствии положительной динамики в процессе оказания социальных услуг;

Рассмотрение обращений клиентов по вопросам организации и проведения реабилитационных мероприятий;

Оценка эффективности предоставляемых медико-психолого-педагогических услуг семьям с детьми с ОВЗ;

Выбор приоритетных направлений комплексной реабилитации.

Главная идея деятельности совета – создание целостной системы, обеспечивающей оптимальные медико-психолого-педагогические условия для детей с особыми потребностями в соответствии с их возрастными и индивидуально-типологическими особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья. Для успешного осуществления этого процесса необходимо диагностировать состояние ребенка с различных точек зрения и разными специалистами, и именно экспертный совет объединяет интересы врачей, педагогов, социальных педагогов, воспитателей, психологов. В ходе работы совета каждый специалист получает специфические результаты, которые являются частью целостного изучения особенностей развития и состояния ре-

бенка. И всегда при решении вопросов любой сложности на первом месте находятся интересы ребенка, задачи его реабилитации и развития.

Это комплексный, междисциплинарный подход к решению различных вопросов реабилитационного процесса и гарантия непрерывного сопровождения. Команда работает в соответствии с профессионально-этическими нормами, обеспечивая полную конфиденциальность получаемой информации.

Таким образом, экспертный совет – постоянно действующий, скоординированный, объединенный общими целями коллектив специалистов, реализующий сопровождение ребенка в процессе комплексной реабилитации. Его деятельность направлена на выявление и реализацию потребностей в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья. Говоря другими словами, на экспертном совете формируют портрет ребенка, который складывается из индивидуальных и возрастных особенностей, кроме этого, отмечают его трудности, а также резервные возможности [2].

Специалисты отделения медико-социальной реабилитации, в первую очередь педиатр и невролог, а при необходимости и психиатр, свое знакомство с семьей, воспитывающей ребенка с ОВЗ, начинают со сбора акушерского анамнеза, истории развития ребенка после рождения и определения проблемы, которую родители хотят решить, обращаясь

в НПЦРД «Коррекция и развитие». Как правило, в результате первичного консультирования возникает ряд вопросов, требующих назначения дополнительного обследования.

Для специалиста важно быть уверенным, что у ребенка проблема развития не связана с поражением слухового или зрительного анализаторов. Поэтому родителей просят посетить окулиста и сурдолога, провести аудиограмму, а иногда и коротколатентные вызванные слуховые и зрительные потенциалы. В определенных случаях ребенку необходима консультация генетика. Часто задержка психоречевого развития сочетается с соматической патологией, например, с врожденным пороком развития сердца или с перенесенным оперативным лечением патологии кишечника, почек, поэтому важно иметь на руках заключение педиатра о соматическом здоровье ребенка, а при необходимости перед приемом на реабилитацию родителей просят посетить узких специалистов (кардиолога, нефролога, эндокринолога и др.), так как развитие соматической составляющей организма напрямую воздействует на формирование нервно-психического статуса ребенка [1].

И, конечно же, решающее значение в развитии нервно-психического состояния имеет наличие пороков развития нервной системы (агенезии, гипоплазии, кисты, объемных образований), наличие внутричерепного давления и расширения ликворных систем, состояние сосудов головного мозга. Определить эти состояния возможно при изуче-

нии результатов скринингового ультразвукового обследования головного мозга, которое проводится всем новорожденным сразу после рождения в родильном доме, а некоторым малышам при наличии показаний проводится повторно в условиях поликлиники. Результаты ультразвукового обследования головного мозга на первом году жизни ребенка рекомендуется родителям принести на консультацию к неврологу отделения медико-социальной реабилитации для ознакомления.

Кроме того, нелишним бывает уточнить, проводился ли ребенку неонатальный скрининг на врожденные заболевания. Если специалисты подозревают наличие врожденного заболевания, возможно направление ребенка на дополнительное генетическое обследование. Практически каждому ребенку специалисты отделения медико-социальной реабилитации предлагают проведение электроэнцефалограммы с целью определения изменений биоэлектрической активности головного мозга (наличия эпилептической, пароксизмальной активности или незрелости основных ритмов головного мозга). При нарушениях сна или пароксизмальных состояниях проводится расширенное исследование биоэлектрической активности головного мозга – мониторинг сна. При предъявлении определенных жалоб (сильные головные боли, обмороки, судороги, выраженные нарушения поведения) врачами отделения рекомендуется обращение в территориальную поликлинику с целью дообследования ребенка

в условиях стационара с возможным проведением компьютерной томограммы или магнитно-резонансной томограммы головного мозга для исключения заболеваний, при которых реабилитационные мероприятия на данном этапе могут вызвать ухудшение состояния ребенка.

В условиях центра невролог отделения медико-социальной реабилитации проводит изучение гомеостаза головного мозга (нейрокартирование) с целью определения показаний к определенным физиотерапевтическим процедурам.

Для этого используется собственный опыт изучения влияния физиотерапевтических воздействий на кислотно-щелочной баланс организма, который накоплен в течение нескольких лет работы с аппаратом медицинского назначения НЭК – нейроэнергокартографом. Определение функционального состояния головного мозга с помощью этого аппарата не занимает много времени. Но трудности возникают в том, что дети, поступающие на диагностику, в силу своего возраста не умеют долго и терпеливо ждать, пока доктор зафиксирует электроды на удерживающей «шапочке», да и сама «шапочка» вызывает у них опасения. Поэтому и родителям, и специалистам приходится применить все свое умение, запастись терпением, чтобы обследование прошло правильно, и было возможно учитывать его результаты. Ведь нейрокартирование – очень чуткий метод, изменение кислотно-щелочного баланса возникает даже в том случае, если пациент капризничает, поворачивает голову, много двигается. Тогда резуль-

таты картирования будут недостоверны, и учитывать их при назначении методов реабилитации будет некорректно. Если нейрокартинг проведено, и обнаружено повышение или снижение энергообмена головного мозга, то специалисты подбирают те процедуры и методы воздействия, которые достоверно нормализуют церебральный энергообмен.

На основе всех представленных результатов обследования, данных акушерского анамнеза, результатов обследования специалистами отделения комплексной диагностики формируется заключение о состоянии всех органов и систем организма ребенка. По совокупным результатам будет назначена персонифицированная комплексная медико-психолого-педагогическая коррекция, основной целью которой является создание условий для развития психофизиологических реакций растущего организма, потенциала ребенка и семьи.

Таким образом, назначение медикаментозной терапии, массажа, физиотерапевтических процедур и психолого-педагогических занятий имеет строго индивидуальный и комплексный подход.

Реабилитационный центр располагает широким спектром медицинских услуг. Специалистами отделения медико-социальной реабилитации проводится широкий спектр физиопроцедур: электрофорез лекарственных препаратов, синусмодулированные токи, Дэнас-терапия, магнитолазерная терапия, транскраниальная микрополяризация и стимуля-

ция. С ноября 2019 года в работе физиотерапевтического кабинета отделения медико-социальной реабилитации используется новый аппарат трансцеребральной терапии «Магنون-ДКС». Трансцеребральная терапия сочетается с традиционными методами лечения: медикаментозным, физиотерапевтическим, бальнеологическим и мануальной терапией. Кроме того, она позволяет значительно сократить применение таких медикаментов, как анальгетические препараты, транквилизаторы, антидепрессанты, гормональные препараты и иммуномодуляторы. В отличие от других аппаратов, возможность регулировки в «Магنون-ДКС» полярности электрического импульса, его длительности, частоты следования и частоты заполнения позволяет осуществлять более физиологическое воздействие, индивидуально подобрать для каждого пациента такие режимы воздействия, при которых процедуры абсолютно безболезненны, не повредят целостность кожных покровов, не сформируют привыкание к воздействию аппарата, хорошо переносятся пациентами всех возрастных групп. В результате нормализуется деятельность нервной системы, поведенческие реакции, психоэмоциональная деятельность и функционирование внутренних, в том числе эндокринных, органов.

Транскраниальная электростимуляция (ТЭС) осуществляется слабым импульсным током через электроды, помещаемые на кожу головы. Основа лечебного действия – селективное возбуждение импульсными электрическими токами

эндогенной опиоидной системы ствола головного мозга. Импульсные токи способны изменить биоэлектрическую активность головного мозга. При транскраниальной электростимуляции происходит усиление седативного и анальгетического эффектов. При возбуждении антиноцицептивной системы происходит выделение из нейронов головного мозга бета-эндорфина и энкефалинов, восстанавливается активность пептидергической системы головного мозга. Импульсные токи устраняют активирующее влияние ретикулярной формации на корковые центры и стабилизируют альфа-ритм биоэлектрической активности головного мозга. При воздействии на сосудодвигательный центр происходит нормализация системной гемодинамики, стабилизируются процессы центральной регуляции кровообращения и, как следствие, повышается устойчивость организма к стрессорным факторам, стимулируются клеточные механизмы иммунитета.

ТЭС широко применяется для нормализации психофизиологического статуса: умственное и физическое переутомление, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, слабость, нарушение сна, лечение неврологических и психических расстройств с депрессиями и неврозами, лечение реактивной тревожности, синдрома «хронической усталости», послестрессовые состояния.

В комплекс реабилитации включается классическая рефлексотерапия и рефлексолазерная терапия. Игло-рефлексотерапия воздействует на биологически активные точки с ле-

чебной целью путем введения игл. Рефлексотерапия оказывает общее терапевтическое воздействие на организм, улучшая мозговое кровообращение, стимулируя речевые и интеллектуальные зоны головного мозга, нормализуя психоэмоциональное состояние.

С целью стимуляции иммунитета и нормализации эмоционального состояния используется соляная комната – галокамера. Это лечение в условиях искусственно воссозданного микроклимата природных соляных пещер. Благотворное влияние на человеческий организм оказывают соли, содержащие ионы и хлориды натрия. В галокамерах поддерживается постоянная температура воздуха без перепадов давления и пониженный уровень влажности при полном отсутствии микроорганизмов. Такого рода микроклимат является гипоаллергенным и позволяет эффективно очистить дыхательные пути без использования лекарственных препаратов.

При работе с детьми, имеющими патологию нервной системы, предпочтение отдают таким методам воздействия, которые не нарушают гомеостаз внутренней среды, не оказывают побочного действия на другие органы и системы, сохраняют целостность кожных покровов, не вызывают у ребёнка болевых ощущений, не формируют привыкание к воздействию аппарата. А также воздействие должно быть доступным, легко управляемым и обладать «биологической обратной связью». Именно таким методом является Функциональное биоуправление с биологически обратной связью

(БОС), реализованное в программно-аппаратном комплексе «Реакор», активно используемом специалистами отделения медико-социальной реабилитации.

В процессе работы с детьми, при технической поддержке средств, используемых в методе БОС, информация о параметрах физиологических характеристик легко воспринимается и, после некоторой тренировки, становится доступна осознанному изменению в заданном направлении. В последующем тренировки позволяют зафиксировать полученные результаты путем произвольной саморегуляции и использовать навыки и приемы биоуправления. За счет этого происходит условно-рефлекторное обучение. Функциональное биоуправление принадлежит к перспективным методам повышения адаптационных возможностей человека [4].

Особую значимость в настоящее время функциональное биоуправление приобретает как эффективное профилактическое средство, направленное на повышение адаптационных возможностей человека и его стрессоустойчивости, оптимизацию психоэмоциональной сферы, а значит, высшие психические функции, которые обеспечивает левое полушарие (речь, восприятие, запоминание и воспроизведение информации) становятся более устойчивыми. «БОС-тренинг «Реакор» – это не только метод терапии функциональных нарушений в конкретной системе организма, но и активный способ самокоррекции интеллектуальной и эмоциональной сферы. У детей с ограниченными возможностями здоровья,

прошедших курс БОС-тренинга, наблюдается улучшение способности к длительной концентрации внимания, увеличение объема непосредственной слухоречевой памяти, повышение психической работоспособности.

Лечебный эффект процедур достигается посредством воздействия на периферические рецепторы: механорецепторы, фоторецепторы, терморецепторы, хеморецепторы. В результате возникает ряд реакций: местные, сегментарные и общие. Зная механизм возникновения этих реакций, мы можем воздействовать на различные органы и системы организма, начиная от речевой мускулатуры и заканчивая корково-подкорковыми областями ЦНС.

В результате индивидуального подбора определенных процедур и методик с учетом возраста, зрелости, тяжести основной патологии и характера сопутствующих заболеваний, возможно получение как седативного, так и стимулирующего эффекта на ЦНС, нормализации психоэмоционального состояния, повышения зрелости нейронов, как следствие, повышение потенциала ребенка.

В процессе оказания комплекса реабилитационных мероприятий при отсутствии динамики или при недостаточно выраженной положительной динамике возможно проведение ребенку промежуточной диагностики, в обсуждении результатов которой участвуют все специалисты отделения. В результате промежуточной диагностики возможна коррекция реабилитационного маршрута пациента.

В системе комплексной помощи очень важно, чтобы родители знали и понимали, что нет возрастных ограничений, которые бы останавливали специалистов в реабилитации детей. Чем раньше семья получит консультацию, проведет диагностику состояния физиологических и психофизиологических реакций ребенка, тем легче будет пройти вместе с грамотными и заинтересованными в успехе специалистами путь по нормализации нервно-психического и психологического здоровья ребенка.

#### Список литературы:

Калашникова С.А. Диагностика психического развития детей в младенчестве и раннем возрасте: Учебно-методическое пособие. – Чита: Изд-во ЗабГГПУ, 2007. – 67 с.

Рахманина И.Н., Сязина Н.Ю., Тимашева Л.В. Системный подход к оказанию ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья: теоретические и прикладные аспекты. // Физическая и реабилитационная медицина. – 2020. – Т. 2. – № 1. – С. 61-67.

Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И. Ребенок с особыми образовательными потребностями // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2002. – Вып. № 5. [Электронный ресурс]. – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-5/rebenok-s-osobymi-obrazovatelnyimi-potrebnostjami> (Дата обращения 10.02.2021).

Оборудование для тренинга с БОС и нейробиоуправле-

ния с ПО ФБУ с БОС «Реакор». / Официальный сайт ООО научно-производственно-конструкторской фирмы «Медиком МТД». – URL: [http://medicom-mtd.com/htm/Products/products\\_main.html](http://medicom-mtd.com/htm/Products/products_main.html) (Дата обращения 10.02.2021).

## РАЗДЕЛ 2. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕБЁНКА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДОЙ СПЕЦИАЛИСТОВ

# **ВНЕДРЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ В СИСТЕМУ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С ОВЗ**

Арустамян А.В.

На сегодняшний день в современном мире отмечается рост распространенности психических неврологических и соматических заболеваний у детей, начиная с раннего возраста.

Специалисты медицинского и немедицинского профиля с разных платформ говорят о росте расстройств аутистического спектра, о широкой распространенности различных невропатий, синдрома дефицита внимания и гиперактивности, увеличении количества детей с интеллектуальным дефицитом.

В современном подходе психоневрологические и соматические проблемы ребенка уже не являются исключительно медицинской проблемой. Общепризнанным считается факт необходимости выстраивания комплексной междисциплинарной помощи. Ведь во многих случаях при оказании адекватной помощи ребенку с ОВЗ и повышении качества его

жизни и качества жизни его семьи, кроме медикаментозного лечения, является важным как подбор соответствующего образования, так и предоставление необходимой поддержки родителям, опекунам и иным законным представителям.

Таким образом, специалисты, имеющие непосредственное отношение к решению проблем ребенка – врачи, психологи, социальные работники, педагоги, осуществляют комплексный междисциплинарный подход к диагностике и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

В комплексной диагностике ребенка с ОВЗ принимают участие педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-дефектолог, медик, медицинский психолог и социальный педагог. Однако, несмотря на сходство подходов и принципов, в работе специалистов имеются свои различия. Объединить все исследуемые сферы в единую систему, сформировать общий взгляд на проблему, помогает международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [4].

МКФ является стандартом ВОЗ в области измерения состояния здоровья и инвалидности как на уровне индивида, так и на уровне населения. Она была официально одобрена всеми странами-членами ВОЗ на пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 года.

МКФ предлагает рассматривать понятия «здоровье» и

«инвалидность» в новом свете, когда ограничение возможностей или трудоспособности признается в качестве универсального человеческого опыта. Смещая фокус от причины заболевания к его последствиям, МКФ позволяет производить оценку различных уровней здоровья по универсальной шкале здоровья и инвалидности.

МКФ представляет собой структурированную систему, классификацию доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, описанных с позиций организма, индивида и общества. Под доменом в МКФ понимается практический и значимый набор взаимосвязанных физиологических функций, анатомических структур, действий, задач и сфер жизнедеятельности. Домены выглядят как буквенно-цифровая система, где буквы используются для обозначения функций, структур организма, активности и участия, факторов окружающей среды, а цифры – для обозначения категорий, связанных со здоровьем и определением степени выраженности проблемы.

Все домены делятся на две основные группы:

Домены, отражающие структуры и функции организма.

Домены участия в общественной жизни и социальной активности.

Также МКФ содержит перечень факторов окружающей среды, которые взаимодействуют со всеми этими категориями.

Данная классификация предлагает концептуальные рам-

ки и единый стандартизированный терминологический язык для обозначения проблем, проявляющихся в младенческом и детском возрасте, включая функции и структуры организма, ограничения активности и возможности участия, а также факторы окружающей среды, имеющие важное значение для детей.

Шошмин А.В. и Лорер В.В. отмечают в своей работе, что МКФ используется как основа и система кодирования, предоставляющая возможность специалистам различных дисциплин использовать общий язык для документирования изменений в функционировании ребенка по унифицированной форме: от первичной оценки через вмешательство к оценке эффективности выполненных мероприятий [3].

Составляющие МКФ, используемые при комплексной психолого-педагогической диагностике:

Функции организма – это физиологические функции систем организма (включая психические функции).

Активность – это выполнение задачи или действия индивидом.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию.

Ограничение активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид.

Ограничение возможности участия – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизнен-

ные ситуации.

Как отмечалось выше, структурной единицей МКФ является домен. Различное сочетание доменов позволяет провести диагностику ребенка либо с учетом нозологии, либо, сравнивая его развитие с возрастной нормой, оценивая ту сферу, которая представляет интерес для узкого специалиста (логопеда, дефектолога, педагога-психолога).

Для работы с международной классификацией функционирования, рекомендуется выбирать любой доступный и эффективный способ оценки функции. Это могут быть шкалы, опросники, инструментальные исследования, данные анамнеза и физикального исследования, результаты психолого-педагогического эксперимента. В настоящий момент пока не создано таких валидизированных инструментов, которые можно было бы использовать для практической работы [1].

При этом, определение степени выраженности нарушений и ограничений у ребенка осуществляется по унифицированной шкале с помощью перевода результатов стандартизированных методик или шкал в оценку по МКФ [2].

Вместе с тем в практической деятельности специалисты, исследующие ребенка, обращают внимание на ряд трудностей.

Во-первых, применение разных методов измерения одной и той же функции приводит к разным результатам.

Во-вторых, показатели функций, измеряемые в психолого-педагогической диагностике, достаточно субъективны, и

не все из них могут быть количественно измерены.

Все это приводит к искажению объективного статуса ребенка.

В связи с этим актуальной является задача стандартизации подходов для измерения функции в психолого-педагогической диагностике.

Нами предложены методические рекомендации для специалистов. Рекомендации состоят из нескольких разделов.

Первый раздел посвящен составляющим международной классификации функционирования, которые используются при комплексной психолого-педагогической диагностике. В данном разделе дается общее понятие о структуре классификации и доменах как основных элементах.

Во 2-ом разделе представлен профиль функционирования, составленный на основании МКФ и задач, стоящих перед специалистами. Он включает в себя оценку речевого развития для учителя-логопеда («логопедический объективный статус» – 12 доменов); исследование коммуникативных навыков, познавательной и игровой деятельности для педагога-психолога («психолого-педагогический статус» – 12 доменов); анализ сенсорных, когнитивных навыков, умений, знаний; оценка моторного развития для учителя-дефектолога («дефектологический статус» – 15 доменов), навыки самообслуживания для педагога – 11 доменов. В общей сложности выбрано 50 доменов.

Каждая исследуемая сфера соотнесена с соответствующей

щим доменом, для оценки которого используются соответствующие диагностические пробы. Были выбраны домены, которые могут быть исследованы у детей в возрасте от 3-х до 18 лет. В случае если выбранный домен не соответствует возрасту (невозможна оценка навыка чтения у ребенка 3-х лет), данная функция не учитывается специалистом и в работу не берется. Полученные результаты позволяют определить зону ближайшего и актуального развития, увидеть наиболее нарушенные функции и компенсаторные возможности ребенка и в итоге выставить первостепенные по важности и необходимости задачи на реабилитационный период на основе МКФ, а по окончании периода реабилитации количественно оценить динамику и уточнить направление последующей коррекционной работы. Так специалистами, осуществляющими психолого-педагогическую диагностику, были выбраны следующие домены.

Исследование педагога – психолога

Оценка коммуникативных навыков

b1520 – адекватность эмоций

d310 – восприятие устных сообщений при общении

d315 – восприятие сообщений при невербальном способе общения

d7202 – регуляция поведения во время взаимодействия

d7204 – соблюдение дистанции

Оценка познавательной деятельности

b1400 – устойчивость внимания  
d110 – использование зрения  
d115 – использование слуха  
d130 – копирование  
d1550 – приобретение базисных навыков  
d2100 – выполнение простой задачи  
Оценка игровой деятельности  
d9200 – игры

Исследование учителя – логопеда

Оценка речевого развития

b3101– качество голоса

b320 – функции артикуляции

b330 – функции беглости и ритма речи

b16700 – восприятие разговорного языка

b16701– восприятие письменного языка

d1320 – овладение отдельными словами

d1321 – составление фраз из слов

d1322 – овладение синтаксисом

d140 – усвоение навыков чтения

d145 – овладение навыками письма

d330 – речь

d3503 – разговор с одним человеком

Исследование педагога

Оценка навыков самообслуживания

- d5100 – мытье частей тела
- d 5102 – вытирание и сушка
- d 5201 – уход за полостью рта
- d 5202 – уход за волосами
- d 5300 – регуляция мочеиспускания
- d 5301 – регуляция дефекации
- d 5400 – надевание одежды
- d5401 – снятие одежды
- d5402 – надевание или снятие с нижних конечностей
- d 550 – прием пищи
- d 560 – питье

Исследование учителя – дефектолога

Оценка сенсорных и мыслительных навыков, умений, знаний

- d130 – копирование (подражание)
- d1370 – получение базовых представлений
- d1371 – получение сложных представлений
- d1501 – усвоение навыков по узнаванию цифр, арифметических знаков и обозначений
- d1502 – приобретение навыков по выполнению основных арифметических действий
- d1551 – приобретение комплексных навыков
- d2100 – выполнение простой задачи
- d3152 – восприятие рисунков и фотографий при общении
- b1565 – визуально – пространственное восприятие

## Оценка моторного развития

b770 – функции стереотипа походки

d4153 – нахождение в положении сидя

d445 – использование кисти и руки

d4402 – манипулирование

d4500 – ходьба на короткие расстояния.

Третьим разделом методических рекомендаций выступают оценочные показатели – числовое измерение составляющих МКФ (функций, активности и участия). Оценочные показатели представляют собой единую шкалу от 0 до 4-х баллов.

### Оценочные показатели

4 балла – не выполнено, не начиналось – от ребенка требуется выполнить задание, но он не способен выполнить ни одно из действий (0%).

Абсолютные затруднения – 96–100%

3 балла – начало выполнения – ребенок пытался выполнить задание, но выполнил его менее чем на 10%.

Тяжелые затруднения (высокие, интенсивные) – 50–95%.

2 балла – частично выполнено, ребенок выполнил от 10% до 50% задания.

Средние, значимые затруднения – 25–49%.

1 балл – выполнено с незначительными затруднениями – ребенок выполнил 80 – 95% задания.

Незначительные, слабые затруднения – 5–24%.

0 баллов – выполнено – ребенок выполнил 100% задания.  
Затруднений нет – 0%.

В четвертом разделе представлены протоколы оценки функций, активности и участия специалистами психолого-педагогического, логопедического, дефектологического и педагогического профиля. В представленных протоколах указано соотнесение выбранных доменов с оценочными показателями. В графе «характеристика исследуемого параметра» представлен количественный и качественный диапазон оценки домена. В таблице приведен пример для домена b3101– качество голоса.

Таблица

1	b3101 – качество голоса	<p>Характеристика исследуемого параметра</p> <p>0 – нет нарушений дыхательной и голосовой функции.</p> <p>1 – есть незначительные нарушения дыхательной и голосовой функции, но они не отражаются на качестве речи</p> <p>2 – нарушена дыхательная функция (верхнеключичное дыхание, фразу на выдохе не строит), нарушена голосовая функция (недостаточно регулирует силу голоса, тембр, речь монотонная, ускоренная, маловыразительная). Голос тихий, громкий, может быть назальность, саливация не выражена.</p> <p>3 – нарушена дыхательная функция (верхнеключичное дыхание, фразу на выдохе не строит), нарушена голосовая функция (не регулирует силу голоса, тембр, речь монотонная, ускоренная, маловыразительная). Голос тихий, громкий, может быть назальность, саливация выражена.</p> <p>4 – выраженные нарушения голосовой и дыхательной функции, выраженная саливация.</p>

Заключительным разделом методических рекомендаций является определение функции и ее оценка в шкалах, тестах, таблицах. В данном разделе отражена «семиотика» выбранных параметров МКФ. Здесь представлено обозначение каждого из выбранных доменов в конкретном контексте психолого-педагогического обследования [5]. В качестве примера приведена оценка домена b3101 – качество голоса.

Голос – совокупность звуков, разнообразных по своим ха-

рактикам, которые возникают при колебании голосовых складок. Сила голоса – интенсивность амплитуды колебательных движений.

Оценивается:

- тип дыхания (верхнее – ключичное, грудное, диафрагмальное);
- речевое дыхание (произнесение фразы от 3-х, 4-х до 6-ти слов);
- сила голоса (громкий, тихий, нормальный, глухой);
- выразительность (монотонный, гнусавый);
- наличие саливации.

Методические рекомендации могут быть интересны специалистам психологам, педагогам, учителям-логопедам, учителям-дефектологам, социальным педагогам и другим специалистам, работающим с детьми с ОВЗ.

Предлагаемые рекомендации позволят структурировать процесс психолого-педагогического изучения ребенка, выработать единый подход к оценке функций, оптимизировать процесс исследования, систематизировать процесс обработки результатов.

В свою очередь, раннее выявление отклонений в развитии ребенка позволяет предотвратить появление вторичных наслоений социального характера на первичное нарушение, своевременно обратить внимание профильных специалистов на выявленную проблему. И затем, уже с учетом динамического комплексного и системного подходов диагно-

стики, определения прогноза и оценки потенциальных возможностей ребенка, эффективно решать абилитационные и реабилитационные задачи.

### Список литературы:

Венгер Л.А. Диагностика умственного развития дошкольников / Л. А. Венгер, В. В. Холмовская. – М.: Педагогика, 1978. – 248 с.

Забрамная С.Д. Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей: пособие для психол.-мед.-пед. комис. – М.: ВЛАДОС, 2005. – 32 с.

Лорер В.В. Базовые наборы МКФ ранней помощи / В.В. Лорер, А.В. Шошмин // Реабилитация – XXI век: традиции и инновации: сборник статей II Нац. конгр. с межд. участием, Санкт-Петербург, 12-13 сентября 2018 года / Минтруд России. – СПб.: ООО «ЦИАЦАН», ООО «Р-КОПИ», 2018. – С.182–186.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (с изменениями и дополнениями по состоянию на 2016 г.). Проект. – СПб.: Человек, 2017. – 262 с.

Фатихова Л.Ф. Диагностический комплекс для психолого-педагогического обследования детей с интеллектуальными нарушениями / Л.Ф. Фатихова. – Уфа: ИЦ Уфимского филиала ГОУ ВПО «МГГУ им. М.А. Шолохова», 2011. – 80

c.

# ОЦЕНКА ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТАТУСА РЕБЕНКА

Самойлова Д.А.

Специфика психолого-педагогической диагностики в системе междисциплинарного подхода

Психолого-педагогическое обследование – сложный, многогранный, но необходимый процесс, который связан с необходимостью детального выявления особенностей или отклонений в развитии ребенка, что позволяет планировать индивидуальные меры психологической коррекции и профилактики [8]. Современная психолого-педагогическая диагностика опирается на ряд основополагающих принципов:

Первый принцип – целостное и системное изучение ребенка. Предусматривает обследование всех сфер развития ребенка. Кроме того, необходимо установление взаимосвязей между отдельными показателями психического развития [2].

Второй принцип – комплексность обследования. Предполагает интеграцию информации, полученной разными методами и разными специалистами. Данный принцип требует от специалиста профессионального владения отдельными методами, умения интегрировать результаты обследования в

диагностическое заключение [10]. Большое количество информации можно получить, изучив анамнез ребенка, на основе которого можно составить предварительное впечатление об уровне и темпе моторного и психического развития ребенка [3].

Третий принцип – принцип динамического изучения [11]. В основе данного принципа лежит концепция Л.С. Выготского о двух уровнях психического развития ребенка: актуального и потенциального. Данный принцип требует учета при диагностике зоны ближайшего развития [13].

Четвертый принцип касается особенностей диагностического процесса и предусматривает возможность качественно-количественной оценки результатов диагностики [6]. Для реализации данного принципа необходимо использование валидных и надежных диагностических методик, количество которых должно быть необходимым и достаточным. По содержанию диагностические методики должны быть взаимодополняющими [9].

Использование указанных принципов дает возможность адекватно оценить не только актуальное состояние и уровень развития ребенка, но и качественные характеристики формирования основных составляющих психического развития и потенциальный уровень их развития [5].

В междисциплинарной системе необходим особый подход к психолого-педагогической диагностике уровня развития обследуемого, так как практически у всех детей с нару-

шениями развития резко ограничен социальный опыт и является выраженной недостаточность двух основных факторов развития: общения с другими людьми и игровой деятельности [1]. А проявления отклонений в развитии, не связанные с сенсорными дефектами (нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата), нельзя оценивать однозначно. Они малоспецифичны, малодифференцированы и могут входить в различные симптомокомплексы [12].

При подозрении отклонений в развитии у ребенка как составляющая комплексной диагностики выделяется психологическое обследование, включающее два основных этапа:

1. Симптоматическая диагностика: предполагает выделение и описание симптомов нарушений психомоторики, эмоционального реагирования, поведенческие отклонения, расстройства общения, предметной и игровой деятельности и др. [4].

2. Синдромологическая и нозологическая диагностика: включает диагностику синдромов, патологических и болезненных процессов. Обследование должно квалифицировать психическое развитие в целом как своевременное, опережающее, равномерно задержанное, с изолированными задержками, выраженное отставание, грубое отставание и др. [7].

В настоящее время основными проблемами психологической диагностики являются [14]:

Недостаточное количество стандартизированных диагностических методик для детей с нарушениями в развитии.

Обусловленность трудностей дифференциальной диагностики нарушений развития целым спектром причин.

Направленность подавляющего большинства имеющихся диагностических методик на диагностику актуального состояния, а не на оценку прогноза развития.

Таким образом, проблема психолого-педагогической диагностики уровня развития ребёнка приобретает в последнее время всё большую актуальность в области научных исследований. Основной задачей специалистов в системе междисциплинарного подхода является формирование структурированного и содержательного диагностического процесса, который позволит наиболее точно выявить уровень и индивидуальные особенности развития каждого ребёнка с тем, чтобы предпринять своевременные и эффективные корректирующие меры.

Структура и содержание психолого-педагогического обследования в системе междисциплинарного подхода

Нами была разработана функциональная модель психолого-педагогической диагностики, которая реализуется в условиях реального реабилитационного процесса на базе ГАУ АО «НПЦРД «Коррекция и развитие». Данная система включает блоки, объединённые целями и задачами, направленными на определение уровня психического развития ребёнка, выявление степени и характера нарушений психического развития (рисунок 1).

Первый блок – подготовка к обследованию. Включает в

себя постановку цели и конкретных задач обследования, формулирование психодиагностической гипотезы (гипотез), подготовку диагностических протоколов и психодиагностического пространства.



Рисунок 1. Модель психолого-педагогической диагностики в системе междисциплинарного подхода

Второй блок – адаптационный. Представляет собой знакомство с ребенком и наблюдение за его поведением в свободной игровой ситуации. При этом специалист держит фокус наблюдения на том, пытается ли ребенок спонтанно вступить в контакт с родителем / специалистом, каким образом он это делает, включает ли этот контакт действия с предме-

тами (передача, показывание) или общение ограничивается лаской или пользой. Специалист должен получить ответы на ряд вопросов. Общается ли ребенок, если да, то каким образом? Делится ли ребенок эмоциями с другими? Как он дает понять, что он хочет? Исследует ли ребенок материалы в символическом или функциональном аспектах? Задерживается ли ребенок на каких-либо видах деятельности или перескакивает с предмета на предмет, совершает ли повторяющиеся действия? Все полученные данные в ходе наблюдения специалист фиксирует в своем протоколе. Длительность данного этапа 10 – 15 минут.

Третий блок – экспериментальный, проведение собственно психолого-педагогического обследования. Данный этап проходит в условиях смоделированной игровой ситуации, так как это эффективный инструмент, включающий в себя ряд структурированных и полуструктурированных задач для оценки необходимых параметров. Такая игровая ситуация включает в себя как активные, так и пассивные блоки, помогающие получить наиболее полную картину структуры коммуникативной, игровой, предметной деятельности и эмоционального поведения ребенка. Каждый активный блок включает в себя как минимум три пробы. В нашем психолого-педагогическом обследовании мы используем диагностические пробы, разработанные Е.О. Смирновой, Л.Н. Галигузовой, Т.В. Ермоловой, С.Ю. Мещеряковой, М.И. Лисиной, Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печорой, Э.Л. Фрухт.

Активные блоки для моделирования игровой ситуации при диагностике детей:

общение (вербальное / невербальное);

социальное взаимодействие;

использование игрушек и материалов;

Пассивные блоки для моделирования игровой ситуации, которые позволяют увидеть:

стереотипные формы поведения;

ограниченный или фиксированный интерес;

избыточная / недостаточная реакция на сенсорные стимулы / необычные сенсорные интересы;

повторяющиеся движения / ритуальные формы поведения.

Также важно отметить, что на одного ребенка мы заготавливаем минимум три игровые модели.

При работе с ребенком в рамках заданной игровой ситуации специалисту важно держать фокус наблюдения на следующих моментах:

как и каким образом ребенок вступает в совместное взаимодействие, выражает ли просьбу;

постоянство реакции ребенка на слуховые стимулы различной значимости (когда его зовет по имени специалист или родитель);

постоянство реакции на фразу или звук, подразумевающий телесный контакт (например, «Сейчас поймаю»);

реакция ребенка на прикосновение;

звуки, которые приходится воспроизводить специалисту или родителю для привлечения внимания ребенка, и особенности его реакции;

способность проследить за взглядом или указательными жестами специалиста;

возможность спонтанного перемещения взгляда ребенка с объекта на человека и обратно при желании поделиться своим интересом и удовольствием;

постоянство возникновения улыбки ребенка в ответ на улыбку специалиста, родителя (ответная социальная улыбка);

проявление эмоций ребенка и попытки инициировать повторение привычных действий;

социальная направленность поведения ребенка и степень, в которой он интегрирует взгляд;

выражение лица, жесты, обращенные к специалисту или родителю;

как ребенок использует собственный взгляд, жесты, выражение лица;

интерес ребенка и его способность присоединиться к игре;

принимает ли он участие в игре, имитирует ли действия специалиста спонтанно, участвует ли в игре по просьбе родителя;

ответная реакция на похвалу и замечания.

Длительность данного этапа 15 – 20 минут.

При определении уровня развития произвольной регуляции поведения и деятельности основное внимание уделяется определению сформированности трех видов произвольности: отраженной, сопряженной и подлинной. Отраженная произвольность – это способность ребенка выполнять инструкции совместно со взрослым. Сопряженная – способность ребенка выполнять инструкцию после проговаривания ее взрослым. Подлинная произвольность – способность ребенка самостоятельно затормаживать доминантную реакцию. Во время исследования данной функции важно держать фокус влияния на следующих параметрах:

принятие и вхождение в задание;

- определение поставленной цели задания;
- выбор средств, нахождение способов выполнения задания;
- правильная оценка и собственный контроль действий;
- умение ориентироваться на систему правил, задаваемую специалистом;
- умение слушать и выполнять инструкцию специалиста;
- умение работать по образцу;
- проявление самостоятельности;
- принятие/непринятие помощи.

Определение уровня эмоционального развития представляет собой выявление у детей особенностей идентификации эмоций различных модальностей, а также индивидуальных

особенностей эмоционального развития на основе таких показателей как:

сформированность двух компонентов процесса опознания эмоций: восприятия и понимания эмоциональных состояний;

уровень произвольного выражения эмоций различной модальности (радость, гнев, печаль, страх, отвращение, презрение, зависть).

Качественный анализ данных показателей дает возможность определить объем эмоционального опыта и эмоциональных представлений у испытуемого. Для данного исследования используется методика «Эмоциональная идентификация» Е.И. Изотовой.

Четвертый блок – обработка и интерпретация результатов. Включает в себя составление психологического заключения на основе обработки и анализа диагностических данных. Для того, чтобы сделать вывод об уровне развития коммуникативной, предметной и игровой деятельности необходимо оценить основные показатели данных параметров развития ребенка раннего возраста. В своей работе мы пользуемся характеристиками, сформулированными Е.О. Смирновой, Л.Н. Галигузовой, Т.В. Ермоловой, С.Ю. Мещеряковой. Анализ каждого параметра позволяет сделать вывод об уровне сформированности анализируемых показателей (высокий, средний, низкий).

Оценка уровня развития коммуникативной деятельности

производится по параметрам, представленным в таблице 1.

В таблице 2 отражены параметры для оценки уровня развития предметной деятельности.

Таблица 1

Параметры для определения уровня сформированности коммуникативной деятельности

Инициативность в общении	Чувствительность к воздействию взрослого	Средства общения
Использование зрительного контакта как начало, поддержание и завершение коммуникативного акта	Реакция на собственное имя	Вербальные (речевые операции)
Способы привлечения внимания взрослого	Реакция на совместное внимание	Невербальные (экспрессивно-мимические, жесты)
Приглашение к совместной деятельности	Реакция на оценку взрослого	Предметные действия
Выражение просьбы о помощи	Реакция на помощь взрослого	

Таблица 2

Параметры для определения уровня сформированности предметной деятельности

Виды действий	Познавательная активность	Включение предметной деятельности в общение	в
Предметные манипуляции	Интерес к действиям с предметами	Внимание предметной деятельности взрослого	к
Специфические предметные действия	Настойчивость	Действия по образцу	
Культурно-фиксированные действия	Эмоциональная вовлеченность в действия с предметами	Ориентация на оценку взрослого	

Для оценки уровня развития игровой деятельности используются показатели, представленные в таблице 3.

Таблица 3

Параметры для определения уровня сформированности игровой деятельности

Потребность в игре	Игровые действия	Принятие игровой инициативы взрослого
Игровая инициатива	Вариативность	Включенность ребенка в совместную игру
Длительность игры	Озвучивание игровых действий	Внимание за игровыми действиями взрослого
Эмоциональное состояние в ходе игры		Подражание игровым действиями взрослого

В таблице 4 указаны параметры, характеризующие уровень развития произвольной регуляции. Характеристика уровней эмоционального развития представлена в табл. 5.

Анализ данных по каждому показателю позволяет определить как их уровень развития (высокий, средний, низкий), так и составить их профиль.

Таблица 4

Параметры для определения уровня сформированности игровой произвольной регуляции

Уровень	Характеристика уровня
Первый уровень	В процессе выполнения инструкций у ребенка могут нарушаться точность и аккуратность выполнения задания. При этом он нуждается в помощи специалиста, при этом помощь использует непродуктивно.
Второй уровень	Ребенок часто отвлекается от выполнения задания при появлении незначительных помех, замечание может вернуть его к работе, но ненадолго. При выполнении задания нуждается в помощи специалиста, помощь принимает частично.
Третий уровень	Ребенок неусидчив, легко отвлекается от выполнения задания, не стремится к достижению цели, не принимает помощь специалиста. Обследуемый не способен длительное время выполнять монотонную деятельность, требующую сосредоточенности.

Таблица 5

Параметры для определения уровня эмоционального развития

Уровень	Характеристика уровня
Высокий уровень	Ребенок правильно воспринимает и понимает эмоциональные состояния, самостоятельно определяет и воспроизводит выражения эмоций различной модальности (радость, гнев, печаль, страх, отвращение, презрение, зависть).
Средний уровень	Ребенок не всегда правильно воспринимает и понимает эмоциональные состояния, с помощью взрослого определяет и воспроизводит выражения эмоций различной модальности (радость, гнев, печаль, страх, отвращение, презрение, зависть).
Низкий уровень	Ребенок неправильно воспринимает и понимает эмоциональные состояния, даже при помощи взрослого не может определить и воспроизвести выражения эмоций различной модальности (радость, гнев, печаль, страх, отвращение, презрение, зависть)

По совокупности результатов составляется психолого-педагогическое заключение с определением психолого-педагогического диагноза.

Пятый блок – заключительный. Составляется заключение, которое представляется на экспертный совет, где определяются задачи для коррекционно-развивающей работы, формируются рекомендации.

Таким образом, использование описанной функциональной модели психолого-педагогической диагностики позволяет наиболее детально исследовать состояние ребенка, определить уровень его актуального развития, выявить потенциальные возможности обследуемого. С её помощью возможно провести детальный анализ как первичного, так и вторичного дефекта, оперативно и точно выбрать «мишени»

для коррекционно-развивающей работы, а также оценить результаты динамики реабилитационного процесса.

Список литературы:

Ильина М.Н. Психологическая оценка интеллекта у детей. – СПб.: Питер, 2006. – 368 с.

Исаев Д.Н. Принципы оценки психического развития // Психопрофилактика в практике педиатра. – Л.: Медицина, 1984. – С. 36-47.

Калашникова С.А. Диагностика психического развития детей в младенчестве и раннем возрасте: Учебно-методическое пособие. – Чита: Изд-во ЗабГГПУ, 2007. – 67 с.

Карелина И.Б. «Комплексная абилитация неговорящих детей раннего возраста»: – Монография. – Новосибирск: Изд. АНС «СибАК», 2017. – 156 с.

Марцинковская Т.Д. Диагностика психического развития детей. Пособие по практической психологии. – М.: ЛИНКА–ПРЕСС, 1997. – 176 с.

Печора К.Л., Пантюхина Г.В., Голубева Л.Г. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях. – М.: Гуманитарный издательский центр «ВЛАДОС», 2002. – 176 с.

Разенкова Ю.А. Игры с детьми младенческого возраста. – М.: Школьная пресса, 2000. – 160 с.

Разенкова Ю.А. Содержание индивидуальных программ развития детей младенческого возраста с ограниченными возможностями, воспитывающихся в доме ребенка // Дефек-

тология. – 1998. – №3. – С. 57–63.

Разенкова Ю.А. К вопросу об использовании отечественных и зарубежных методик диагностики психомоторного развития в качестве инструментов раннего выявления возможных отклонений в развитии. Дискуссионные аспекты проблемы / Альманах института коррекционной педагогики РАО. – 2000. – №2. – С. 12–14.

Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 464 с.

Смирнова Е. О., Галигузова Л. Н., Ермолова Т. В., Мещерякова С. Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет. – М.: АНО «ПЭБ», 2007. – 128 с.

Фрухт Э.Л., Тонкова–Ямпольская Р.В. Некоторые особенности развития и поведения детей с перинатальным поражением нервной системы // Дефектология. – 2003. – №4. – С. 24–27.

Шаграева О.А. Детская психология. – М.: Гуманитарный издательский центр «ВЛАДОС», 2001. – 368 с.

Шаповал И.А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития: Учебное пособие. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 320 с.

# ДИАГНОСТИКА РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ

Колесникова Т.В.

Особенности речевого развития. Речь – это высшая психическая функция, которая отличает человека от других видов живых существ. Она является средством выражения мысли. А.Р. Лурия рассматривает речевую функцию как совокупность психологических особенностей и мозговой организации. Речь сложна по структуре и делится на два основных пласта. Первый пласт, в который входят гностические и практические функции, А.Р. Лурия расценил как базисный, над которым в течение жизни надстраивается второй (смысловые функции), связанный с использованием средствами языка: словами, словоформами, фразами [8].

Важно, что для развития понимания речи необходим хорошо развитый слуховой гнозис, т.е. восприятие последовательных стимулов. Речевое слуховое восприятие организовано в фонематическую систему, где фонема (единица речевого акустического восприятия) является смыслоразличительной единицей речи. Для развития воспроизведения речи необходим оральный праксис (умение подуть, пощелкать языком, надуть щеки) и наиболее сложный из всех видов праксиса – артикуляционный (способность произносить звуки речи и их серии (слова)). Е.Н. Винарская считает, что

предметом для артикуляционной позы звука речи служит его акустический образ, т.е. ребенок слышит звук и «подготавливает» под него артикуляционный уклад. Артикуляционный праксис может быть афферентным и эфферентным. Оба эти праксиса осваиваются ребенком параллельно [1].

По функциям речь делят на номинативную (слово) и коммуникативную (фраза), она может быть устной и письменной. Для полноценной речевой деятельности необходимо владеть средствами языка, так называемыми кодами: фонетическим, лексическим, морфологическим и синтаксическим.

Речь – это средство общения, возникает и развивается под влиянием потребности в общении и служит целям общественного объединения людей. Речь является одним из показателей развития ребенка. Она реализует несколько потребностей ребенка: коммуникативную, информативную, познавательную (развивающую).

Вывод: для полноценного развития речевой деятельности необходимо:

Развитый, без патологии слуховой анализатор, т.е. слух должен быть в норме.

Своевременное и правильное созревание мозговых структур: развитие гностических и праксических функций.

Развитие речевого восприятия (гнозиса) для развития понимания речи.

Развитие орального, артикуляционного праксиса для раз-

вития воспроизведения речи.

Усвоение средств языка (кодов) в соответствии с онтогенезом: развитие фонематического слуха, звукового анализа, словаря, грамматических категорий, развитие коммуникативных умений, навыков и умений связной речи.

Развитие общей моторики в соответствии с онтогенезом.  
Речевой онтогенез в норме.

В логопедии термином «онтогенез речи» принято обозначать весь период формирования речи человека, от первых его речевых актов до того совершенного состояния, при котором родной язык становится полноценным орудием общения и мышления.

Описанием и изучением этапов становления речи занимались такие авторы как А.Н. Гвоздев, Д.Б. Эльконин, А.А. Леонтьев и другие. Все они выделяют разное количество этапов, часто по-разному их называют, но схема речевого онтогенеза сведена к общему знаменателю.

В нашей диагностической работе мы опираемся на периодизацию А.А. Леонтьева, которая включает в себя 4 этапа [6]:

1-й – подготовительный (доречевой) – до одного года. В этот период начинает развиваться зрительное и слуховое восприятие, формируется начальная предметная и игровая деятельность, появляются гуление, лепет, возможность подражать звукам речи, т.е. появляются необходимые предпосылки для общения ребенка с окружающими его людьми.

Основными диагностическими параметрами в это время являются: крик, гуление, лепет, первые слова (звукоподражания). Двигательная активность является одним из важных показателей развития ребенка. Задержка общего моторного развития может сигнализировать о возможной задержке речевого развития.

Все голосовые реакции ребенка можно разделить на 2 группы: рефлекторные звуки и «социализированные» звуки. Среди рефлекторных звуков выделяют: звуки крика и звуки «удовольствия». Звуки «удовольствия» стимулируют речь, свидетельствуют о том, что ребенка ничего не беспокоит, он доволен и готов к общению. Крик же угнетает речевую функцию. В норме крик здорового младенца должен быть громкий, чистый, с коротким вдохом и удлиненным выдохом. У детей, у которых в дальнейшем выявляются расстройства речи, крик может в первые недели отсутствовать или имеет болезненный характер. Он может быть пронзительным или очень тихим в виде отдельных всхлипываний или вскрикиваний, которые ребенок обычно производит на вдохе. Болезненным признаком является также носовой оттенок голоса. С трех месяцев начинается развитие интонационной характеристики крика [4].

С 2-5 месяцев у ребенка в норме появляются и активно развиваются звуки гуления, которое является своеобразной тренировкой речевого дыхания. Данные звуки произносятся спонтанно, с открытым ртом. Их репертуар постепенно

обогащается. В этот период фонема выступает уже как самостоятельный речевой сигнал. С помощью него, ребенок активно общается с окружающими, прежде всего с матерью. Отсутствие гуления, его рудиментарность, неинтонированность, необращенность к взрослому может быть симптомом речевого недоразвития.

В норме, к 5-6 месяцам нормальный ребенок начинает произносить сочетания губных и гласных звуков, таких, как: «баааа», «мааа», а также язычных звуков «тааа», «лааа». К этому же возрасту появляется и первый слог «ба» или «ма». Это – начало развития лепета. В период лепета формируется необходимая для речи слухо-вокальная интеграция. Лепет является средством общения ребенка с окружающими, средством познания окружающего мира.

В конце первого года жизни у здорового ребенка видоизменяется форма ведущей деятельности. Ею становится предметно-действенное общение со взрослым. Это является мощным стимулом для развития речи. В это время у ребенка могут появиться первые осознанные слова. Ребенок уже понимает такие речевые инструкции, как «дай, на» с жестовым подкреплением. Ребенок узнает определенные предметы и может их показать (поднятием головы, взглядом на предмет).

2-й – преддошкольный этап первоначального овладения языком – до 3 лет. Данный этап можно условно также разделить на несколько составляющих.

1. С 9-18 месяцев. На этом этапе совершенствуется слуховое восприятие, появляются первые элементы восприятия ритма, начинает устанавливаться связь между предметом и его словесным обозначением. К 18 месяцам ребенок знает названия около 12 окружающих его предметов, примерно 5 из них узнает на картине. Начинает развиваться общение с окружающими при помощи так называемых «слов-корней», которые для ребенка выполняют функцию целых предложений. Начинает развиваться интонация просьбы. На начальных этапах развития речи имеет место ситуативное понимание обращенной речи, и только по мере развития практических действий с предметами происходит вычленение предмета из ситуации на основе его ведущего назначения. Создаются предпосылки для обобщенного понимания значения слов, для формирования слов-понятий. В процессе практического опыта у ребенка вокруг каждого слова-понятия формируются смысловые поля. Словарный запас должен составлять от 50 до 100 слов.

2. С 18 месяцев до 2 лет – активно появляются в речи слова «языка нянь» (лепетоподобные слова: «ба-ба, бай-бай», звукоподражательные: «мяу, ням-ням, тук-тук», протослова: «фа – горячо», застывшие фразы «ба-би – баба Ира». Появляются голофразы, двусловные высказывания «телеграфного стиля», предложения со словами «вот, этот, пусть, дай». Словарный запас 200-300 слов, которые могут быть фонетически недостаточно сформированы. Понять ребенка

в этот период могут только близкие люди.

3. С 1 г. 10 мес–2 лет до 3-х лет происходит усвоение грамматической структуры предложений. Длина предложений увеличивается до трех слов. Качественной особенностью этого периода является то, что окончания употребляемых ребенком слов начинают изменяться в зависимости от их синтаксической роли. Для выражения синтаксических связей ребенок начинает использовать падежные окончания существительных, личные окончания глаголов и служебные слова. Словарь составляет от 400-500 до 1000 слов.

3-й – дошкольный этап – от 3 до 7 лет. На третьем этапе развиваются предложения более сложной синтаксической структуры, усваиваются разнообразные языковые категории (падежные формы, предлоги, союзы). Здоровый ребенок в возрасте 4-5 лет полностью владеет речью как средством общения.

4-й – школьный этап с 7 лет. Речь продолжает развиваться и совершенствоваться.

Как мы видим, развитие ребенка происходит очень быстро, и в норме речью ребенок овладевает к 3-м годам. К сожалению, на практике мы видим, что родители детей к 3-м годам замечают лишь отсутствие её и обращаются к специалистам достаточно поздно.

Дизонтогенез речевого развития.

Неврологические заболевания у детей раннего возраста приводят к аномальному развитию функций и искажению

программы развития в целом. Но развитие ребенка зависит от многих факторов, и устанавливать причину нарушений необходимо в каждом отдельном случае. В ряде случаев дети с нарушением речи – это недоношенные дети, рожденные в асфиксии. Многие родители отмечают, что их дети в раннем возрасте много кричали, плакали, был нарушен сон, аппетит, быстро отказались от грудного вскармливания. Причиной раннего отказа от грудного вскармливания у ребенка могут быть ослабленные (паретичные) мышцы, принимающие активное участие в сосательном акте. Тогда у детей подтекает молоко. Наличие соски или неоправданно долгое кормление грудью наоборот угнетают речевую функцию, снижают развитие умственных способностей [2]. У большого количества детей отсутствует стадия лепета. Гуление, часто искаженное, недостаточно выраженное, не носит социализированный характер. Также в ходе сбора анамнеза выясняются и многие другие проблемы, такие как задержка общего моторного развития, детский церебральный паралич, судороги.

Нарушение речевого онтогенеза у детей раннего возраста обусловлено расстройством либо речевой функции, либо речевой системы в целом. В последнее время в условиях развития нейропсихологии стали выявляться на ранней стадии задержки речевого развития, которые связаны с нарушением слухоречевого гнозиса и артикуляционного праксиса. Ввиду нарушения или незрелости данных функций речевое развитие значительно задерживается, либо не развивается.

ся до уровня нормальной речи, особенно при условии позднего обращения к специалистам [5].

Задержка речи или её расстройство на уровне понимания может быть связана с нарушением центрального или периферического слуха, а также нарушением интеллекта [10].

Нарушения формирования произносительной стороны речи обусловлены расстройствами артикуляции, которые связаны с параличами черепно-мозговых нервов или их ядер, часто наблюдаются у детей с ДЦП. При диспраксии развития часто наблюдаются признаки артикуляционной диспраксии. Признаки дизартрии можно выявить в раннем возрасте.

Следует отметить нарушения коммуникативной функции речи. У детей отмечается отсутствие желания общаться, отсутствие указательного жеста, зрительного контакта, вокализации, не имеющее лексического значения, и другие признаки, что может свидетельствовать о расстройстве аутистического спектра.

Соответственно нарушения речевого развития могут быть обусловлены нарушениями [9]:

- на уровне понимания речи, ее осмысления;

- на уровне формирования произносительной стороны речи;

- на уровне коммуникативной функции речи.

Дифференциальная диагностика речевых нарушений.

Речь, а именно её отсутствие – это основной запрос, жало-

ба родителей, которые приходят за помощью в центр «Коррекция и развитие» в службу ранней помощи. Несмотря на различные по механизмам формы речевых нарушений, у всех этих детей наблюдаются проблемы, которые проявляются в той или иной степени на когнитивном, эмоциональном, поведенческом уровне.

Проблема дифференциальной диагностики речевых расстройств рассматривается в работах Е.Н. Винарской, Н.Н. Трауготт, Г.Н. Чиркина и др. и является крайне дискуссионной.

Возможны следующие трудности при диагностике речевых нарушений:

- отсутствие мотивации к речевой деятельности;
- недостаточность базовых представлений о значениях предметов и явлений окружающей действительности;
- несформированность коммуникативной, регулирующей, планирующей функций речи;
- недостаточность сенсомоторного уровня речевой деятельности.

Мы попытались дифференцировать «неговорящих» детей с точки зрения клинических проявлений и общепринятых категорий речевых нарушений. Так, под задержкой речевого развития мы понимаем запаздывание в развитии, вследствие которого экспрессивные и импрессивные компоненты речи находятся на уровне развития, соответствующем речи ребенка более младшего возраста. До 3 лет – задержка рече-

вого развития (ЗРР), после 3 лет – общее недоразвитие речи (ОНР) или системное недоразвитие речи (СНР) тяжелой степени.

Формулировки логопедического диагноза

Примерные формулировки логопедического заключения, принятые для практического использования специалистами в нашем Центре:

Задержка речевого развития.

Данное заключение ставится детям, у которых по тем или иным причинам отсутствует мотивация, потребность в говорении, при этом достаточно понимающим обращенную речь на фоне:

гиперопеки со стороны родителей (когда ребенку достаточно жеста и взгляда, чтобы его поняли);

высокой тревожности, что проявляется в «молчаливом негативизме» (мутизме);

социальной депривации или соматической ослабленности;

незрелости мозговых структур (темповая задержка развития).

Этой группе детей рекомендовано: консультация невролога, занятия с педагогом-психологом, логопедом с целью стимуляции речевой и психической деятельности.

Задержка речевого развития на фоне эмоционально-волевых нарушений.

Эта формулировка применяется в случаях у детей с сен-

сорными нарушениями и наличием черт аутистического спектра, что выражается в:

отсутствии контакта (отсутствие указательного жеста, зрительного контакта);

нарушении коммуникации (отсутствие общения);

своеобразии игры;

отсутствии взаимодействия с детьми и взрослыми;

наличии стереотипий.

Данной группе детей рекомендовано: консультация (лечение) врача-психиатра, консультация невролога, занятия с АВА-терапевтом, педагогом-психологом, нейропсихологом. Традиционные логопедические занятия на данном этапе будут не эффективны.

Задержка речевого развития с признаками слуховой речевой агнозии. Данное заключение используется в ситуациях, когда ребенок не понимает обращенную речь при нормальном слухе и интеллекте. Относится к церебральным нарушениям на гностическом уровне мозговой организации. Чтобы овладеть пониманием речи, необходимы этапы: развитие неречевого слухового гнозиса (правая височная доля), ребенок слышит и различает неречевые шумы; затем переход в речевой слуховой гнозис (левая височная доля), когда ребенок слышит звуки речи, начинает их различать и понимать, то есть появляется фонематический слух, который позволяет дифференцировать фонемы родного языка. Фонематический слух развивается в связи с развитием семантики ре-

чи ребенка. Соответственно, если у ребенка есть нарушения или незрелость именно в этой области, то развивается слухоречевая агнозия. Впоследствии данные нарушения приводят либо к сенсорной дислалии, либо к сенсорной алалии [2].

Таким детям необходим логопед, который будет работать над развитием неречевого слуха, речевого слуха, дифференциацией речевых и неречевых шумов. Кроме того, такому ребенку необходим психолог, дефектолог, консультация врача-невролога.

Задержка речевого развития с признаками артикуляционной диспраксии. То есть ребенок понимает обращенную речь, реагирует на неё, но акустический образ не совпадает с артикуляционным укладом. Относится к церебральным нарушениям речи на практическом уровне мозговой организации. Этапы формирования экспрессивной речи соответствуют речевому онтогенезу. Соответственно при нарушении, незрелости речедвигательной коры правого полушария, а позже третичных полей левого полушария, экспрессивная речь не формируется. В дальнейшем данная задержка может привести к моторной дислалии или моторной алалии. Детям данной категории также необходим логопед, но работать он будет в другом направлении, а именно: развивать оральный, артикуляционный праксис.

Задержка речевого развития при ДЦП, когда нарушения речи обусловлены нарушением иннервации речедвигательного аппарата.

Задержка речевого развития при нарушении слуха.

Задержка речевого развития при интеллектуальной недостаточности. Сюда относятся синдром Дауна, болезнь Метля, Тернера-Шершевского, синдром кошачьего крика и другие пороки генетического или внутриутробного характера, которые вызывают тяжелые расстройства психики и интеллекта.

После 3,5 лет синдром ЗРР уходит на задний план, т.к. речь в норме к этому времени должна быть сформирована. Соответственно при нарушениях её, при её отсутствии необходимо определить уровень ее развития, уровень ее сформированности для того, чтобы проложить дальнейший маршрут развития ребенка и его речи, коммуникации, коррекции.

Примерные формулировки логопедического заключения, принятые для практического использования специалистами в нашем Центре для детей после 3-х лет:

Общее недоразвитие речи (ОНР) – это синдром, который ставят детям при первично сохранном интеллекте, для этой категории детей рекомендованы занятия с логопедом, консультация невролога, занятия с педагогом-психологом.

ОНР (I уровень речевого развития), признаки артикуляционной диспраксии (по Т.Г. Визель) [2].

ОНР (I-II уровень речевого развития), фенотип моторной алалии (по М.И. Лынской) [10].

ОНР (II-III уровень речевого развития), заикание средней степени, тоническая форма, артикуляционная локализация,

степень болезненной фиксации умеренная.

Системное недоразвитие речи (СНР) – диагностируется у детей со специфическими речевыми расстройствами, возникшими параллельно с первично другой патологией: интеллектуальной недостаточностью, в том числе с генетическими заболеваниями. Для данной категории на начальном этапе рекомендованы занятия с учителем-дефектологом, консультация врача-психиатра, занятия с педагогом-психологом.

СНР (легкой степени), дизартрия у ребенка с нарушением опорно-двигательного аппарата.

СНР (средней степени), стертая дизартрия.

Необходимо отметить, что для диагностирования речи у детей с расстройствами аутистического спектра главным критерием является нарушение коммуникации. Нарушения коммуникации при аутизме, РАС затрагивают как вербальную, так и невербальную коммуникацию. Формулировки заключений для детей данной группы могут иметь некоторые варианты:

СНР у ребенка с расстройством эмоционально-волевой сферы.

Несформированность средств языка у ребенка с РАС.

Нарушение коммуникативного функционирования при формально правильном развитии речи.

В рекомендации данной группы входит лечение у врача-психиатра, невролога, занятия с АВА-терапевтом, педагогом-психологом.

## Роль учителя-логопеда в комплексной диагностике

Особая роль в диагностике неговорящих детей принадлежит логопеду. В обследовании детей раннего и младшего дошкольного возраста мы используем, как правило, нестандартизированные методики: игровые методики со знакомыми ребенку игрушками и предметами. Обследование проводится в игровой форме, значительное внимание уделяется методу наблюдения. Методика логопедического обследования основывается на таблице системного развития нормальной детской речи, составленной М.Б. Елисейевой, в которой нашли отражение основные закономерности развития речи ребенка от 0 до 7 лет.

Логопедическое обследование проводится по плану, предусмотренному специальной речевой картой. При диагностике неречевых детей обязательно используются методики для исследования слухового восприятия: оценка способности к дифференциации звучащих игрушек и определение направления звучания игрушки. Особую роль в логопедическом обследовании специалист уделяет изучению сформированности понимания речи.

В логопедическое обследование входят такие пробы, как:

Обследование дыхательной и голосовой функции: исследование типа дыхания (верхнеключичное, грудное, диафрагмальное); исследование речевого дыхания (3-4 слова – 5 лет, 4-6 слов – 6-7 лет); исследование голоса (сила голоса, диапа-

зон, выразительность, тембр); наличие саливации.

Обследование динамической организации артикуляционного аппарата в процессе речи: исследование динамической организации при повторении артикуляционных движений, исследование при повторении звуковых рядов, при повторении слоговых рядов, при чтении стихотворения.

Обследование звукопроизношения: исследование гласных, исследование согласных.

Обследование просодических компонентов речи: ритм речи, темп, паузация, логическое ударение.

Обследование понимания речи (импрессивной речи): исследование пассивного словаря, понимания грамматических структур, понимания предложно-падежных конструкций, дифференциации уменьшительно-ласкательных существительных, исследование глаголов с различными приставками, исследование понимания логико-грамматических конструкций.

Обследование лексики: исследование словаря существительных, обобщающих понятий, глагольного словаря, словаря прилагательных, подбора антонимов.

Обследование грамматического строя речи: исследование образования существительных именительного падежа множественного числа, исследование образования существительных в косвенных падежах, образование существительных родительного падежа множественного падежа, исследование употребления предлогов, исследование согласования

прилагательных с существительным, исследование согласования числительных с существительным, исследование образования названий детенышей животных (с 4-х лет), исследование уменьшительно-ласкательных форм (с 5-ти лет), исследование образования относительных прилагательных от существительных, исследование притяжательных прилагательных (с 6-ти лет), исследование приставочных глаголов (с 6-ти лет), исследование образования глаголов совершенного вида.

Обследование связной речи: исследование пересказа прослушанного текста, исследование составления рассказа по сюжетной картине, исследование составления рассказа по серии сюжетных картин.

Обследование письменной речи: исследование навыка чтения и понимания смысла прочитанного (пересказ, ответы на вопросы по тексту).

Обследование навыка письма: исследование процесса письма (диктант слогов различной структуры, диктант слов различной структуры, диктант текста).

Таким образом, диагностика речи проходит на всех уровнях языка: фонетическом, лексическом, морфологическом, синтаксическом. Логопедическая диагностика должна идти от общего к частному: от выявления комплекса речевых симптомов к уточнению механизмов речевой патологии, к уточнению взаимодействия между речевой и неречевой симптоматикой, к определению структуры речевого де-

фекта.

Список литературы:

Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки языка. М.: Просвещение, 1987. – 160с.

Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учебник для студентов вузов. – М.: В.Секачев, 2014. – 264 с.

Елисеева М.Б. Фонетическое и лексическое развитие ребенка раннего возраста. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. – 143с.

Ильина М.Н. Психологическая оценка интеллекта у детей. – СПб.: Питер, 2006. – 368 с.

Карелина И.Б. Комплексная абилитация неговорящих детей раннего возраста: – Монография. – Новосибирск: Изд. АНС «СибАК», 2017. – 156 с.

Леонтьев А.А. Язык, речь, речевая деятельность. – М.: Просвещение, 1969. – 214 с.

Логопедия: учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений /под ред. Л. С. Волковой. – 5-еизд., перераб. и доп. – М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2006. – 703 с.

Лурия, А.Р. Язык и сознание / Под ред. Е. Д. Хомской. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. – 416 с.

Лынская М.И. Формирование речевой деятельности у неговорящих детей с использованием инновационных технологий. – М.: Парадигма, 2012. – 86 с.

Лынская М.И. Преодоление алалии и задержек речевого развития у детей. Метод сенсорно-интегративной логотерапии. Конспекты занятий. – М.: ЛОГОМАГ, 2015. – 90 с.

# РАБОТА СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Бездельцева Н.И.

Одной из наиболее острых проблем социально-педагогической работы на сегодняшний день является проблема работы с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями в здоровье.

Говоря о таких детях, используют два термина: «дети-инвалиды» и «дети с ограниченными возможностями здоровья».

Согласно Федеральному закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты [4].

Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – это дети, имеющие отклонения от нормы, которые характеризуются ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль

над своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Таким образом, понятия «ребенок-инвалид» и «ребенок с ОВЗ» предполагают наличие патологии или заболевания, которое ограничивает возможности ребенка. Но при этом разница заключается только в наличии или в отсутствии официально установленной инвалидности. Ведь, по сути, инвалид – это не только медицинское понятие, но и юридическое. Поэтому, ребенок-инвалид является лицом с ОВЗ, но не все дети с ОВЗ – инвалиды.

С точки зрения психологов термин «ОВЗ» звучит более корректно, чем термин «инвалид». Потому что первый – это нераскрытый потенциал ребенка, а второй – окончательный диагноз [1].

При интенсивном росте численности детей-инвалидов актуальность проблемы возрастает. Так, согласно данным на 01.02.2021г., численность детей-инвалидов в России равна 707 239 человек, что составляет 5,8% от общего числа инвалидов. Из них 43% девочки (300 591 человек), 57% мальчики (406 648 человек) [5].

Семья, воспитывающая ребенка с нарушениями в развитии, сталкивается с массой трудностей:

незнание характера и последствий заболевания (нарушения);

проявления отклонений и специфических потребностей;

незнание перспектив развития ребенка;

опасения за его будущее, когда родители, в силу своего

возраста, уже не смогут его оберегать.

Появляются новые материально-бытовые, финансовые, жилищные проблемы – ребенку могут потребоваться средства реабилитации (ортопедическая обувь, слуховые аппараты, инвалидная коляска и т.п.), медицинские услуги (лечение, процедуры, лекарства, санаторные путевки), расширение жилплощади. Зачастую в таких семьях работает один отец, тогда как мать сконцентрирована на уходе за ребенком, что сказывается на доходах семьи, особенно, если расходы возрастают. Взрослые дезориентированы, сосредоточены на проблемах ребенка, замыкаются внутри семьи, ограничивая социальное общение. Таким образом, в помощи нуждается не только ребенок, но и родителям требуется информационная и социально-психологическая поддержка.

Для помощи населению повсеместно действуют медицинские, реабилитационные, социальные, образовательные, правовые и др. учреждения и организации. В их числе Государственное автономное учреждение Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», действующий с целью реабилитации и абилитации детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями и их семей, предоставления им квалифицированной социально-медицинской, социально-психологической и социально-педагогической помощи, направленной на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности в целях социальной адаптации, предоставления комплекса со-

циальных услуг.

Социально-педагогическая деятельность в работе с семьей ребенка с ограниченными возможностями направляется на поддержку семьи для того, чтобы она могла справиться с трудной задачей воспитания и развития особого ребенка. Эта деятельность призвана способствовать оптимальному функционированию семьи, несмотря на имеющиеся объективные факторы риска, воздействовать на семью с тем, чтобы мобилизовать ее возможности для решения задач реабилитационного процесса. Иными словами, цель социального педагога – способствовать социальной адаптации и реабилитации семьи в ситуации рождения ребенка с ограниченными возможностями [2, с. 192].

Социальный педагог – это специалист, способствующий успешной адаптации детей и подростков в обществе, формированию у них навыков социальной жизни, а также интеграции детей в семью, помощи семьям с проблемами здоровья и развития детей [3].

Социальный педагог получает информацию о влиянии на личность и социум различных факторов с целью выявления причин отклонений в индивидуально-психологических качествах личности, причин социально-педагогической запущенности или неблагополучия.

Для решения задач по раннему выявлению психолого-педагогических нарушений у детей, их лечению, реабилитации в центре «Коррекция и развитие» действует 6 отделений,

непосредственно занимающихся с детьми. Социальный педагог работает в рамках отделения комплексной диагностики.

В отделение комплексной диагностики обращаются после психолого-медико-педагогического консилиума, где происходит знакомство с семьей, предварительное психолого-педагогическое обследование ребенка, родители получают информацию по интересующим их вопросам, определяется, нуждается ли семья в помощи конкретно нашего учреждения, либо их следует перенаправить в другую, специализированную организацию. Отделение комплексной диагностики проводит диагностику в начале периода реабилитации и через 3 месяца, т.е. по его окончании. Первичное обследование проводится для определения уровня развития поступающего на реабилитацию ребенка и формирования первоочередных задач для работы коррекционных специалистов. Комплексную диагностику ребенка проводят педагог-психолог, логопед, дефектолог, медицинский психолог, социальный педагог.

Основной функцией социального педагога в отделении комплексной диагностики является работа с родителями, а именно – сбор информации, заполнение анамнеза, анкет и опросников. Психолог, логопед, дефектолог, клинический психолог взаимодействуют с детьми; беседа социального педагога с родителями позволяет дополнить диагностическое обследование, особенно, если в силу возраста либо здоровья,

дети неговорящие.

Используемые социальным педагогом методы: наблюдение, беседа, опрос, тест М-chat, международная классификация функционирования детей и подростков (МКФ), мониторинг.

Для взаимодействия с родителем социальному педагогу важно установление доверительного контакта. Наблюдение за взрослыми (внешний вид, манера поведения, вербальное и невербальное общение) дает первоначальное представление о характере детско-родительских отношений, стиле воспитания, степени «включенности» взрослых в жизнь ребенка.

В первую очередь, родителю предлагается заполнение «Согласия родителей (законных представителей) на психолого-педагогическое сопровождение ребенка в ГАУ АО «НПЦРД «Коррекция и развитие».

Затем следует оформление диагностической карты (далее – анамнез). Ее заполнение начинается с общей информации: ФИО, дата рождения и возраст ребенка, название отделения, в которое он поступает на реабилитацию, ФИО родителя (законного представителя), их контакты. Важен точный возраст ребенка, с указанием месяцев (особенно для детей до 4 лет) – для отслеживания норм психических и речевых навыков.

Далее следуют вопросы, касающиеся состава семьи, количества детей. Если семья неполная, развитие ребенка зачастую идет по неблагоприятной линии; воспитание одного ре-

бенка может сопровождаться гиперопекой, что входит в зону риска нарушений эмоционально-волевой сферы. Рождение же особого ребенка в многодетной семье, помимо очевидных преимуществ – заботы, уважения друг к другу, родственной близости и защиты, может соседствовать с финансовой малообеспеченностью, недостатком внимания к каждому ребенку, ревностью детей, неблагоприятными материально-бытовыми условиями. Особо развиваются семьи, в которых один из детей с ОВЗ, а другой относится к нормотипичным. Важен и порядок их рождения – часто на старшего ребенка накладывается дополнительная ответственность по присмотру и уходу за младшим, ограничивается свобода, ему уделяется меньше внимания, такие дети раньше взрослеют.

Помимо прочего, здесь отслеживаются такие возможные стрессовые факторы как развод, болезнь, смерть или тюремное заключение одного из родителей, финансовые проблемы, неблагоприятный психологический климат в семье и пр. В ходе беседы выявляются и особые ситуации, например, родственный брак у родителей особого ребенка, рождение нескольких детей с инвалидностью в семье, случаи экстракорпорального оплодотворения. Учет данных анамнеза играет большую роль в работе с ребенком и семьей.

Случай из практики 1.

На диагностику бабушка привела мальчика 4-х лет. Причина обращения – отсутствие речи, нарушение контакта. В

ходе беседы выясняется следующее: отец ребенка, являясь игроком, проиграл крупные денежные средства и, не имея возможности расплатиться, покончил с собой, повесившись в квартире. Первым, кто его обнаружил, был 3-летний сын. Естественно, это явилось сильным травмирующим фактором. Положение усугубилось отсутствием матери – она вынуждена была «уехать в Москву на заработки» на несколько лет, т.к. обязанность расплатиться по долгам легла на ее плечи, и о ребенке стала заботиться бабушка. Мама навещала ребенка 2 раза в год. По результатам диагностики мальчику были рекомендованы занятия с психологом и дефектологом. В дальнейшем семье была рекомендована повторная реабилитация, что привело к положительной динамике.

## Случай из практики 2.

На диагностику обратилась семья девочки 13 лет. Причина обращения – неуспеваемость в школе и нелюбимость, т.е. отсутствие интереса к общению. По рассказу бабушки, семья неполная, отца в семье нет. При изучении медицинской книжки обнаружена запись: мама обратилась в медицинское учреждение с просьбой осмотреть ребенка с жалобой на физическое насилие со стороны родственника семьи (попытка изнасилования). Девочке на тот момент было 3 года. Медики засвидетельствовали ссадины и царапины. Семья девочки инцидент огласке предавать не стала.

На уточняющие вопросы бабушка ответила, что об инциденте с ребенком не говорили, боясь ее потревожить. В на-

стоящее время семья девочки старается контакт с этим родственником минимизировать. Обследование психолога показало высокий уровень тревожности, нарушение контакта, отсутствие интереса к учебе и т.п. Для реабилитации девочки были показаны психологические и медицинские услуги.

### Случай из практики 3.

На обследование отец привел девочку 8 лет, с жалобой на невнятную «неправильную речь», плохую память (забывает буквы), навязчивые движения во время стресса, нарушение контакта со сверстниками, страх темноты и «что дети обижают будут». В школу пойдет в текущем году. Уроженцы Азербайджана, мама русский язык не освоила, знание языка у отца на бытовом уровне. Единственный ребенок в семье, отцу на момент ее рождения было 53 года, матери 45. Рождена на 8 месяце беременности, путем кесарева сечения. Про течение беременности, здоровье и развитие ребенка в первые годы жизни отец ответить не смог, беседа осложнялась языковым барьером. Рассказал, что первые слова дочь сказала в 5-ти летнем возрасте. В детский сад ребенок не ходил. В силу занятости родители уделяли девочке мало внимания, большую часть времени ребенок был предоставлен сам себе. На диагностике девочка не смогла ответить на вопрос «Столица нашей страны?», назвать свой адрес. Специалисты выявили, что сенсорные эталоны, математические и временные представления у ребенка не сформированы, девочка не смогла определить текущее время года,

не знала названия дней недели, не различала правую-левую сторону, из всех геометрических фигур определила 3. Ребенок имел маленький словарный запас, узкий кругозор. Результаты тестовых методик позволили предположить наличие признаков педагогической запущенности.

Большое значение имеют жалобы и запросы родителей. Чаще всего поводами для обращения являются проблемы с речью: её отсутствие, нарушение звукопроизношения, невнятная речь, маленький словарный запас, частичное понимание обращенной речи, неправильное построение предложений. Родители жалуются на гиперактивность детей, неусидчивость, непослушание, негативное поведение, низкую концентрацию внимания, быструю утомляемость, слабую мелкую моторику, энкопрез, быструю потерю интереса к занятиям и нежелание заниматься именно с родителями, отсутствие интереса к общению со сверстниками, к игрушкам. В этом отношении очень показательны и выявляются уже в беседе жалобы на поведение детей с РАС – ребенок не отзывается на имя, не устанавливает зрительный контакт, не использует указательный жест, не контактирует с окружающими, не различает эмоции, находится в «своем мире», демонстрирует стереотипные движения, сверхчувствительность к звукам и тактильным контактам, приверженность к определенному порядку и маршруту. Такой ребенок не умеет играть в игрушки либо использует их не по назначению – катает крутящиеся элементы (колеса) у машин, раскладывает по

рядом и цветам кубики и прочие предметы, у него отсутствуют сюжетно-ролевые игры. Для детей с СДВГ характерны неусидчивость, импульсивность, быстрая переключаемость, низкая концентрация внимания, отсутствие самоконтроля, инстинкта самосохранения, часто агрессия по отношению к себе и к окружающим и т.п.

Следует отметить, что родители не всегда правильно расставляют акценты при обращении. Например, родители основной жалобой называют непослушание ребенка, невыполнение им инструкций. После дополнительных вопросов выясняется, что дело не в «хулиганских» наклонностях, причина подобного поведения заключается в непонимании обращенной речи, отсутствии самоконтроля, возможно, у ребенка признаки СДВГ. Зачастую, родители в жалобах указывают, что ребенок «не всегда» понимает обращенную речь, по результатам же обследования специалистов выявляются признаки задержки умственного развития либо умственной отсталости. К сожалению, фиксируются случаи, когда упущен сензитивный период развития; раннее обращение помогло бы снивелировать нарушения, развить ребенка более эффективно.

Часто взрослые видят проблему низкого когнитивного развития в плохой памяти. Родители считают, что он «не запоминает» информацию, а по факту ребенок не осваивает, не воспринимает новый материал. Утверждают, что «частично понимает обращенную речь», когда в действительности

ребенок реагирует на невербальное, жестовое подкрепление; «редко, но все же отзывается на имя» – по всей видимости, откликается на интонацию, повышение голоса, «выполнение им инструкций по желанию» – также реакция на голос и жесты. Именно поэтому важно привлекать специалистов.

К факторам, влияющим на здоровье ребенка, относятся возраст и наличие хронических заболеваний родителей, нервно-психические заболевания в семье и у родственников, злоупотребления ПАВ. Максимальный возраст среди обратившихся у папы – 53 года, у мамы 47. Следует отметить, что если на вопрос о возрасте родители отвечают, то относительно остальных факторов могут давать недостоверную информацию. В практике лишь одна мама призналась, что периодически употребляла алкоголь до, во время и после беременности.

Перечень вопросов социального педагога к родителям охватывает пренатальный и перинатальный периоды развития ребенка, и, конечно, беременность и роды. Здоровье матери, окружающие условия, ее психологическое состояние и отсутствие стрессов играют важную роль, так же как и доношенность и способ появления ребенка на свет – естественные роды либо путем кесарева сечения. Среди частых факторов, усложняющих рождение ребенка, называются угроза прерывания беременности, преждевременные роды, обвитие пуповиной, маловодие, тазовое предлежание, асфиксия, гипоксия, высокий уровень билирубина. Дополняет информа-

цию и рассказ родителей о нарушениях в здоровье ребенка (родовая травма, гидроцефалия, энцефалопатия, кефалогематома, малые аномалии развития сердца), врожденных пороках, весе и росте новорожденных, что существенно для недоношенных детей. Задаются вопросы о длительности и способе вскармливания: грудном или искусственном. Длительное грудное вскармливание (после года) и сосание соски тормозит развитие когнитивных процессов, задерживает своевременную сепарацию ребенка от мамы, нарушает формирование прикуса, что впоследствии может негативно сказаться на звукопроизводительной стороне речи.

Также задаются вопросы о первом годе жизни ребенка, моторном развитии (когда стал держать голову, сел, пошел), речевом развитии (своевременность гуления, лепета, первых слов, отдельных фраз) и т.п. Имеются ли нарушения слуха, зрения, других органов. Так в ходе беседы может выявиться, что проблема с речью обусловлена не столько задержкой развития, сколько органическим заболеванием, например, тугоухостью. Родители рассказывают о перенесенных болезнях, имели ли место госпитализация, реанимация, операция. Часто родители утверждают, что отставание в развитии является следствием прививок (в частности, АКДС). Замечено, что дети с нарушениями интеллекта зачастую соматически здоровы, и в медицинском анамнезе у них присутствуют лишь нечастые эпизоды вирусных инфекций.

Большое внимание, учитывая профиль реабилитационно-

го центра, уделяется вопросам о здоровье ребенка, выставленным ему диагнозам. Статистика по причинам обращения за 4 квартал 2020г. распределилась следующим образом:

речь, ЗРР – 41,5% (из них 11,7 % девочки, 29,8% мальчики);

отставание в развитии – 30,2% (10% девочки, 20,2% мальчики), в т.ч. с диагнозами:

– ЗПР, ЗППР – 10,8% (3,5% девочки, 7,3% мальчики),  
– умственная отсталость – 2,4% (1,2% девочки, 1,2% мальчики),

– органическое поражение ГМ – 2,4% (0,6% девочки, 1,8% мальчики):

РАС, аутизм – 25,2% (10% девочки, 15,2% мальчики);  
поведенческие нарушения, СДВГ – 2,3% (0 девочки, 2,3% мальчики);

нарушения опорно-двигательного аппарата, ДЦП – 2,9% (0 девочки, 2,9% мальчики).

Немалое значение имеет рассказ родителей о социальной среде, окружающей ребенка, ходит ли ребенок в детский сад (школу) и с какого возраста, посещает ли развивающие центры, кружки, секции. Возраст с 3 до 6 лет – это время социализации ребенка, выстраивания границ, налаживания взаимоотношений со взрослыми и детьми. Узкий круг общения, отсутствие контактов может привести к социальной депривации. Освещение этих аспектов помогает определить, реально ли ребенок отстает от норм развития (внимания, па-

мяти, мышления, речи), либо имеет место педагогическая запущенность. И кроме того, специалисты по итогу диагностики могут дать родителям рекомендации, какого рода деятельность (кружки, секции) показана, если, например, их ребенок излишне тревожен, неусидчив, застенчив и т.п.

Последующие вопросы касаются общего состояния ребенка: сна, аппетита, настроения; имеет ли ребенок инвалидность, посещает ли дополнительные занятия; каковы взаимоотношения с воспитателями или учителями, сверстниками; каковы любимые занятия ребенка. Наиболее часто встречаются ответы: сидит в телефоне, планшете, компьютере. Детей дошкольного возраста чаще интересуют мультфильмы, сюжеты про игрушки; дети среднего школьного возраста предпочитают различные видеоролики и игры, подростки выбирают сайты для общения, компьютерные игры, музыкальные сайты и мессенджеры.

Для полноты картины родители информируют социального педагога, в какие учреждения (медицинские, реабилитационные, развивающие) и к каким специалистам обращались ранее, принимает ли ребенок какие-либо лекарства в данный момент, т.к. некоторые препараты влияют на мозговую активность, вызывают сонливость, тормозят реакции, а это, естественно, может исказить результаты диагностического обследования. После проведения диагностики проводится обсуждение ребенка, и специалисты пишут заключение.

Можно добавить, что т.к. большинство детей обслуживаются в учреждении неоднократно, полученные данные позволяют проследить динамику развития детей.

Родителям детей до 3 лет предлагается для заполнения тест для раннего выявления аутизма М-СНАТ – Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста.

Как и специалисты отделения, социальный педагог заполняет со слов родителя мини-МКФ в части, касающейся навыков самообслуживания (раздел 5. Самообслуживание). Сравнение информации первичной и итоговой диагностики позволяет проследить наличие / отсутствию динамики. Следует отметить, что динамика зачастую оказывается положительной. Связано это как с работой с ребенком, так и с изменением поведения родителей в результате рекомендаций, полученных от коррекционных специалистов. В качестве примера можно привести ребенка, чьи показатели составили 3,5 на первичной и 2,7 на итоговой диагностике. По факту: мальчик научился самостоятельно есть, раздеваться-одеваться, частично улучшились гигиенические навыки, научился расчесываться. Положительные изменения стали возможны благодаря работе с мамой – она перестала докармливать и одевать ребенка, дала большую свободу в действиях сыну, перестала критиковать его медлительность и неаккуратность в приеме пищи, одевании.

В своей практике социальный педагог сталкивается с

некоторыми сложностями. Иногда сбор анамнеза затруднен по различным причинам. Бывают случаи, когда родители не могут заполнить документы или списывают ФИО ребенка с документов побуквенно, т.к. не умеют читать и писать.

Встречаются случаи, когда родители приходят по просьбе учителей или воспитателей, сами же они нарушений в здоровье, поведении или развитии ребенка не видят: «это у него характер такой», «просто он молчаливый», «это наследственное, отец тоже в 5 лет заговорил».

Нередко мамы дают неполную информацию или занижают серьезность проблемы, считая, что оберегают этим ребенка, либо не смиряются с диагнозом. Задача социального педагога в установлении доверительного контакта и определении достоверности данных.

Помимо сбора информации, социальный педагог выполняет следующую работу:

представление документов родителям для заполнения, а именно: согласие родителей на психолого-педагогическое сопровождение ребенка, заявление о предоставлении социальных услуг, акт о предоставлении срочных социальных услуг, M-chat;

подготовка, классификация и хранение диагностических карт, ведение их электронного списка;

подготовка к экспертному совету;

заполнение совместно со специалистами отделения комплексной диагностики электронной базы обслуживаемых де-

тей;

заполнение журнала посещений;

подсчет статистических данных ежемесячно, поквартально и за год;

участие в вебинарах, написание статей.

Общение социального педагога с родителями выявляет ситуацию «до, сейчас и после», дополняет диагностическое обследование ребенка, позволяя прогнозировать вектор развития.

Список литературы:

Дети с ОВЗ и дети – инвалиды, в чем отличие? // Единая служба социального сопровождения детей-инвалидов Московской области – портал «ДАР» [Электронный ресурс]. – URL: <https://darmosreg.ru/useful/deti-s-ovz-i-deti-invalidy-v-chem-otlichie> (Дата обращения 09.04.2021).

Методика и технологии работы социального педагога: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Б.Н. Алмазов и [и др.]. Под ред. М.А. Галагузовой, Л.В. Мардахаева. – М.: Академия, 2002. – 192с.

Профессия социальный педагог // Портал «Поступи-онлайн» [Электронный ресурс]. – URL: <https://postupi.online/professiya/socialnyj-pedagog/> (Дата обращения 09.02.2021).

Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями, вступившими в

силу с 19.12.2020) Глава I. Общие положения. Статья 1. / Справочно-правовая система «КонсультантПлюс» [Электронный ресурс]. – URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_8559/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/)

63d0c595ab5abe23f1011a3719970dfaf665ce0c/ (Дата обращения 20.11.2020).

Численность детей-инвалидов // Федеральная государственная информационная система «Федеральный реестр инвалидов» [Электронный ресурс]. –URL: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei?territory=undefined> (Дата обращения 09.04.2021).

# **РАЗДЕЛ 3. КОРРЕКЦИОННО- ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ АБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ**

## **ИГРОВЫЕ КОМПЛЕКСЫ КАК НОВАЯ ТЕНДЕНЦИЯ В КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ**

Дубинина Ю.Г., Сайфеденова Ж.С.

Проблема инноваций в образовательной среде все чаще является предметом пристального обсуждения специалистов-практиков. Наряду с научными исследователями данной проблемы они становятся соавторами вновь появляющихся методик и технологий работы с детьми, особенно теми, которые имеют ограниченные возможности здоровья. Такая тенденция продиктована несколькими причинами: во-

первых, стандартизацией специального образования с вытекающими последствиями по разработке нового программного механизма работы; во-вторых, с появлением на рынке образовательных услуг инновационного интерактивного, полифункционального оборудования и материалов, которые не всегда сопровождаются должными методическими рекомендациями. Узким специалистам-практикам приходится плодотворно включаться в этот процесс и самим детально прорабатывать каждую технологию, описывая ее в действии.

Являясь такими специалистами-практиками, нам бы хотелось обратиться к проблеме использования игровых комплексов как новой тенденции в коррекционно-развивающей работе с детьми с ОВЗ, провести аналитический обзор имеющихся разработок в этом направлении. И начать хотелось бы с обозначения самого понятия «игровой комплекс».

Логично предположить, что ключевым понятием в данном словосочетании является «игра», которая с одной стороны, выступает ведущим видом деятельности в дошкольные годы, с другой, – оказывается наиболее доступной и привлекательной. Участие воспитанников в подобного рода детской активности и взаимодействии представляет собой сложную психическую организацию, сочетающую познавательные и эмоциональные моменты. Игра, с точки зрения Е.С. Слепович и Н.Д. Соколовой, наглядна и конкретна, следовательно, наиболее проста для использования детьми с ОВЗ [8, с. 13].

Аккумуляция идей прошлого в современном мире пере-

росла в создание детских игровых комплексов, насыщенных полифункциональным игровым оборудованием различного рода и назначения, служащего для развития различных сторон детской личности.

Идея создания игровых комплексов имеет под собой исторический фундамент [11, с. 11], потому как основывается на воззрениях и практическом наследии таких ученых, как: Ф. Фребель («Дары Фребеля»), М. Монтессори (Монтессори – материалы), К.Д. Ушинский (материалы к учебнику «Родное слово») и др. Некоторые исследователи детской игры, описывая данный феномен и его природу, высказывали мысль о том, что в структуру любой игры нужно преднамеренно включать полифункциональный игровой материал. К таковому, П.Ф. Каптерев, например, относит предметы, не имеющие строгого функционального назначения (кубики, бруски, палочки, шарики, желобки и т.д.), будоражащие детское воображение, вызывающие фантазию, игровое творчество, собственную изобретательность [9, с. 40]. По мнению П.П. Блонского существенным является процесс замещения таким игровым оборудованием реальных предметов и объектов окружающего мира. Соответственно, чем игрушки проще, тем больше свободы и возможности превращать их в разнообразные вещи они дают детям [3].

В настоящий момент накопилось уже достаточно исследований, описывающих и определяющих понятие «игровой комплекс» (Л.Б. Баряева, А.А. Гогоберидзе, М.С. Давыдо-

ва, Т.А. Данилина, Ю.С. Галямова, В.Л. Жевнеров, И.В. Куликовская, В.Я. Позднякова и др.) [1, 4, 5, 6, 12, 13]. Проанализировав их и обобщив интерпретации разных авторов, мы пришли к следующему определению: «Детские игровые комплексы – это многофункциональные конструкции, площадки, в некоторых случаях даже целые городки, где ребенок себя чувствует уютно, защищенно и получает массу удовольствия, содержащие в своей конструкции полифункциональное интерактивное игровое и спортивное оборудование, предназначенное для использования в любой ландшафтной местности, как внутри помещения, так и в уличном пространстве».

Они имеют разновекторный спектр применения: от организации детского досуга до специальных занятий, сопутствующих всестороннему развитию детей с ограниченными возможностями.

Игровые комплексы – это не просто площадка для игр, это целый маленький мир, интересный и доступный ребенку, отличающийся яркостью игровых конструкций, гармонично развивающий его как физически, так и умственно. Играя в таком игровом пространстве, дошкольники общаются между собой, развивая коммуникативные навыки, а также играют в активные игры, что благоприятно сказывается на их здоровье и самочувствии.

На основе анализа имеющейся литературы, нами были выделены составляющие элементы игрового комплекса, спо-

способные функционировать, как в совместном, так и в автономном режимах, а именно:

- мягкие сенсорные игровые комнаты;
- игровые аттракционы и лабиринты;
- спортивные игровые площадки для помещений;
- спортивные игровые площадки для улицы.

Далее видится целесообразным дать описательные характеристики каждому из перечисленных элементов.

Мягкие сенсорные игровые комнаты – это весьма увлекательное место для детей разноуровневого характера (например, оригинальный двухуровневый пиратский корабль-лабиринт с сухим бассейном, грушами для бокса и подвесными мостиками и другими увлекательными препятствиями; мягкий уголок с большими разноцветными строительными кубиками и др.).

Впервые понятие «сенсорная комната» было введено М. Монтессори. В ее педагогической системе, основанной на сенсорном воспитании, среда, в которой организуется работа с детьми, рассматривается как специально оборудованное помещение (комната). Сенсорная комната, с точки зрения М. Монтессори, это среда, насыщенная автодидактическим материалом для занятий с детьми. Идеи М. Монтессори, И. Канта, Дж. Брунера и других ученых созвучны современным представлениям о сенсорной комнате, погружающей человека, в том числе ребенка, в реальное и интерактивное пространство, создающей особые условия для его взаимодей-

ствия с окружающим миром, что особо значимо для детей с интеллектуальными нарушениями (Л.Б. Баряева, М.С. Давыдова, О.П. Гаврилушкина, М.Д. Маханева, О.Л. Князева и др.).

Необходимо отметить, что до настоящего времени особенности предметной среды и содержание работы в «мягкой игровой сенсорной комнате» понимаются неоднозначно. Предлагая свое видение разных сенсорных комнат, разные авторы (В.Л. Жевнеров, Л.Б. Баряева, Ю.С. Галямова и др.) условно разделили эту предметно-развивающую среду на три больших блока: релаксационный, активизирующий и общеоздоровительный [13, с. 11]. Отмечается что, исходя из индивидуальных психофизических особенностей детей, в таких комнатах полимодально реализуются разнообразные направления работы с детьми по стимуляции ослабленных сенсорных функций (зрение, осязание, слух и т.д.), по развитию и коррекции нарушений различного происхождения.

Безопасные детские игровые аттракционы и лабиринты, имеют место быть в спортивных и музыкальных залах образовательных и социально-реабилитационных учреждений. Они представлены разнообразным детским игровым оборудованием, к которому относятся: горки, батуты, скаты, подвесные лестницы, веревочные спуски, сухие бассейны, надувные модули, модульные наборы и пр. Всё это способно на несколько часов увлечь «юных исследователей» окружающего мира, позволяя им в привычном пространстве вы-

полнять различные предметно-практические и игровые действия, максимально реализовать потребность в движениях и игре в приспособленной, безопасной среде.

Спортивные игровые площадки и комплексы для помещений – это оборудование спортивного образца, позволяющее дошкольникам выплеснуть всю энергию в беге, прыжках, лазании, перелазании, ползании, кувыркании, поднятии, спуске и пр. Они прекрасно подходят для общего укрепления здоровья, формирования активного образа жизни, преследуя целью воспитание эстетического красивого здорового тела каждого воспитанника, красоты линий, радости движений. Работа на таком оборудовании часто заменяет физкультурные занятия.

Спортивные площадки могут быть установлены, как в групповых комнатах, спортивных залах, так и в домашних условиях. Сейчас очень популярны домашние спортивные комплексы. Они представляют собой сборную конструкцию из разных снарядов, включающих кольца, верёвочные лестницы, качели, шведскую стенку, брусья, турник, канат и т.д. К такому оборудованию относятся и детские тренажеры.

Прогулки на улице доставляют детям огромное удовольствие, особенно если в их распоряжении имеется уличная игровая площадка или уличный игровой спортивный комплекс, которые содержат в своём составе такие компоненты как качели, горки, турники, канаты, простые лесенки, сложные лестничные марши, песочницы, карусели, переходы от-

крытого и закрытого типа и т.д.

Детские уличные игровые комплексы это более сложная, но и более интересная для ребёнка конструкция, имеющая более серьёзную спортивную направленность и предполагающая выполнение необходимой физической нагрузки. Дизайн таких комплексов отличается большим разнообразием, сложными и высокими элементами, необычными дизайнерскими решениями, зависящими от возраста, типологических и психофизических особенностей воспитанников, для которых приобретается конкретно взятая конструкция. Это могут быть замки, дома, крепости, сооружения в виде кораблей, самолётов и т.п. Многие производители предлагают дополнительные игровые элементы (стойки, подвесы, крепления и т.д.).

Детский комплекс порадует даже начинающих маленьких спортсменов, так как занятия на нем абсолютно безопасны. Все доступные для ребёнка крепления, кромки и места сварки закрыты защитными декоративными заглушками. Металлическая обрезиненная ступень игрового комплекса рассчитана на шаг ребёнка, а также турник и навесные оборудования легко регулируются по высоте, крепятся к игровому комплексу на клипсах – катушках. Допустимая нагрузка на игровой комплекс для улицы позволяет заниматься на нём сразу нескольким детям, что положительно сказывается на желании ребёнка как можно чаще тренироваться в компании своих друзей. Здоровый дух различных соревнований

на игровом комплексе призван привлечь всех участвующих к увлекательным лазаниям по канату, кувырмам и гимнастическим трюкам на кольцах, игре в баскетбол и многим другим играм.

Но наряду со всеми положительными влияниями, существуют и трудности внедрения такого оборудования в коррекционно-развивающий процесс. Проблематичность разработки и конструирования вышеописанных игровых комплексов на практике высока и осложнена, казалось бы, банальными вопросами, например, параметрами и площадью групповой комнаты, не позволяющими педагогу в полной мере реализовать свой замысел. Радует тот факт, что в последнее время в педагогической практике появляются все новые инновационные творческие решения этой проблемы, одним из которых является организация в дошкольных учреждениях, в том числе обучающих и воспитывающих детей с ОВЗ, многоуровневого игрового пространства. Мы разделяем точку зрения ряда авторов (И.В. Груздова, Е.В. Котова, С.В. Кузнецова, Т.А. Романова) о том, что основная идея создания игрового многоуровневого пространства есть «такая организация предметной среды, которая способствует психическому и физическому здоровью ребенка, созданию условий для самореализации личности в игре и творчестве» [10, с. 34].

Подобного рода модель среды включает нестандартные по содержанию малые архитектурные и увеличенные до ро-

ста ребенка геометрические формы, имеющие разнообразное функциональное назначение. Им присуща способность к трансформации как во внешнем, так и во внутреннем плане, простота и легкость в обращении, что немаловажно в работе с детьми рассматриваемого возраста и категории. Существенным моментом является то, что дети, переставляя игровые модули с места на место, могут самостоятельно моделировать различные ситуации общения и взаимодействия в окружающем мире.

Изменившиеся в начале XXI века образовательные запросы общества стимулировали дальнейшую трансформацию игровых комплексов в учебно-методические игровые комплексы, а предметно-развивающей среды – в информационно-образовательную.

В педагогике учебно-методический комплекс представляет собой «систему дидактических средств обучения по конкретному предмету или предметной области, создаваемую в целях наиболее полной реализации воспитательных и образовательных задач, сформулированных программой и служащих всестороннему развитию личности воспитуемого» [11]. Его обязательными компонентами считаются учебник, методическое пособие для педагога, аудиовизуальное приложение в виде набора аудиматериалов, компьютерных программ, видеофильмов.

Специалисты в области дошкольной, в том числе специальной педагогики (Е.Ю. Белая, З.И. Береснева, А.А. Гого-

беридзе, М.В. Инчина, С.А. Козлова, Т.А. Куликова, С.Н. Новоселова, В.А. Петровский и др.) конкретизируют это понятие: Учебно-методические игровые комплексы (далее УМИКи) – это совокупность взаимосвязанных между собой элементов образовательной среды: программы, игрового модуля, методических рекомендаций по работе с ним, наборов иллюстративного и видеоматериала (картин, плакатов, рабочих тетрадей, DVD – дисков с обучающими занятиями и т.д.). В качестве основного элемента выделяется игровой материал в широком смысле этого слова, т.е. все синонимичные ему понятия и словосочетания: игра, игрушка, игровое пособие, игровой комплект, игровой модуль, игровое оборудование и т.п. Под «игровым модулем» понимается дидактическая игра, состоящая из многообразного количества элементов, как настольного, так и напольного, и настенного характера, имеющих свое функциональное назначение. Игровые предметы, являясь своего рода заместителями, воссоздают окружающую действительность, имитируют объекты окружающего мира, символизируют их, передают заложенную в каждой информации и смысловую нагрузку [2, 5, 7].

Информационно-образовательная среда относительно новое для российской педагогики понятие, поэтому оно не получило однозначного толкования и характеризуется как открытая система, многокомпонентный комплекс, единое информационно-образовательное пространство, система образовательных ресурсов или педагогическая система.

Подводя итоги своим рассуждениям по заявленной теме, мы считаем, что игровые комплексы, как полифункциональные феномены современной образовательной практики могут стать действенным средством коррекции нарушений у воспитанников с ОВЗ при условии, что они будут организованы с учетом закономерностей детского развития общих для нормы и патологии. Бесспорно, что все проводимые исследования в этой области теоретического и практического характера являются весомым вкладом, той основой и фундаментом, которые приводят к созданию современных инновационных технологий обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья.

#### Список литературы:

Баряева Л.Б. Учебно-методические игровые комплексы в системе образования детей с проблемами в развитии // Современная полифункциональная и интерактивная коррекционно-развивающая среда. – Астрахань: ОГОУ ДПО «АИПКП», 2007. – С. 131-134.

Береснева З.И. Организация образовательного пространства и развивающей среды в ДОУ // Управление ДОУ. – 2006. – №2. – С. 60-70.

Блонский П.П. Психология и педагогика. Избранные труды / П. П. Блонский. – 2-е изд., стер. – М.: Издательство Юрайт, 2016. – 164с.

Давыдова М.С. Специфика применения учебно-методи-

ческих игровых комплексов в процессе формирования у детей основ безопасности жизнедеятельности // Безопасность и здоровьесберегающие технологии в образовании: монография / под. общ. ред. Н.В. Лалетина. – Красноярск: Центр информации, 2011. – С.141-152.

Гогоберидзе А.А. Перечень оборудования, учебно-методических и игровых материалов для подготовительной группы ДОУ. – М.: Педагогическое общество России, 2008. – 80 с.

Данилина Т.А. Дизайн игрового пространства детского сада // Современный детский сад. – 2007. – №10. – С. 5-9.

Новоселова С.Н. Развивающая предметная среда. – М.: Феникс, 2005. – 172 с.

Соколова Н.Д. Игровая деятельность умственно отсталых дошкольников // Дошкольное воспитание аномальных детей: Книга для учителя и воспитателя / Под ред. Л.П. Носковой. – М.: Просвещение, 2003. – С.135-147.

Каптерев П.Ф. Систематическое обучение и детские игры // Детская и возрастная психология. – М.; Воронеж, 2009. – С. 231-237.

Кузнецова С.В., Романова Т.А., Котова Е.В. Система работы с узкими специалистами ДОУ. – М.: Сфера, 2008. – 128 с.

Паневина Г.Н. Учебно – методический комплекс как историко-педагогический феномен. – Хабаровск: ХК ИРО, 2011. – 78 с.

Позднякова В. Игровые комплексы для занятий по формированию элементарных математических представлений // Дошкольное воспитание. – № 1. – С. 21; – № 2. – С. 20.

Сенсорная комната – волшебный мир здоровья: Учебно-методическое пособие. – Ч. I: Темная сенсорная комната / Под ред. В.Л. Жевнерова, Л.Б. Баряевой, Ю.С. Галямовой. – СПб.: ХОКА, 2007. – 416 с.

## ИННОВАЦИОННЫЕ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С НЕГОВОРЯЩИМИ ДЕТЬМИ

Птушко Е.Г.

Иван Петрович Павлов, выдающийся русский и советский ученый, называл способность человека к речи и отвлеченному мышлению «чрезвычайной прибавкой на уровне человека» [2, с. 8]. Мы единственные во всей вселенной словесные существа. Кроме нас больше никто не мыслит, не говорит словами. Философское и очень глубокое объяснение слова «человек» дано в «Славянорусском корнеслове» Александра Семёновича Шишкова: «Человек – человек – цловек – словек – слово». Подчеркивается главное отличие людей, как существ словесных, мыслящих словами, от всего живого [9].

Трудно переоценить значение речи для всего нервно-психического развития ребенка. Основным органом речи является мозг – в нем происходит понимание услышанных слов, в нем же формируются необходимые программы движений для артикуляции звуков и звукосочетаний. «Ребе-

нок – это пергамент, сплошь покрытый иероглифами, лишь часть которых ты сумеешь прочесть, а некоторые ты сможешь стереть или только перечеркнуть и вложить свое содержание» [3, с. 8]. Еще сложнее, когда ребенок неговорящий – это догадка о закрытой двери. Нам трудно понять, что он чувствует, желает, любит. Мы можем только предположить о вероятности его чувств, истинных потребностей; механизме нарушения в нервной системе. Отсутствие речи означает, что путь, которым овладевают речью дети без серьезных причин с анализаторами, оказался у какого-либо ребенка несостоятельным: он не получает необходимого объема сведений об окружающем мире [1, с. 23].

Логопедическая работа с неговорящими детьми очень сложный и трудоемкий процесс, который требует постоянного поиска эффективных методов и приемов коррекционной работы.

В логопедической работе, при реализации задач формирования речи у неговорящих детей, активно используются информационно-коммуникационные технологии.

Информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) – процессы, методы поиска, сбора, хранения, обработки, предоставления, распространения информации и способы осуществления таких процессов и методов. Понятие ИКТ связано с двумя видами технологий: информационными и коммуникационными.

Информационная технология – это комплекс методов,

способов и средств, обеспечивающих хранение, обработку, передачу и отображение информации. На современном этапе методы, способы и средства напрямую связаны с компьютером (компьютерные технологии). Коммуникационные технологии – это процесс передачи информации, с помощью которого один источник передает другому некоторую идею с целью изменить поведение второго. Основная цель коммуникации: общение, контроль, убеждение (обратный процесс).

Сближение коммуникационных процессов и информационных технологий и привело к появлению нового понятия – информационно-коммуникационные технологии.

Информационно-коммуникационная технология обучения – это педагогическая технология, использующая специальные способы, программные и технические средства (кино, аудио- и видеосредства, компьютеры, телекоммуникационные сети) для работы с информацией [4, с. 21].

В логопедической работе, при реализации задач формирования речи у неговорящих детей, хорошо себя зарекомендовали информационно-коммуникационные технологии, ядром которых являются программно-аппаратные комплексы с биологической обратной связью (БОС). В своей работе на логопедических занятиях мы активно используем аппаратно-программный комплекс «Стабиломер» (в комплекс, которого входят Стабилоплатформа А-150 и программа «Стабиломер» с играми Мерсибо) и комплект оборудо-

вания для развития речи «ИНТОН – М» (рис. 1, 2). Это инновационные логопедические технологии, которые не представлены в традиционных методиках формирования речи у неговорящих детей.

Аппаратно-программный комплекс «Стабиломер» основан на методах компьютерной стабиллографии. Стабиллография – это способ регистрации траектории центра давления, оказываемого человеком на стабиллоплатформу. Компьютерная стабиллография позволяет оценить и проводить коррекцию функции равновесия и двигательной системы ребенка с использованием биологической обратной связи различной модальности (зрительной, слуховой) [6, с. 15].



Рисунок 1. Аппаратно-программный комплекс «Стабиломер»



Рисунок 2. Мультисенсорный тренажер «ИНТОН – М»

Слух и речь, представляют две части единой биоакустической системы человека, и поэтому следует ожидать, что основные параметры слуха и речи являются хорошо согласованными [8, с. 127]. Вестибулярный аппарат, тонкое действие мускулов рта и языка, слуховое восприятие – это функции, влияющие на развитие речи у детей. Вестибулярный аппарат, который еще называется «лабиринтным чувством», или «чувством равновесия», находится в среднем ухе. Там расположены нервные центры, называемые вестибулярными. Они включаются, когда меняется положение головы. Занятия на стабиллоплатформе активно задействуют

опорно-двигательную систему и вестибулярный аппарат. За счет этого происходит компьютерно-опосредованное логопедическое воздействие на основные параметры слуха и речи неговорящего ребенка.

В аппаратно-программный комплекс «Стабиломер» входят Стабилоплатформа А-150 и программа «Стабиломер» с 12 играми Мерсибо. В работе с неговорящими детьми младшего возраста мы активно используем 4 игры: «Веселые дровосеки», «Помоги обезьяне достать банан» (рис. 3), «Метроном», «Бежит – лежит».

Все задания в играх предлагаются в наглядном, невербальном плане, что помогает неговорящим детям легче выполнить задания. Например, в игре «Веселые дровосеки» ребенок вместе с дровосеками пилит дерево и управляет пилой. Для этого он переносит вес с правой ноги на левую и обратно (рис. 4).





Рисунок 3. Игры Мерсибо



Рис.4. Занятие на стабилотренажере с игрой «Веселые дровосеки»

Во всех играх есть настройки, они помогают адаптировать сложность заданий к возможностям ребенка (можно выбрать чувствительность платформы: чем она выше, тем сильнее платформа реагирует на движения, и тем легче ребенку). Напольная платформа стабилотренажера регистрирует усилия, направленные на поддержание и изменения позы стоящего на ней ребенка и через соединительный кабель, пере-

дает сигнал в подключенный компьютер. Специальная компьютерная программа анализирует сигнал во время проведения задания и преобразовывает сигнал в команды, управляющие виртуальным объектом.

Использование компьютерной стабิโลграфии дает эффективные плоды в развитии неречевого и речевого слухового гнозиса, что является хорошим мостиком для формирования собственной артикулируемой речи у неговорящих детей.

Активно используется в коррекционно-развивающей работе с неговорящими детьми мультисенсорный тренажер «ИНТОН – М». Данный комплекс обеспечивает одновременный контроль фонетических элементов речи по зрительному, слуховому и вибрационно-тактильному каналам восприятия. Для визуального контроля речевых параметров в приборе предусмотрена световая индикация. Данное оборудование эффективно используется на начальных этапах обучения в коррекционно-развивающей работе: по стимуляции речевой и психической активности, совершенствовании способности к речевому подражанию. Мультисенсорный тренажер «ИНТОН – М» воздействует на разные модальности (зрительную, слуховую, тактильную) у неговорящего ребенка, приводя к формированию большего количества межнализаторных, ассоциативных связей в головном мозге, что способствует решению основной цели по запуску речи в более короткие сроки.

Информационно-коммуникационные технологии с биологической обратной связью позволяют эффективно сочетать традиционные логопедические методы и приемы, и инновационные технологии для использования альтернативных путей в формировании речи неговорящих детей.

Список литературы:

Визель Т.Г. Ребенок и его развитие. – М.: Изд. В. Секачев, 2016. – 140 с.

Кольцова М.М. Ребенок учится говорить. – Екатеринбург: У-Фактория, 2006. – 214 с.

Корчак Я. Любовь к ребенку. – СПб.: Питер, 2019. – 415 с.

Лынская М.И. Формирование речевой деятельности у неговорящих детей с использованием инновационных технологий. – М.: ПАРАДИГМА, 2012. – 426 с.

Попова Е.Ф. Использование компьютерных технологий в коррекционно-развивающем обучении детей с общим недоразвитием речи // Логопедия. – 2008. -№2. – С. 20-26.

Практическое руководство по использованию Стабилометрическим устройством ST – 150 «СТАБИЛОТРЕНАЖЕР». – М.: «Мера», 2013. – 28 с.

Слива С.С. Отечественная компьютерная стабилография: технический уровень, функциональные возможности и области применения. // Медицинская техника. – 2005. – Вып. 1 (январь – февраль). – С. 32–34.

Черниговская Т.В. Чеширская улыбка кота Шредингера

ра: язык и сознание. – М.: Изд. Языки славянских культур, 2017. – 447 с.

Шишков А.С. Славянорусский корнеслов. – М.: Концептуал, 2020. – 256 с.

## ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА С ДЕТЬМИ С ОВЗ

Жигульская Е.М.

В современном мире все больше детей, имеющих гамму разнообразных и сложных нарушений, проявляющихся в виде познавательных, двигательных, речевых отклонений, в расстройствах эмоционально-волевой сферы и личности в целом. Зачастую они отстают от своих сверстников, плохо усваивают образовательную программу, медленно работают на занятиях, отличаются своим поведением. В связи с этим появился термин «дети с ограниченными возможностями здоровья». Закон «Об образовании» дает этому термину следующее определение – это «физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий» [8].

Специалистам известно, что чем раньше проблемные дети включаются в систему коррекционно-развивающего обучения, тем эффективнее воздействие. Это обусловлено пластичностью детского мозга, его универсальной способностью к компенсации нарушенных функций.

Обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья предполагает необходимость создания для них специальной коррекционно-развивающей среды, обеспечивающей равные с обычными детьми возможности и условия для получения образования. Для правильной организации учебного процесса важно знание сложной структуры дефекта и понимание того, что отклонения в развитии поддаются коррекции и исправлению. Поэтому необходимо глубоко изучать особенности дефектов, что в дальнейшем позволит правильно выстроить коррекционные задачи. В этом и заключается главная особенность обучения детей с ОВЗ.

Особенности структуры дефекта и необходимость комплексного воздействия на ребенка с ограниченными возможностями побудили нас, как специалистов, к поиску путей повышения эффективности коррекционной работы, которые заключаются в использовании как традиционных, так и нетрадиционных методик.

В своей работе мы в качестве основы используем традиционные методики обучения. Например, такие как:

включение в структуру занятий заданий, которые способствуют развитию поисковых действий;

релаксационные упражнения, которые способствуют развитию коммуникативных умений, обогащают эмоциональный опыт.

В одних случаях мы можем использовать готовую инфор-

мацию в форме практического объяснения, которая сопровождается показом, или демонстрацией определенных действий с простой речевой инструкцией. В других случаях можем использовать частичную инструкцию, которая направлена на выполнение действия и задания с последующими усложнениями.

В основе любого занятия необходимо использовать наиболее эффективные средства включения детей с особыми образовательными потребностями в образовательный процесс. Такими средствами являются: коррекционно-развивающие игры и упражнения, которые позволяют создать эмоционально-положительный настрой. Игра является основным видом деятельности детей дошкольного возраста и помогает вовлечь их в занятие. Интерес и стремление к победе двигают поиском и догадкой. Деятельность становится продуктивной только под влиянием познавательного интереса [5].

Помимо традиционных методик мы используем новые инновационные педагогические подходы, технологии и приёмы:

Информационно-коммуникативные.

Предполагают взаимодействие специалиста и родителей как необходимое условие всестороннего развития ребенка, так как наилучшие результаты отмечаются там, где взрослые взаимодействуют в рамках социального партнёрства. Сотрудничество, включение, участие, обучение, партнерство –

эти понятия обычно используются для определения характера их взаимодействия. Как отмечает В.А. Сухомлинский, только вместе с родителями, общими усилиями, учителя могут дать ребенку большое человеческое счастье [7]. Главная цель в работе специалиста с семьей ребенка с ОВЗ – помочь семье справиться с трудной задачей его воспитания и обучения, способствовать социальной адаптации семьи, мобилизовать ее возможности.

Родителей таких детей можно разделить на две категории: родители, не признающие особых потребностей детей; внимательные родители, принявшие ситуацию «особого» ребенка в семье и хорошо адаптирующие его в обществе.

Первая категория родителей встречается довольно часто. И нам, как специалистам, работающим с таким ребенком, необходимо развивать особые коммуникативные навыки для взаимодействия с такими родителями. Ведь без совместной согласованной работы специалиста с родителями процесс обучения менее эффективен.

Сказкотерапия.

Использование сказок в нашей работе играет важную роль, так как они помогают детям преодолеть тревогу и конфликты, с которыми они сталкиваются. Сказки помогают проработать важные для детского мировосприятия проблемы, они рожают у ребенка ощущение, что взрослые его понимают. В результате работы с такими помощниками-историями у ребенка формируется понимание возможности раз-

ных вариантов выхода из сложнейших жизненных ситуаций.

Использование в работе метода сказкотерапии помогает понять следующие детские проблемы:

трудности, связанные с общением со сверстниками и родителями, выливающиеся для ребенка в определенные конфликты, переживания, обиды;

переживание ощущения себя человеком, у которого «что-то не так», чувство неполноценности, проявляющееся часто в виде агрессивного поведения как попытки доказать обратное.

страхи и тревоги по самым различным поводам (здесь важно не то, чего боится ребенок, а то, как он боится: если страх тормозит его развитие, то требуется квалифицированная помощь);

проблемы, связанные со спецификой возраста.

Использование сказкотерапии в коррекционных занятиях включает в себя ряд методических приемов, которые способствуют преодолению ребенком агрессивных проявлений:

чтение сказки;

беседа по содержанию;

проигрывание проблемных ситуаций;

установление правил поведения.

При проигрывании проблемных ситуаций мы применяем рисунок, лепку, конструирование с целью создания ситуации успеха. В ходе занятий используется приятная музыка, знакомые детям песни, которые способствуют фиксированию

положительных эмоций и поддержанию интереса к занятиям [4].

Регулярность проведения занятий способствует закреплению положительного эффекта в развитии личности ребенка.

Из личного опыта можно отметить, что слушая сказки и рассказы, дети стремятся воспользоваться примером положительного героя в борьбе со своими страхами и проблемами. Кроме того, рассказы и сказки вселяют в ребенка надежду, что очень важно.

Мнемотехника.

Прием, при котором на каждое слово или маленькое словосочетание придумывается картинка (изображение), обозначающая предмет, действие, признак и т.д. Весь речевой материал зарисовывается схематично. При произнесении текста с опорой на изображение, ребёнок непроизвольно запоминает информацию, а текст и картинки соединяются в один сюжет. Когда ребенок в своём воображении соединяет несколько зрительных образов, мозг фиксирует эту взаимосвязь. И в дальнейшем, при воспоминании, по одному из образов этой ассоциации мозг воспроизводит всю цепочку образов [2].

Использование подобных рисунков превращает занятие в игру, в результате которой у детей значительно возрастает познавательная активность, увеличивается запас знаний об окружающем мире; появляется уверенность в своих силах и желание пересказывать тексты, составлять интересные рас-

сказы. Работа с мнемотаблицами сокращает время обучения и одновременно решает коррекционные задачи, направленные на развитие основных психических процессов: ассоциативное мышление, зрительную и слуховую память, зрительное и слуховое внимание, творческое воображение.

Су-джок терапия:

массаж ладоней металлическим шариком. Поскольку на ладони находится множество биологически активных точек, эффективным способом их стимуляции является массаж специальным шариком. Шариком ребенку воздействуют на пальчики, кисти, ладошки рук, прокатывая его между ними. У ребенка повышается тонус мышц, происходит прилив крови к конечностям. Вследствие этого происходит улучшение мелкой моторики и чувствительности конечностей ребенка.

массажное кольцо надевается на пальчики ребенка и прокатывается по ним, массируя каждый палец до его покраснения и появления ощущения тепла.

На рисунке 1 представлены примеры шариков и колечек для су-джок терапии.

Сочетание на одном занятии шариков-«ежиков» с колечками вызывает у детей радость, позволяет одновременно массировать пальцы и ладошки, что оказывает благотворное влияние на весь организм, а также на развитие мелкой моторики пальцев рук, тем самым, способствуя развитию речи.



Рисунок 1. Шарики-ежики и массажные кольца для су-джок терапии

Главным достоинствами су-джок терапии являются:  
высокая эффективность – при правильном применении наступает выраженный эффект;

абсолютная безопасность – неправильное применение никогда не наносит вред – оно просто неэффективно;

универсальность – су-джок терапию могут использовать как специалисты в своей работе, так и родители в домашних условиях.

Детям, которые в раннем детстве не получили необходимое речевое развитие, тяжело догнать своих сверстников. Развитие мелкой моторики влияет на состояние речи ребенка. Поэтому элементы су-джок включаются в реабилитационный комплекс упражнений для детей с речевыми задерж-

ками и нарушениями. В логопедии и дефектологии су-джок активно используется, так как оказывает благоприятное воздействие на:

- фонематический слух;
- лексику, грамматику;
- ориентацию в пространстве;
- произношение;
- мелкую моторику.

Во время таких занятий происходит стимуляция точек отвечающих за речь, память, концентрацию внимания. В рамках реабилитационного комплекса терапия способствует постепенной коррекции нарушений. Рекомендуется использовать со специальными играми и упражнениями.

Игровые технологии:

физминутки и разминки, проводимые примерно в середине занятия в течение 1-2 минут в виде игровых действий и сопровождаемые стихами, связанными с темой и содержанием занятия.

дидактические игры, направленные на расширение кругозора, познавательной деятельности;

воспитывающие игры, которые направлены на воспитание самостоятельности, формирование нравственных, эстетических и мировоззренческих установок, воспитание сотрудничества, общительности, коммуникативности;

развивающие игры, способствующие развитию творческих способностей, мотивации к учебной деятельности (на-

пример, игры с крупами, с водой, с камнями, с песком развивают у детей воображение, внимание, память, усидчивость, мышление, зрительный анализ и синтез, зрительно-моторную координацию, тонкие движения пальцев рук, тактильные ощущения, способствуют развитию речи, а также учат ориентироваться на плоскости).

Таким образом, игровая технология выполняет важную роль в развитии ребёнка, а также является фундаментом всего дошкольного образования, так как в игре ребенок получает не только удовольствие и радость, но и закрепление полученных навыков. Дети в игре чувствуют себя самостоятельными, они общаются со сверстниками, получают возможность реализации своих знаний и умений. Играя, дети изучают цвета, форму, свойства материала и пространство, знакомятся с растениями, животными и познают окружающий мир [1].

Интерактивный сенсорный стол ProjectTouch.

Это современный эффективный инструмент для осуществления спектра реабилитационных методик через игру. За реабилитацию непосредственно отвечают сенсорная, психомоторная, когнитивная сферы, развиваемые в интерактивном комплексе. С помощью интерактивного стола нам удастся вовлечь ребенка в процесс обучения с помощью звуковых эффектов, красочного видеоряда, логических задач и т.д. Стол обладает большой рабочей поверхностью. Это очень удобно при совместной работе, когда необходимо при-

нять какое-либо совместное решение, или наглядно показать какую-либо информацию.

Использование сенсорного стола позволяет значительно повысить мотивационную готовность детей с ОВЗ к занятию, вызывая у них интерес сначала к игровой, а затем к учебной деятельности. Информация предоставляется в привлекательной форме, что позволяет не только ускорить запоминание, но и сделать его осмысленным и долговременным. Визуализация материала помогает в освоении новых знаний. Динамически изменяющаяся картинка, непосредственное участие в процессе изучения вызывает огромный интерес у ребенка. Использование анимации и сюрпризных моментов делает коррекционный процесс эмоционально интересным и выразительным [3].

Мультимедийные презентации.

Одним из популярных направлений внедрения информационных технологий в работу учителя-дефектолога является использование мультимедийных презентаций, которые позволяют привнести эффект наглядности в занятие, повысить мотивационную активность ребенка. В использовании мультимедийных презентаций можно выделить такие преимущества, как: информационность, компактность, доступность, наглядность, эмоциональная привлекательность, мобильность, многофункциональность.

Для повышения эффективности дефектологических занятий нам необходимо сочетать словесные методы со зри-

тельными. Благодаря последовательному появлению изображений на экране, ребенок имеет возможность выполнить упражнения более внимательно и в полном объеме. Ребенок получает одобрение не только от дефектолога, но и со стороны компьютера в виде картинок-призов, сопровождающихся звуковым оформлением.

Важно помнить, что грамотное сочетание традиционных и инновационных технологий обеспечивает у детей с ОВЗ развитие познавательной активности и творческих способностей.

Эффективность использования той или иной технологии в нашей коррекционной работе непосредственно зависит от того, насколько тщательно будет продумана организация этого процесса, какие цели поставлены, какой подход избран. Смысл применения технологий состоит, прежде всего, в перспективе реализации основополагающего преимущества этих технологий по сравнению с другими средствами – возможности индивидуализации коррекционного обучения, обеспечения каждому ребенку адекватных, лично для него, способа и темпа усвоения знаний, предоставления возможности самостоятельной продуктивной деятельности, обеспеченной дозированной помощи [6].

Таким образом, успешность применения инновационных технологий зависит не только от способности специалиста реализовать конкретный метод на практике, но и от правильности применения выбранного метода на определенном эта-

пе занятия, при решении данной задачи и в работе с конкретным ребенком. Но главное – специалист должен уметь анализировать свою работу, выявлять недостатки, причины и пути их исправления.

### Список литературы:

Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ОВЗ. Психологические основы / Л.И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 363 с.

Акименко В.М. Новые педагогические технологии. – Ростов н/Д.: изд. Феникс, 2008. – 105 с.

Андерсен Б. Мультимедиа в образовании / Б. Андерсен, В.Д. Бриик. – М. : Дрофа, 2007. – 224 с.

Гнездилова О.Н. Психологические аспекты инновационной деятельности педагога // Психологическая наука и образование. – 2006. – №4. – С. 61-65.

Калачикова О.Н. Исследование содержания и этапов вхождения педагогов в инновационную деятельность// Вестник Томского государственного университета. – 2008. – №316. – С. 174-177.

Разина Н.А. Профессионально-личностное развитие педагога в условиях инновационной деятельности образовательного учреждения // Современные наукоемкие технологии. – 2008. – № 1. – С. 48-51.

Сухомлинский А.В. Как воспитать настоящего человека. – М.: Педагогика, 1990. – 288 с.

Федеральный закон от 29.12.2012г. №-273- ФЗ «Об образовании в РФ»// Собрание законодательства Российской Федерации. – 2012. – №53 (часть I). – Ст.7598.

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНОГО СТОЛА

PROJECTTOUCH

С ЦЕЛЮ АКТИВИЗАЦИИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТЕЙ С РАС

Крылова Е.В., Сычева И.В.

Высокий уровень детской инвалидности определяет социальную значимость проблемы реабилитации и ставит перед научными и практическими (реабилитационными) учреждениями задачу разработки форм и методов этой работы. Данную проблему в современном мире невозможно решить без внедрения высоких технологий. В реабилитационном процессе их использование очень разнообразно.

Специалисты ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» используют в своей работе различные информационно-коммуникационные технологии, в том числе такие средства как интерактивная доска, интерактивный пол, интерактивная песочница, интерактивный стол и др. Использование интерактивных технологий позволяет перейти от объяснительно-иллюстрированного способа обучения к деятельностному, при котором ребенок принимает активное участие в данной деятельности [2, с. 3]. Подробнее хотим остановиться на опыте использования интерактивного стола учителями-дефектологами Цен-

тра в работе с детьми с ОВЗ в рамках коррекционно-развивающих занятий.

Современной наукой доказано, что психические процессы у детей развиваются успешнее, если ребенок погружен в интересную ему, при этом специально организованную целенаправленную деятельность под руководством педагога [3, 4]. Одним из средств, обеспечивающим такую деятельность, является интерактивный стол, который привлекает внимание детей и способен его удержать. Интерактивный стол – современный, эффективный инструмент для реализации спектра реабилитационных методик через игру. За реабилитацию напрямую отвечают сенсорная, психомоторная, когнитивная сферы, развиваемые в интерактивном комплексе.

Данное оборудование, задействуя все каналы восприятия информации (кинестетический (при касании), аудиальный (воспроизводит звук), визуальный), может быть использовано для коррекции аутистического спектра, как база, улучшающая результативность реабилитационных методик.

Интерактивный стол ProjectTouch – устройство ввода-вывода графической информации. В стол интегрирован современный компьютер с операционной системой Windows 10, яркий LED экран, все комплектующие высокого качества. Экран расположен в горизонтальной или несколько наклонной плоскости. Сенсор сделан на основе инфракрасных лучей. Благодаря этому на экран можно нажимать пальцем, стилусом и другими непрозрачными предметами. Такой сен-

сор поддерживает от 1 до 10 одновременных касаний.

Программа интерактивного стола ProjectTouch содержит 288 развивающих игр разного уровня сложности для обучения детей счёту и чтению, тренировки внимания, памяти и развитию логического мышления. В комплект включены игры, пазлы и раскраски, знакомящие детей с окружающим миром, интерактивные пособия по русскому языку и арифметике.

Игры и задания созданы и разработаны с учетом всех необходимых требований законодательства России, в том числе Федеральным государственным образовательным стандартом дошкольного образования (ФГОС ДО) [1].

Вовлечь детей в познавательную деятельность помогают интересные задания, анимация, весёлая музыка, ясные чёткие инструкции, крупные хорошо узнаваемые изображения.

Преимущества использования интерактивного стола ProjectTouch:

- средство установления контакта;
- средство коррекции эмоциональной сферы детей;
- развитие положительной мотивации обучения;
- развитие зрительно-моторной координации и мелкой моторики рук;
- развитие коммуникативных способностей;
- совмещение в игровом процессе развлекательной и образовательной составляющей;
- диагностический инструмент;

получение информации посредством нескольких анализаторов;

доступность использования;

интеграция образовательных областей;

повышение уровня визуализации материала.

В течение двух лет нами проводилось исследование, как интерактивный стол влияет на познавательную деятельность детей с расстройством аутистического спектра (РАС).

Гипотеза исследования: использование интерактивного стола ProjectTouch в коррекционно-развивающей работе способствует активизации познавательной деятельности у детей дошкольного возраста с РАС.

Цель исследования: определить эффективность использования интерактивного стола ProjectTouch с обучающей программой «Умный ребенок» в коррекционной работе для развития познавательной деятельности у детей с РАС.

Объект исследования: уровень развития познавательной деятельности детей дошкольного возраста с РАС.

Предмет исследования: интерактивный стол как средство активизации познавательной деятельности детей дошкольного возраста с РАС.

В соответствии с целью и гипотезой были выделены следующие задачи исследования:

Выявить особенности познавательной сферы детей с РАС;

Изучить возможности обучающей программы «Умный ребенок»;

Выявить диагностические и коррекционно-развивающие возможности интерактивного стола в работе с дошкольниками с РАС;

Разработать диагностический комплект для изучения и оценки уровня познавательной деятельности изучаемой категории детей;

Систематизировать содержание обучающей программы для использования с целью активизации познавательной деятельности данной категории детей;

Экспериментально доказать эффективность применения в педагогической практике интерактивного стола с обучающей программой «Умный ребенок».

В эксперименте принимало участие 20 детей (шестнадцать мальчиков и четыре девочки).

Критериями включения детей в исследование являлись:

Отнесение к группе «дети с РАС»;

Возраст детей от 3 до 5 лет;

При проведении данного исследования нами использовались элементы диагностической методики «Параметры наблюдений за ребенком и их оценка» (по И.И. Мамайчук) [5, с. 121].

Среди основных параметров наблюдения были выделены:

– Эмоционально-поведенческие особенности: контакт, активность, эмоциональные проявления;

– Особенности работоспособности: переключаемость и устойчивость внимания;

– Особенности развития познавательных процессов: особенности ориентировочно-исследовательской деятельности.

Результаты первичной диагностики представлены в таблице 1.

### Таблица 1

Результаты первичной диагностики уровня познавательной деятельности и активности детей

Блок 1. Эмоционально-поведенческие особенности			
Контакт	0	Контакт полностью отсутствует	25%
	1	Контакт возможен при глубокой заинтересованности	45%
	2	Контакт избирательный и неустойчивый	20%
	3	Контакт возможен, но его интенсивность и длительность зависят от настроения и состояния ребенка	10%
Активность	0	Отсутствует интерес к занятию. Стереотипии, погруженность в себя	15%
	1	Избирательная активность (стереотипно манипулирует «любимыми игрушками»)	55%
	2	Проявляет интерес к игрушкам, манипулирует с ними, но быстро пресыщается, переключается на другие задания	25%
	3	Проявляет интерес к занятию, но тревожен, напряжен, чувствителен к тону, вопросу	5%
Эмоциональные проявления	0	Недифференцированное отношение к различным ситуациям. Неадекватные эмоции: стойкий негативизм, аффективность, лабильность и пр., возможны аутоагрессивные реакции	20%
	1	Избирательное отношение к ситуации, но с выраженным проявлением негативизма, аффективные реакции при изменении ситуации	45%
	2	Напряженность в процессе общения и деятельности, страхи, возможны аффективные проявления при неудовлетворении потребности	30%
	3	Осторожность, повышенная тормозимость или, наоборот, повышенная расторможенность, возбудимость. При неудачах может проявлять обидчивость, аффективность	5%

Блок 2. Особенности работоспособности			
Переключаемость и устойчивость внимания	0	Слабая. Склонность к застреванию при выполнении аффективно значимых действий	60%
	1	Наблюдается склонность к застреванию на предыдущих действиях, но способен к переключению внимания при значимом задании	25%
	2	Способен к переключению, но наблюдается застревание на предыдущих действиях	15%
	3	Выраженных признаков инерции не прослеживается	0%

Блок 3. Особенности познавательной деятельности			
Ориентировочная деятельность	0	Выраженная псевдоактивность при полном отсутствии осмысленного анализа объекта. Сниженная активность при поиске объекта	25%
	1	Ослабленная направленность на объекты, примитивные, стереотипные манипуляции с игрушками с использованием обнюхивания, облизывания, подкидывания и др. действий	45%
	2	Проявляет интерес к объектам, предварительно разглядывает их, но направленность поиска недостаточная	25%
	3	Активные, целенаправленные действия с предметами	5%

Анализ полученных в результате диагностики данных позволил установить:

у 75% детей экспериментальной группы отсутствует, либо

слабо выражен контакт и эмоциональные проявления;  
у большинства детей экспериментальной группы (70%) наблюдается низкий уровень познавательного развития и познавательной активности;  
у 85% детей данной группы отмечается слабая переключаемость и устойчивость внимания.

С экспериментальной группой детей проводились регулярные дефектологические занятия. С каждым ребенком проводилось 2 занятия в неделю, в течение 12 недель. Было проведено всего 24 занятия. На каждом занятии выделялось время для упражнений с использованием интерактивного стола с развивающими играми «Умный ребенок».

Оборудование использовалось на различных этапах коррекционно-развивающего занятия:

в начале занятия с целью установления контакта, создания психологического комфорта, стимуляции к последующей деятельности;

в середине занятия с целью закрепления полученных навыков;

в конце занятия как положительное подкрепление познавательной деятельности.

Интерактивная обучающая программа включает в себя 12 блоков.

В левой части экрана интерактивного стола выводится меню заданий. Данное меню скрывается при выборе интересующего раздела и также легко вызывается обратно нажатием

на ярлык в нижнем углу. Прервать игру и вернуться в меню можно в любой момент, щёлкнув по одной из красных кнопок в углах экрана.

Ниже представлено меню рабочего стола с разделами. Здесь мы выбираем возраст и соответствующие задания. Каждое задание выполнено в виде понятной анимации со звуковым сопровождением.

Игродром – 3+

Игродром – 3,5+

Игродром – 4+

Игродром – 4,5+

Игродром – 5+

Игродром – 5,5+

Волшебные краски для малышей

Волшебные краски. Забавные зверята

Волшебные краски. Герои сказок

Чудо-пазлы

Арифметика для малышей

Русский язык для малышей

В таблице 2 приведен перечень игр, входящих в состав программного обеспечения интерактивного стола ProjectTouch.

Таблица 2

Игры, входящие в состав интерактивного стола ProjectTouch

Цель использования	Коррекционно-развивающие игры	
Развитие внимания	«Разыщи котят!», «Парочки», «Найди разницу», «Я тебя найду!», «Найди пару», «Найди и раскрась», «Угадай, кто это?», «Дорога к дому», «Кто кому позвонил?», «Отыщи ключик!»	
Развитие памяти	«Кто спрятался?», «Кто не спрятался?», «Запомни!», «Что потерялось?», «Где что лежит?», «Запоминайка»	
Развитие мышления	«Третий лишний», «Собери пары», «На что похоже?», «Что общего?», «Контрасты», «Профессии», «На чем поедет?», «Что откуда видно?», «Часть и целое?», «Цепочки», «Перепутаница»	
Развитие сенсорных представлений	цвет	«Раскрась пепочку», «Расставь!», «Разноцветье», «Копия», «Дорисуй половинку», «Калейдоскоп», «Раскрась одинаково»
	форма	«Что куда?», «Заплатки», «Формочки», «На что похоже?», «Строитель», «Что получится?», «Запоминайка»,
	величина	«Собери пирамидку», «Что куда?», «Снеговик», «Больше-меньше», «Большие и маленькие», «Что длиннее?», «Что выше?», «Что шире?»
Развитие целостного восприятия	«Собери игрушки», «Найди половинки», «Перевертыши», «Пазлы», «Динозаврики», «Конструктор»	

Каждый блок «Игродрома» включает в себя 25 игр, которые направлены на развитие зрительного и зрительно-про-

странственного восприятия, внимания, памяти, логического мышления.

Каждая игра содержит несколько уровней сложности.

Например, игра «Разыщи котят!». Ребенок должен найти всех котят, находящихся в разных местах картинки, и дотрогнуться до них пальцем.

1-ый уровень сложности: котята хорошо видны на картинке.

2-ой уровень сложности: котята видны частично.

3-ий уровень сложности: котята полностью «спрятались» за кустиками.

Игра «Собери снеговика» направлена на развитие зрительно-пространственного восприятия. Ребенок должен собрать снеговика из частей, находящихся в разных местах картинки.

1-ый уровень сложности: даны части для одного снеговика.

2-ой уровень сложности: даны части для двух снеговиков.

3-ий уровень сложности: надо найти части, скрытые за предметами и собрать снеговика.

Игра «Собери игрушки!» направлена на развитие целостного восприятия образа предмета. Ребенок должен собрать игрушку из частей.

1-ый уровень сложности: даны 4 части картинки.

2-ой уровень сложности: даны 5 частей картинки.

3-ий уровень сложности: даны 6 частей картинки.

После окончания реабилитационного периода, была проведена повторная диагностика уровня познавательной деятельности и познавательной активности детей, результаты которой представлены в таблице 3. Выявлена положительная динамика в развитии этих показателей.

Таблица 3

Результат сравнительного анализа экспериментальных данных до и после реабилитационного периода

Уровни развития	Параметры исследования									
	Контакт		Активность		Эмоциональные проявления		Внимание		Оrientировочная деятельность	
	До	После	До	После	До	После	До	После	До	После
0	25%	15%	15%	10%	20%	10%	60%	40%	25%	15%
1	45%	30%	55%	50%	45%	35%	25%	20%	45%	40%
2	20%	40%	25%	35%	30%	45%	15%	40%	25%	35%
3	10%	15%	5%	5%	5%	10%	0%	0%	5%	10%

Выводы: проведенное исследование по развитию познавательной активности у детей с РАС с использованием интерактивного стола подтвердило эффективность этой технологии и возможности ее применения в реабилитационной

практике.

Результатом проводимой нами работы по педагогической коррекции детей с РАС является:

преодоление негативизма при общении и установлении контакта с аутичным ребенком;

развитие познавательных способностей;

смягчение характерного для аутичных детей сенсорного и эмоционального дискомфорта;

повышение активности ребенка в процессе общения со взрослыми;

преодоление трудностей в организации целенаправленного поведения.

Список литературы:

Афонькина Ю.А., Белотелова Т.Э., Борисова О.Е. Познавательная деятельность дошкольников 5-6 лет в игровом взаимодействии. – М.: Учитель, 2020. – 52 с.

Бойко Е. В. Использование интерактивного оборудования с детьми дошкольного возраста // Образование и воспитание. – 2017. – №1. – С. 3-5. – URL: <https://moluch.ru/th/4/archive/52/1765/> (Дата обращения 20.10.2020).

Гризик Т.И. Познавательное развитие детей 2-8 лет. Мир природы и мир человека. – М.: Просвещение, 2015. – 208 с.

Лисина М. И. Формирование личности ребёнка в общении. – СПб.: «Питер», 2009. – 320 с.

Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. –

## ЛОГОРИТМИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ В СИСТЕМЕ КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОВЗ

Камкина М.С., Михайлова О.В.

С каждым годом увеличивается число речевых расстройств у детей с ограниченными возможностями здоровья. Необходим поиск более интересных, эффективных и доступных форм работы по коррекции речи. Логопедическая ритмика обладает большими возможностями и потенциалом, которые необходимы для успешной работы по преодолению речевых патологий у детей с ОВЗ.

Логоритмика – это система упражнений и игр на основе сочетания музыки, движения и слова, которая направлена на решение коррекционных, образовательных и оздоровительных задач. Цель логоритмики – преодоление речевых нарушений путём развития и коррекции двигательной сферы [1].

Основополагающий принцип проведения занятий – это взаимосвязь речи, движения и музыки. Взаимоотношения указанных компонентов могут быть разнообразными, с преобладанием одного из них или связи между ними [2]. Чаще всего именно музыка является организующим и руководящим началом. Восприятие речи и музыки осуществляется единой анализаторной системой, и поэтому недостатки речевой системы восприятия можно компенсировать с помощью

музыкального восприятия. Движение в данном случае является основным средством взаимодействия между окружающими и ребенком. Формируя и развивая у детей с речевыми нарушениями двигательные способности, мы воздействуем на сенсомоторный уровень, создавая тем самым основу для устранения речевых патологий.

В процессе логоритмических занятий развиваются:

слуховое внимание;

музыкальный, звуковысотный, динамический и тембровый слух;

фонематическое восприятие;

пространственная организация движений;

общая и тонкая моторика;

слухо-зрительно-двигательная координация;

физиологическое и фонационное дыхание;

чувство ритма;

речевая моторика для формирования артикуляционной базы звуков;

связная речь.

С учетом возрастных и психомоторных особенностей детей с ОВЗ речевая нагрузка во время занятия распределяется равномерно. Чередование различных видов деятельности, новизна заданий, интересные сюжетные задумки помогают удерживать внимание и интерес детей, снижают утомляемость, способствуют лучшему усвоению материала. Основа занятий может быть очень разнообразной: сказочный

сюжет, воображаемое путешествие или экскурсия, фольклорные источники, сюжетные и дидактические игры [3].

Дети с ОВЗ нуждаются в специальных упражнениях для развития общей моторики, для улучшения координации движения и слова, выработки чувства ритма, преодоления моторной неловкости [4]. Чтобы разнообразить содержание занятий мы применяем авторские стихотворные тексты, которые позволяют максимально индивидуализировать задание и, как следствие, добиться лучшего результата.

Примерная структура занятия по логоритмике:

ритмическая разминка;

упражнения на координацию движений с речью;

артикуляционная и мимическая гимнастика;

дыхательные и голосовые упражнения;

речевые игры;

релаксационные упражнения.

Ритмическая разминка помогает быстрее включить детей в занятие и установить эмоциональный контакт. Она может включать в себя различные коммуникативные игры, динамические упражнения на регуляцию мышечного тонуса, упражнения на развитие внимания и памяти, ритмические игры. Такие игры чаще всего мы проводим в общем кругу.

Коммуникативное упражнение «Приветствие»

(мелодия пропеваается вверх по звукоряду, а затем вниз)

Ручки выше подниму, Здравствуй, солнышко, скажу!	Поднимают руки вверх, машут вверху «привет»
Опускаю ручки я, Добрый день, мои друзья!	Опускают руки вниз, разводят их в стороны

Упражнения на координацию движений с речью содействуют тренировке дифференцированных и точных движений, развивают чувство ритма. В таких играх мы часто используем различные детские музыкальные инструменты: бубны, маракасы, шейкеры и т.д. Это повышает у детей интерес к выполнению задания.

### Упражнение «Колокольчики»

Дили-дили, дили-дили В колокольчики звонили,	Звонят колокольчиками быстро, на каждый слог
Динь-дон, динь-дон Стал помедленнее звон.	Звонят колокольчиками медленно
И опять быстреей, быстреей Чтобы стало веселей,	Звонят колокольчиками быстро, на каждый слог
Динь-дон, динь-дон Замолкает перезвон.	Звонят колокольчиками медленно, опускают колокольчики на колени.

### Упражнение «Дом»

Посмотрите, это дом!	Складывают руки домиком
Дом с окошками, с трубой!	Показывают окно, трубу
А над домом – облака,	Поднимают руки вверх, машут
Вертолет летит сюда.	Крутят «вертушку» руками
Возле дома – ёлочки,	Показывают руками «ёлочку»
И на них иголочки.	Шевелят пальчиками
Собачка рядышком сидит,	Складывают «лапки» у груди
Укололась и рычит: «Р-р-р-р»!	Рычат

Артикуляционная и мимическая гимнастика – очень важный компонент занятия, они являются основой хорошей дикции, подготавливают артикуляционный аппарат ребенка к постановке звуков. Работа над артикуляцией позволяет уточнить правильное звукопроизношение, развивает подвижность языка, челюстей, губ, укрепляет мышцы глотки.

Артикуляционная гимнастика «Чаепитие»

В чашку чай нальём сейчас И для мамы и для вас.	Упражнение «Чашечка» 3 раза (Улыбнуться, открыть рот и установить язык наверху в форме чашечки)
Будем чай с вареньем пить. Что еще вам предложить?	Упражнение «Вкусное варенье» (Улыбнуться, открыть рот и языком в форме чашечки облизывать губу, делая движения сверху вниз)
Вот чудесные конфеты И для Вани и для Светы.	Упражнение «Конфетка» (Узким кончиком языка упереться поочередно в правую и левую щеки)
Что не пьёте, горячо? Вы подуйте хорошо!	Упражнение «Парус» (Улыбнуться, открыть рот, упереться широким напряженным кончиком языка в верхние зубы)

Дыхательные и голосовые упражнения помогают отрабатывать диафрагмальный тип дыхания, продолжительность, силу и правильное распределение выдоха, развивают основные качества голоса: силу и высоту, укрепляют голосовой аппарат.

Упражнение «Гол!» (на любую мелодию с размером 4/4)

Губы в трубочку тяну,	Вытягивают губы трубочкой
Долго дую фу-фу-фу,	На выдохе поют коротко «фу-фу-фу»
Мяч в ворота загоняю, Гол желанный забиваю.	Дуют длинно на мячик из бумаги, загоняя его воздушной струей в ворота

Речевые игры помогают автоматизировать поставленные звуки, преодолеть речевой негативизм, активизируют словарь, улучшают грамматический строй речи. На занятиях мы используем различные виды речевых игр: ритмодекламации с музыкальным сопровождением и без, игры со звучащими инструментами, игры-диалоги и др. Мы подбираем речевой материал, который доступен детям в лексическом отношении. Использование стихотворных текстов помогает быстро усвоению упражнений и облегчает выполнение логоритмических задач.

Упражнение «Паровозик» (под любую ритмичную мелодию на 2/4)

По дороге я иду И колёсам стучу, Ту-ту-ту---ту-ту-ту, Ждут друзья меня в лесу.	Шагают ритмично, поднимая высоко ноги. Одновременно выполняют круговые движения руками, изображая паровозик
Загорелась там трава, Потушить её пора.	Останавливаются, машут руками, изображая качающуюся траву
Ту-ту-ту---ту-ту-ту, Бочку я с водой везу. Дождались меня друзья, Раз и два – и нет огня!	Шагают как паровозики  Разводят руки в стороны

Релаксационные упражнения помогают снять напряжение

и утомление. Они направлены на произвольное расслабление мышц, которое достигается при помощи сочетания двигательной активности и мышечного расслабления.

### Упражнение «Эскимо»

Я во сне, как в кино, Превратился в эскимо	Складывают ладшки под щеку, как будто спят
Весь замерз и заколел И чуть-чуть не заболел!	Напрягают тело, сжимают кулачки
А потом я выпил чай	Складывают ладшки чашечкой, «пьют», релаксационная музыка
И, конечно, таять стал. Весь потек и помягчел,	Расслабляют тело, опускают руки
Даже чуточку вспотел!	Вытирают «пот» со лба

Используемый речевой материал можно применять не только на логоритмических, но и на других занятиях в качестве физкультминуток.

Многokратное повторение изучаемого материала помогает лучшему его усвоению и позволяет создавать ситуации успеха, что очень важно для детей с ОВЗ.

### Список литературы:

Бабушкина Р.Л., Кислякова О.М. Логопедическая ритмика: Методика работы с дошкольниками, страдающими общим недоразвитием речи / Под ред. Г.А. Волковой. – СПб.: КАРО, 2005. – 176 с.

Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. – М.: Владос,

2003. – 272 с.

Картушина М.Ю. Конспекты логоритмических занятий с детьми 5- 6 лет. – М.: Сфера, 2008. – 208 с.

Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. Учебно-методическое пособие / Под общ. ред. Т.В. Волосовец. – М.: В. Секачев, Сфера, 2007. – 224 с.

# **ОБЫГРЫВАНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЗАУЧИВАНИЯ СТИХОТВОРЕНИЙ ДЕТЬМИ СОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ**

Типакова И.С.

В современном мире при взаимодействии родителей с детьми отсутствует традиция совместного чтения литературных произведений: взрослые все меньше и меньше рассказывают сказки, читают перед сном, разучивают стихотворения. А те из них, которые знакомят своих детей с книгами, часто сталкиваются с проблемой, что дети их не слушают или мало интересуются чтением. Это приводит к тому, что подрастающее поколение не слышит правильную, грамотную речь. Отсутствие полноценного эмоционального общения с близкими для ребенка взрослыми, по мнению Н.С. Жуковой, Е.М. Мастюковой и Т.Б. Феличевой, может являться одной из причин возникновения общего недоразвития речи (ОНР) [6, с. 3-15].

Специалисты, изучающие речевое развитие детей (В.К. Воробьева, Б.М. Гриншпун, В.П. Глухов, В.А. Ковшиков, Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Феличева и др.), отме-

чают, что речь детей с ОНР отличается бедностью и однообразием, она малопонятна для окружающих. Они плохо усваивают навыки словоизменения и словообразования. Их словарный запас отстает от нормы, как по количественным, так и по качественным показателям; страдает как звуковая, так и смысловая сторона речи [5, с. 44-56].

Особенно страдает связная речь. Ребенок не может сам правильно рассказать о чем-либо и составить собственное связное речевое высказывание. Специалисты отмечают у детей наличие лишь простых нераспространённых, реже распространённых предложений. Однако и в этих предложениях у большей части детей наблюдаются многочисленные ошибки: нарушение порядка слов, согласования, пропуски или замены сложных предлогов, неправильное употребление слов [3, с. 58-67], [4, с. 10].

Именно поэтому в настоящее время остро стоит проблема формирования интереса детей к литературным произведениям, в частности к их стихотворным формам. Вторичные отклонения в развитии ведущих психических процессов (восприятия, внимания, памяти, воображения и др.), создают дополнительные затруднения в обучении и воспитании детей с ОНР, особенно в заучивании стихотворений.

Польза разучивания стихотворений отмечена давно:

у ребенка развивается память;

увеличивается активный словарь детей, речь ребёнка становится более богатой и разнообразной;

формируется чувство языка: ребёнок запоминает фразы, поэтому при заучивании стихотворения в его памяти фиксируется, как правильно сочетать одно слово с другим; развивается фонематический слух; заучивание стихотворений является важным не только обучающим, но и воспитательным моментом.

В различных литературных источниках можно встретить рекомендации по разучиванию стихотворений с детьми: с какого возраста лучше начинать, какие стихи должны быть по интонации и объёму; а также раскрыты методы и приемы заучивания.

Одни авторы советуют рассматривать картинки в книгах, одновременно читая стихотворения. Для детей младшего возраста стихи должны быть небольшие по объёму, четырех строчек будет вполне достаточно.

Другие авторы считают, что наиболее благоприятным возрастом для заучивания стихотворений является возраст 4-5 лет. По их мнению, именно в этот возрастной отрезок начинает особенно быстро развиваться память ребенка [1, с. 35].

Третьи авторы пишут, для того чтобы стихотворение училось легко, оно должно по содержанию соответствовать не только возрасту, но и темпераменту ребенка. Поэтому активным детям лучше предлагать для запоминания стихи ритмичные, веселые, а спокойным – размеренные, плавные.

Интересно мнение специалистов, которые рекомендуют рисовать стихотворения, либо использовать мнемотаблицы

[2, с. 80-95].

Все рекомендации схожи в одном: заучивать стихотворение следует эмоционально и с выражением, – такова детская природа.

Мы считаем, что одним из интересных способов заучивания стихотворений в игровой форме обучения является обыгрывание стихов. Доказано, что дети лучше запоминают слуховую информацию с подключением зрительного анализатора. Разыгрывая сюжеты из стихотворения, ребенок сам того не замечая, запоминает его.

На своих занятиях мы подбираем такие произведения, которые интересны ребенку, соответствуют уровню его развития, и их можно обыграть. К стихотворению мы подбираем подходящие игрушки и атрибуты из сюжета.

Например, чтобы обыграть стихотворения А. Барто «Бычок», «Грузовик», «Кораблик», «Наша Таня» мы используем небольшие фигурки главных героев (мальчикам подойдут фигурки Lego, роботы, а девочкам – небольшие куколки), набор домашних и диких животных, транспорт (грузовик, кораблик), и разнообразные мелкие игрушки, такие как мячик, веревка, расчёска и др. (на рис. 1).

Разыгрывая, например, стихотворение «Грузовик», на первых порах можно задавать ребёнку наводящие вопросы:

Что решили сделать ребята?

Кого они решили прокатить?

Какую машину взяли?

Покажи, как они катали kota.

Что из этого получилось?

Когда ребенок «освоит» произведение, задавать наводящие вопросы уже не нужно. Достаточно просто произносить стихотворение под действия ребенка. А со временем, обыгрывая сюжеты, ребенок сам начнет его озвучивать.

А. Барто «Грузовик»



Нет! Напрасно мы решили



Прокатить kota в машине:



Кот кататься не привык —  
Опрокинул грузовик.

Рисунок 1. Пример обыгрывания стихотворения А. Барто «Грузовик»

Далее представлены примеры обыгрывания стихотворений А. Барто «Кораблик» (рис.2), «Бычок» (рис.3), «Мячик» (рис.4).



Рисунок 2. Пример обыгрывания стихотворения А. Барто «Кораблик»

Замечено, что дети с ОНР не всегда вполне понимают смысл произведения. Часто наблюдаются ошибки в передаче логической последовательности событий, смысловые пропуски (в стихотворении перескакивают со строчки на строчку или меняют их местами).

В этом случае мы рекомендуем фотографировать ключевые моменты игры, а затем показывать их ребенку, используя фотографии в качестве подсказки по принципу мнемотаблиц. Детям нравится смотреть на свою игру со стороны, и они эмоциональнее включаются в процесс заучивания.

Таким образом, обыгрывание стихотворений способствует более эффективному запоминанию, развивает внимание, память, словесно-логическое мышление, а также повышает работоспособность в процессе обучения.

А. Барто «Бычок»



Идет бычок, качается,



Вздыхает на ходу:



- Ох, доска кончается,



Сейчас я упаду!

Рисунок 3. Пример обыгрывания стихотворения А. Барто «Бычок»

А. Барто «Мячик»



Наша Таня громко плачет:

Уронила в речку мячик.



– Тише, Танечка, не плачь:

Не утонет в речке мяч.

Рисунок 4. Пример обыгрывания стихотворения А. Барто «Мячик»

Список литературы:

Ахмадуллин Ш.Т. Развитие памяти у детей. Как научить ребенка запоминать легко и надолго. – М.: Изд-во Билингва, 2016. – С. 35.

Ахмадуллин Ш.Т. Книга о том, как тренировать память у детей 4-6 лет. Учебно-практическое пособие. – М.: Изд-во Филиппок и К, 2019. – С. 80-95.

Гриншпун Б.М. Нарушение речи у дошкольников. – М.: Изд-во Просвещение, 2019. – С. 58-67.

Ковшиков В.А. Методика диагностики и коррекции нарушений употребления падежных окончаний существительных. – М.: Изд-во Каро, 2016. – С. 10.

Мастюкова Е.М. Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст. – М.: Изд-во Эксмо, 2018. – С. 44-56.

Филичева Т.Б., Орлова О.С., Туманова Т.В. Основы дошкольной логопедии. ФГОС. – М.: Изд-во Эксмодетство, 2015. – С. 3-15.

# **ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У РОДИТЕЛЕЙ С ДЕТЬМИ С ОВЗ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ САМООБСЛУЖИВАНИЯ, И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

Кирюхина Н.А., Мартемьянова И.Т, Сашина Н.А.

Воспитание ребёнка с нарушениями в развитии становится значительным стрессом для его близких. Такие дети ограничены в свободе и социальной значимости. Они очень зависимы от семьи, имеют слаборазвитые навыки взаимодействия в социуме.

Родители оказываются в сложной ситуации. Проблема воспитания и развития ребёнка с ОВЗ может стать непосильной для семьи. Таким семьям необходима комплексная психолого-педагогическая помощь.

Особенности физического и психического развития детей с ОВЗ детерминируют трудности в организации их поведения и, в частности, в формировании навыков самообслуживания.

**САМООБСЛУЖИВАНИЕ** – это основной вид трудовой деятельности ребёнка с ОВЗ. Ежедневное исполнение простых действий формирует у детей привычку к системати-

ческому труду. Именно через самообслуживание дети устанавливают отношения с окружающими их людьми, осознают свои обязанности по отношению к ним. Но как трудно, порой, даются детям даже простые действия. И как упорно, иногда при этом, они пытаются проявить самостоятельность.

Согласно возрастной психологии **САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ** – центральная характеристика кризиса трёх лет, главное психическое новообразование, возникающее на границе раннего дошкольного детства Кризис трёх лет – это кризис «Я САМ!», детерминированный разрушением сложившейся, но уже не соответствующей увеличившимся силам ребёнка системы отношений со взрослыми [1, 8].

Ребенок осваивает правила поведения, учится контролировать свои и чужие поступки, подчинять свои желания необходимости. Происходит переход (по К. Левину) от «полевого» к волевому поведению.

Освоение навыков самообслуживания, происходящее своевременно, даёт детям возможность почувствовать себя самостоятельными и умелыми, самоутвердиться. Также, постепенно формируемая привычка к опрятности, чистоте, аккуратности, развивает гигиеническую культуру, приобщает к здоровому образу жизни. Однако взрослым следует помнить, что выработка навыков самообслуживания – это длительный процесс. И у детей он может быть нарушен при изменении привычной обстановки в окружающей среде (под влиянием болезни, эмоциональных переживаний и других

факторов). Тем более часты и объяснимы такие срывы у детей с ОВЗ. Чтобы избежать этого, нельзя принуждать их к выполнению действий. При образовании навыка, со временем, ряд частых движений сливается в одно сложное. Ненужные, лишние движения устраняются, темп убыстряется. Переход от одного движения к другому происходит без специального планирования, как бы сам собою.

Образование навыков, как автоматизированных действий, происходит в ходе той или иной деятельности ребенка, благодаря особым, происходящим в коре головного мозга, процессам [2].

Павлов И.П. выявил, что под влиянием внешних воздействий в коре головного мозга возникают временные связи, условные рефлексy. Если воздействия, вызвавшие их, следуют неоднократно в одной и той же последовательности, то условные рефлексy образуют прочную систему.

Следовательно, все навыки закрепляются в результате многократного выполнения того или иного действия, или упражнений в правильном исполнении. Если дети, повторяя действие, допускают ошибки, то необходимый навык не образуется. Приобретённые навыки становятся устойчивыми и трудно поддаются перевоспитанию, поэтому особенно важно с самого начала, с самого раннего возраста учить ребенка правильному выполнению действия.

Умение формировать нужные навыки напрямую влияет на развитие способности к самообслуживанию. САМООБ-

**СЛУЖИВАНИЕ** – это вид бытового труда, включающий гигиенический уход за собой, уход за своими вещами, одеждой, жильем. Также к самообслуживанию относится изготовление и ремонт нужных в обиходе вещей, приготовление пищи и т.д.

Первые шаги в этом направлении родители делают уже, приучая ребёнка самостоятельно чистить зубы, мыть лицо и руки, убирать постель, одеваться. Мало научить ребёнка выполнять все эти операции, но принципиально важно сформировать у него **ПРИВЫЧКУ** к самообслуживанию. Выработать такую привычку – значит приучить ребёнка к тому, чтобы он не только не забывал о своих обязанностях, но и испытывал потребность в их выполнении. Так ребенок с привычкой к самообслуживанию не может, например, покинуть комнату, не убрав за собой игрушки, или сесть за стол, не помыв руки, и т.д.

Так как привычка к самообслуживанию возникает при постоянном, изо дня в день повторяющемся выполнении определенного действия, то взрослые должны запастись терпением. При этом важно учесть, что даже самым простым действиям ребенка с **ОВЗ** надо научить и объяснить, что и как надо делать. Постепенно число обязанностей для ребенка по навыкам самообслуживания надо увеличивать и усложнять их содержание. Как мальчики, так девочки в одинаковой степени приучаются к самообслуживанию. Умение обслужить себя необходимо и тем, и другим. Желательно чтобы каждый

ребенок в силу своих возможностей не боялся сложностей, вырос трудолюбивым и умелым [2].

Простейшие навыки индивидуального самообслуживания дети приобретают еще в дошкольном возрасте. Как только ребенок начинает ходить и произносить первые слова, сразу же можно и нужно начинать постепенно вырабатывать у него умение самостоятельно есть, умываться, одеваться, убирать свои игрушки и т.п. Выработка этих первичных трудовых умений и навыков – длительный и сложный процесс. Взрослым следует спокойно относиться к тому, что у ребенка многого долго не будет получаться, и если получается, то не очень хорошо. Помощь ребенку с самого начала должна быть тактичной, ненавязчивой, не подрывающей его веры в свои возможности и силы, не стесняющей его самостоятельности [4].

Б.П. Никитин пишет, что для развития ребенка младшего дошкольного возраста необходимо соблюдать ряд условий [7]:

- раннее начало;

- создание среды, способствующей и стимулирующей развивающую деятельность ребенка;

- достижение потолка возможностей, создание максимального напряжения сил в ходе этой деятельности;

- обеспечение максимальной свободы в выборе деятельности;

- помощь взрослых.

Таким образом, самообслуживание детей выражается в

самостоятельном умывании, одевании, раздевании и т.д. При выработке навыков самообслуживания огромное значение имеют повторяемость и постоянство требований, доброжелательный контроль со стороны взрослого, его личный пример, а также пример детей, владеющих соответствующими навыками.

Для успешного формирования навыков самообслуживания большое значение имеет создание предметно-развивающей среды. Практика показывает, что при выполнении операций самообслуживания дети, надевая платье или убирая игрушки, делают множество лишних, беспорядочных движений. Они тратят много энергии, а качество работы остаётся плохим. Поэтому, проверяя, как справляются ребята с самообслуживанием, нужно учить их избегать лишних движений [3].

Оценивая то, как ребёнок убрал игрушки, умылся, недостаточно ему сказать: «Молодец» или «Неправильно». Оценка трудовой деятельности должна содержать в себе подчёркивание в данный момент достижений ребёнка и того, что ещё не очень получается. Не следует хвалить детей за то, что похвалы не заслуживает. Надо иметь в виду, что объективная оценка помогает укрепить у детей желание делать всё самим, стремление работать лучше, умение преодолевать трудности, добиваться результата.

Очень часто, желая что-то внушить ребенку, взрослые упорно и навязчиво повторяют ему одно и то же. Нет луч-

шего способа добиться прямо противоположного результата. И наоборот: запрет, недоступность всегда вызывают интерес и желание узнать, что это такое. Эту закономерность обязательно надо использовать в общении с детьми. И в играх – тоже. Когда ребенок начнет играть самостоятельно, без взрослых, т.е. когда интерес к развивающим играм разовьется и укрепитя, тогда можно найти вместе с малышом другое место, доступное для него, и поручить ему следить за порядком в играх, брать их, когда захочется, приглашать поиграть других ребят. Но, при этом, конечно, следует время от времени проверять порядок. Для этого надо просто поиграть с детьми. И игра сама покажет, как он справляется со своими обязанностями.

Также следует учитывать, что в воспитании навыков самообслуживания большое значение имеет согласованность требований, предъявляемых к детям семьей и педагогами, согласованность работы семьи и педагога. СЕМЬЯ УЧИТ детей самообслуживанию, ДАЁТ первоначальные умения и навыки, а педагог их закрепляет и развивает.

В последнее время возрастает число родителей, которые сильно опекают своего ребенка. Некоторые родители делают все за детей. Это приводит к тому, что у ребенка не развивается самостоятельность в навыках самообслуживания [5].

В связи с этим и возникает проблема, которая заключается в недостаточной изученности и осведомленности родителей в формировании навыков самообслуживания у детей с

## ОВЗ.

Выделяют несколько проблем, связанных с обучением навыков самообслуживания у детей с ОВЗ [4, 5]:

Низкая мотивация родителей, позиция полной опеки, сложившийся стереотип отношений. Родителям проще все делать самим, и они не видят смысла в обучении навыкам самообслуживания.

Низкая мотивация самого ребёнка.

Надо создавать мотив и постоянно его подкреплять. Взрослый должен ставить перед ребёнком одну из задач и терпеливо ждать, когда ребёнок будет ее решать, побуждая его к действию словами и жестами.

Поведенческие проблемы, связанные с нежеланием ребёнка подчиняться правилам.

### ПОСТРОЕНИЕ ЧЁТКИХ ГРАНИЦ:

а) пространственных – в этой комнате одеваемся, а кричать можно и в соседней;

б) временных – 10 минут играешь, а потом идешь одеваться (если ребёнку сложно сразу уйти, ему надо дать возможность перестроиться). Отработка навыков в другой ситуации, изменение стереотипа (есть ложкой, а не вилкой: походы в гости и в магазины). Это и дает возможность ребёнку наблюдать за другими, включается механизм подражания.

Трудности, связанные с нарушением двигательной сферы (координация, мелкая моторика). Педагог консультирует родителей по поводу выбора необходимых для ребёнка средств

технической реабилитации (упражнения и игры по мелкой моторике).

5. Трудности, связанные с несформированностью схемы тела (перекрестные движения). Например, ребенок не использует руки при одевании ботинок, не продевает ноги в брюки. Необходимо привлекать внимание к рукам и ногам с помощью сенсорной стимуляцией (перешагивания, пролеза в обруч ногами, поймай мяч руками).

6. Предъявление в семье к ребенку разных требований по вопросу обучения навыков. Роль самообслуживания так велика, что его влияние на ребенка не может компенсироваться никаким другим видом деятельности. Формирование навыков самообслуживания в жизни ребенка с комплексными нарушениями в развитии является жизненной необходимостью, которая позволяет ребёнку, прежде всего, заботиться о своём здоровье и наиболее успешно социализироваться в общество нормально развивающих сверстников [6].

#### РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ И ПУТЬ КОРРЕКЦИИ.

Должна быть обратная связь с родителями, т.е. обмен информацией о достижениях ребенка. Проведение совместных с родителями занятий (педагог отрабатывает с ребенком конкретный навык по самообслуживанию в присутствии родителей, а через несколько занятий родители самостоятельно начинают заниматься с ребенком и закреплять этот навык). Обсуждение на консультациях для родителей методов обучения детей с разными нарушениями развития навыкам

самообслуживания. Совместный поиск различных приспособлений, помогающих успешному обучению навыку по самообслуживанию.

Задачи, которые стоят перед родителями, трудны, но видеть продвижение ребёнка – это большая радость. Даже во время полосы неудач может неожиданно появиться что-то новое, и родители должны чувствовать, что их усилия не пропали даром.

Список литературы:

Выготский Л.С. Психология развития человека. – М.: Эксмо, 2005. – 1136 с.

Жуланова И.В. Основы специальной педагогики и психологии: Учеб.-метод. пособие к семинар. занятиям: (Учеб.) / И.В. Жуланова, В.В. Кудряшова. – Волгоград: Волгогр. гос. пед. ун-т, Перемена, 2003.

Заречнова Е.А. Организация социально-бытовой среды, способствующей реализации потенциальных возможностей детей с множественными нарушениями развития // Дефектология. – 2010. – №3. – С. 38-46.

Лоза Т.В. Стили семейного воспитания в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья // Мир науки, культуры, образования. – 2012. – №3. – С. 180-182.

Мастюкова Е.М., Москвина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ.

высш, учеб. заведений / Под ред. В.И. Селивёрстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 408 с.

Моржина Е.В. Формирование навыков самообслуживания на занятиях и дома. – М.: Теревинф, 2006. – С. 6-9.

Никитин Б.П. Развивающие игры. – М.: Педагогика, 2005. – 120 с.

Обухова Л.Ф. Возрастная психология. – М.: Юрайт, 2016. – 460 с.

# **РАЗВИВАЮЩИЕ ИГРЫ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОВЗ**

Лукьянова И.В.

В данной статье мы обращаемся к описанию развивающих игр в контексте математического развития детей с ограниченными возможностями здоровья, считая их инновационным средством, не теряющим своей актуальности и значимости на протяжении многих столетий и постоянно обновляющимся новыми игровыми образцами, чаще всего авторскими.

Для выявления возможностей развивающих игр в процессе формирования математических представлений у детей с ОВЗ мы, прежде всего, рассмотрели определения, сущность и содержание основных понятий: «математические представления детей с ОВЗ» и «развивающие игры».

Проблема формирования математических представлений у подрастающего поколения не является новой, к ней обращались ученые различных эпох, начиная с античности и средневековья (Аристотель, Геродот, Я.А. Коменский, И.Г. Песталоцци, Ф. Фребель, М. Монтессори, А.В. Грубе, В.А. Лай, Н.Н. Аменицкий и др.) и до настоящего времени. Она

интерпретировалась в зависимости от научных направлений исследований и авторских позиций (Л.В. Глаголева, А.М. Леушина, Ф.Н. Блехер, Н.Н. Лежава, А.А. Люблинская, А.А. Столяр, Т.В. Тарунтаева и др.) [2, 10, 16 и др.].

Собирательным понятием можно считать определение математических представлений, которое подразумевает наличие у детей представлений как о числе, величине, форме, цвете, пространстве, времени, множестве предметов, так и отношений между ними, а также произведение логических операций. У ребенка, развивающегося без патологий, формирование данных представлений начинается с дошкольного возраста и достигает определенных положительных результатов к моменту поступления в школу.

Имеющиеся данные в области специальной педагогики и психологии (Л.Б. Баряева, Г.В. Брыжинская, Т.А. Власова, З.М. Дунаева, М.С. Певзнер, Е.А. Стребелева, И.В. Чумакова и др.) определяют, что у детей с ограниченными возможностями здоровья становление математических представлений происходит гораздо медленнее, у них не сформированы сенсомоторные, интеллектуальные, речевые, эмоциональные предпосылки к математической деятельности [1, 2, 5, 17 и др.]. Сам же процесс математического развития и формируемые математические представления могут быть полноценными лишь в условиях специально организованного коррекционно-развивающего обучения. Отмечается, что оно должно опираться на игровую деятельность, в процессе которой

легче усвоить весь объем математических знаний, осознанно овладеть навыками счета и измерения, приобрести элементарную и прочную основу ориентировки в общих математических понятиях.

Система развивающих игр, которую в свое время окрестили как «Педагогика Предоставления Возможностей» была представлена еще в трудах В.А. Сухомлинского, Б. Спока, Я. Корчака, называясь основной формой умственного развития детей раннего возраста. При всем своем разнообразии игры были объединены под общим названием не случайно: все они исходили из общей идеи, обладали одними и теми же характерными особенностями, имели в основе ситуацию, из которой ребенку необходимо было найти выход.

В середине 50-х гг. XX века этой системой вплотную заинтересовалась семья педагогов Бориса Павловича и Елены Алексеевны Никитиных, которые практиковали использование развивающих игр с детьми своей многочисленной семьи. Успешно осуществляя, проверяя опытным путем и глубоко осмысливая, додумывая подобного рода игры в условиях семьи, Никитины не просто собрали, методически подобрали и описали их развивающее начало и значение, но и оформили свой игровой опыт для последующих поколений.

В интерпретации Б.П. Никитина и Л.А. Никитиной «развивающие игры» представляют собой наборы задач постепенно возрастающей сложности очень широкого диапазона: от элементарных, доступных 2-3-летнему малышу, до таких,

с которыми трудно справляются взрослые. Эти игры нацелены исключительно на развитие творческих мыслительных способностей ребенка. Их, конечно, нельзя называть играми в подлинном смысле этого слова. Это скорее обучение с использованием игровых моментов, которые носят название «ступеньки творчества» [12, с. 24].

По мнению Никитиных, для развивающих игр характерны следующие особенности:

Каждая игра представляет собой набор задач, которые ребенок решает с помощью кубиков, кирпичиков, квадратов из картона или пластика, деталей из "конструктора-механика" и т.д. Задачи даются ребенку в различной форме: в виде модели, плоского рисунка, рисунка в изометрии, чертежа, письменной инструкции и т.п., что знакомит его с разными способами передачи информации.

Решение задачи предстает перед ребенком не в абстрактной форме ответа, а в виде рисунка, узора или сооружения из подручных материалов – видимых и осязаемых вещей. Это позволяет сопоставлять наглядно задание с решением и самому проверять точность выполнения задания.

Задачи расположены в порядке возрастания сложности и имеют широкий диапазон трудностей. Поэтому такие игры могут возбуждать интерес в течение многих лет, каждый раз преподносясь ребенку по-разному.

Постепенное возрастание трудности задач в описываемых играх позволяет ребенку идти вперед и совершенствоваться-

ся самостоятельно, т.е. развивать свои творческие способности, в отличие от обучения, преимущественно формирующего исполнительские черты у ребенка.

Близко для темы нашей статьи определение Н.Н. Васильевой и Н.А. Новоторцевой, в котором развивающие игры рассматриваются как игры «нового типа», необходимый элемент в воспитании ребенка, моделирующие творческий процесс и создающие свой микроклимат, помогающий ускорять темпы умственного развития, совершенствовать возможности интеллекта [3, с. 13].

Важным моментом при использовании развивающих игр в педагогической практике является замечание Н.Г. Вознюк о том, что такие игры следует выбирать исходя из возраста и уровня развития ребенка [4, с. 62]. Они могут использоваться самостоятельно в виде тематических карточек, картинок, паззлов, специальных схем, ребусов и т.д., а также служить дополнением к существующим играм, занятиям или системам обучения. Поражающие своим многообразием и множеством, они могут представлять собой простые задания, вроде откапывания заранее спрятанных вещей в песке, или более сложных, как, например, найти логическое решение какой-то задачи. Такой спектр позволяет подобрать те из них, которые доступны для воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, оказывают на них корригирующее воздействие.

Однако для того, чтобы полноценно применять описыва-

емые игры в работе с детьми с ОВЗ, специалистам необходимо знать и особенности их игровой деятельности. Если охарактеризовать их игру в самом общем плане, то ей свойственны однообразие, отсутствие творчества, бедность воображения, недостаточная эмоциональность, низкая активность. Игра отличается отсутствием развернутого сюжета, недостаточной координированностью действий участников, нечетким разделением ролей и столь же нечетким соблюдением игровых правил. Недостаточность представлений, естественно, ограничивает и задерживает развитие воображения, имеющего важное значение в формировании игровой деятельности.

Данные исследований (Л.И. Катаева, И.А. Морозова, М.А. Пушкарева, Г.В. Степанова, В.Л. Шарохина и др.) дают основания полагать, что организованная коррекционно-образовательная деятельность, ведущим методом которой является развивающая игра, позволяет преодолеть различного рода нарушения у воспитанников с ОВЗ и, прежде всего, усовершенствовать их интеллектуальное развитие, усвоить программный материал, вызвать эмоциональный отклик 11, 15, 18 и др..

Современные развивающие игры представлены большим разнообразием, они универсальны по сути и по содержанию опираются на фундаментальные учения прошлого. В статье мы останавливаемся на трех их разновидностях. Это «Игралочка по математике» авторов Л.Г. Петерсон, Е.Е. Кочема-

совой; «Блоки Дьенеша» и «Палочки Кюизенера». Представим их по порядку.

«Игралочка» может использоваться как самостоятельный курс математического развития дошкольников (в соответствии с п. 2.11.2. ФГОС дошкольного образования), а также в качестве одного из разделов образовательной области «Познавательное развитие» комплексной программы дошкольного образования «Мир открытий». В основу курса «Игралочка» положена новая концепция, реализующая системно-деятельностный подход, представленная в непрерывной образовательной системе Л.Г. Петерсон («Школа 2000...») 6, с. 17.

Программа Л.Г. Петерсон и Е.Е. Кочемасовой «Игралочка» ставит своей целью создание интересной, содержательной и значимой с позиции общих представлений об окружающем мире системы математических понятий. Поэтому одна из основных задач курса – обучение дошкольников построению, исследованию и применению математических моделей окружающего их мира.

Новизна программы заключается в организации процесса освоения образовательного материала: ключевые понятия вводятся через игровые задания и упражнения, поэтому внимание воспитанников акцентируется на важных моментах, не снижая интереса к самому виду деятельности, по окончании изучения каждой темы проводится итоговая игра – путешествие. Все занятия проходят в игровой форме (бесе-

ды, наблюдения, решение проблемных ситуаций, игры с правилами, опыты, моделирование, экспериментирование и др.) 14.

В специальной литературе (Г.И. Альмяшева Л.Б. Баряева, И.Г. Вечканова, С.Д. Забрамная, К.К. Ильясова, М.Н. Перова, Н.Я. Семаго, Т.Н. Фоменок, Л.В. Шевчук и др.) блоки Дьенеша называют одним из наиболее эффективных пособий, разработанных венгерским психологом и математиком З. Дьенешем для ранней логической пропедевтики, и, прежде всего, для подготовки мышления детей к усвоению математики [1, 8, 9 и др.].

Приведем примеры некоторых используемых нами развивающих игр с блоками Дьенеша.

Игра «Этажи»

Программные задачи:

развивать умение классифицировать и обобщать геометрические фигуры по признакам;

упражнять в счете;

развивать ориентировку в пространстве, внимание, логическое мышление.

Материал: набор блоков.

Ход игры: Предлагаем выложить в ряд несколько фигур – 4-5 шт. Это жители первого этажа. Теперь строим второй этаж дома так, чтобы над каждой фигурой предыдущего ряда оказалась деталь другого цвета (или размера, формы). Вариант 2: деталь такой же формы, но другого размера (или

цвета). Вариант 3: строим дом с другими деталями по цвету и размеру.

### Игра «Сказка в царстве блоков»

Цель игры: познакомить с блоками, их свойствами, развивать внимание, умение выявлять, абстрагировать свойства (размер, форма, толщина), воображение, творческое мышление.

Материал: Блоки Дьенеша по одной коробке на три человека.

Описание игры: Дети выбирают цвет для своего царства (желтый, синий, красный). Ведущий рассказывает сказку, а дети назначают блоки на роли героев и строят из них своё царство. «В некотором царстве, в некотором государстве жил-был царь. Он был сильный, большой, толстый и похож на прямоугольник (дети выбирают блок – большой толстый прямоугольник). У царя была царица, очень похожая на него, только тоньше (дети выбирают блок – большой тонкий прямоугольник). Жили они очень счастливо, и было у них двое детей, похожих на них, только маленьких (выбираются толстый и тонкий прямоугольники). И вот однажды...»

Варианты: Далее сказку можно продолжить по замыслу детей или в соответствии с темой (Пошли в лес за грибами..., Взяли домашнего питомца... и т.п.). В играх с блоками Дьенеша очень удобно использовать в качестве дополнительного материала карточки с символами свойств и логические кубики, представленные в дидактическом наборе «Давайте

вместе поиграем».

Одной из достаточно известных технологий в современной образовательной среде, развивающей математические способности не нормативного ребенка, принято считать «Палочки Кюизенера». Названы они в честь своего создателя – бельгийского ученого Дж. Кюизенера. В интерпретации пользователей со временем они приобрели своеобразные названия: цветные палочки, цветные числа, цветные линейки и пр. Это обусловлено их формой и цветом, согласно которому каждый из 10 различных по цвету и величине параллелепипедов образует свое семейство («Красная семья, кратная 2», «Синяя семья, кратная 3», «Желтая семья, кратная 5 и т.д.).

Их цветная сенсорная основа в полном объеме удовлетворяет потребности детей в познании форм, объемов, величин, цветов; способствует развитию пространственных представлений, речевого сопровождения своих действий. При этом речь обогащается математическими терминами и понятиями. Упражняясь с палочками, воспитанники познают азы геометрии, как основы математического образования. Вследствие незрелости моторных функций, у некоторых воспитанников с ОВЗ наблюдается скованность пальцев и кистей рук. В свою очередь соприкосновение с палочками, их перебирание и конструирование раскрепощает двигательные центры.

Педагоги нашего учреждения также имеют опыт эф-

фективного использования палочек Кюизенера в работе с детьми с ОВЗ по ознакомлению их с геометрическими фигурами, формой предметов и размерами, а также по развитию мыслительных умений (сравнения, обобщения, классификации, абстрагирования и пр.), комбинаторных, конструктивных, творческих способностей. Предпочтительной выступает игровая подача материала.

Начиная работу в данном направлении, нами был приобретен дидакто-методический материал, а именно методическая литература и демонстрационные пособия, благодаря которым создавалась предметно-развивающая среда для вооружения воспитанников математическими представлениями в рамках представленного игрового поля. Среди литературных источников используются следующие пособия «Как работать с палочками Кюизенера», «Развивающие игры и занятия с палочками Кюизенера», «Использование палочек Кюизенера и логических блоков Дьенеша для развития логико-математических представлений» 7, 8, 13 и др. и др.; среди наглядного и раздаточного сопровождения – альбомы: «Дом с колокольчиками», «На золотом крыльце...», «Волшебные дорожки», сюжетно-дидактические игры: «Страна блоков и палочек».

Сотрудниками нашего Центра замечено, что подобного рода развивающий игровой материал полезен на разных этапах работы с воспитанниками, проходящими коррекцию и реабилитацию, будь то диагностика или занятия с узкими

специалистами. У детей возникает интерес к цветным палочкам, у некоторых из них, в зависимости от особых образовательных потребностей, степени тяжести и времени проявления болезни, наличия сопутствующих заболеваний, возраста и прочих обуславливающих факторов, появляется стремление взаимодействовать с ними в более конкретной ситуации. Например, построить дом определенного цвета и размера и разместить там героев мультиков; выложить мост через речку по определенной схеме (желтая палочка – зеленая – красная) с повторением или изменением последовательности; сконструировать гаражи для машин разных размеров; измерить с помощью самой маленькой палочки длину других предметов; создать из логических блоков из палочек силуэты предметов и т.д.

Также педагогами-дефектологами и логопедами задействованы альбомы с игровыми заданиями на размещение в них выше обозначенных палочек в заданном игровой инструкцией порядке. Интересен тот факт, что в альбоме представлены схемы, по которым возможно составление целого сюжетного рисунка, рассказа, сказки.

В зависимости от организационной формы занятия, устраиваются соревновательные моменты («Кто быстрее?», «Кто ровнее?», «Кто выше?», «Кто больше?» и т.п.). Таким образом, являясь многофункциональным математическим пособием, цветные палочки Кюизенера способствуют формированию у воспитанников с ОВЗ числовой последо-

вательности, состава числа, отношений «больше-меньше», «выше-ниже», «право-лево», «между, сверху, внутри, над», «впереди-позади» и пр.

Опыт применения развивающих игр как средства формирования у воспитанников с ОВЗ математических представлений позволил нам сделать выводы о том, что, несмотря на содержательную и непосредственную принадлежность некоторых из них к математической сфере, призванных объяснить детям на должном уровне математические концепции и законы, систематизировать математические представления, они оказывают дополнительное положительное воздействие на ряд пограничных областей (развитие речи, моторики, психических познавательных процессов, обучение грамоте и пр.), приучают к порядку. Все это позволяет говорить об успешном коррекционном воздействии выбранных игр на воспитанников с ОВЗ в целом.

Список литературы:

Баряева Л.Б. Формирование элементарных математических представлений у дошкольников (с проблемами в развитии). – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена; Изд-во «СО-ЮЗ», 2012. – 479 с.

Брыжинская Г.В. Математическая подготовка к школе детей с нарушением интеллекта в условиях педагогической системы Монтессори: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – М., 1998. – 19 с.

Васильева Н.Н., Новоторцева Н.А. Развивающие игры для дошкольников. – Ярославль: Мысль, 2007. – 113 с.

Вознюк Н.Г. Полная энциклопедия современных развивающих игр для детей. От рождения до 12 лет. – М.: Рипол Классик, 2009. – 320 с.

Дунаева З.М. Формирование пространственных представлений у детей с задержкой психического развития // Дефектология. 2000. № 4. С. 27-36.

Как перейти к реализации ФГОС второго поколения по образовательной системе деятельностного метода обучения «Школа 2000...» / Под ред. Л.Г. Петерсон. – М.: АПК и ППРО, УМЦ «Школа 2000...», 2010. – 77с.

Комарова Л.Д. Как работать с палочками Кюизенера. – М.: Гном и Д., 2008. – 64 с.

Краско Е.В. Использование палочек Кюизенера и логических блоков Дьенеша для развития логико – математических представлений (из опыта работы) / [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.maam.ru/detskijasad/html> (Дата обращения 13.08.2020).

Леявина Н.О., Финкельштейн Б.Б. Методические советы по использованию дидактических игр с блоками Дьенеша и логическими фигурами. – СПб.: Питер, 2016.

Леушина А.М. Формирование элементарных математических представлений у детей дошкольного возраста. М.: Просвещение, 2004. 368с.

Морозова И.А., Пушкарева М.А. Развитие элементарных

математических представлений: конспекты занятий для работы с детьми 5-6 лет с ЗПР. – М.: Мозаика–Синтез, 2017. – 128 с.

Никитин Б.П. Развивающие игры. – М.: Педагогика, 2005. – 120 с.

Новикова В.П., Тихонова Л.И. Развивающие игры и занятия с палочками Кюизенера. – М.: Мозаика–Синтез, 2009. – 100 с.

Петерсон Л.Г., Кочемасова Е.Е. Курс математического развития дошкольников "Игралочка". – М.: Бином, 2018. – 80 с.

Степанова Г.В. Занятия по математике для детей 5-6 лет с трудностями в обучении. – М.: Сфера, 2010. – 128 с.

Формирование элементарных математических представлений у дошкольников / Под ред. А.А. Столяра. – М.: Просвещение, 2008. – 303 с.

Чумакова И.В. Формирование дочисловых количественных представлений у дошкольников с нарушениями интеллекта. – М.: ВЛАДОС, 2011. – 88 с.

Шарохина В.Л., Катаева Л.И. Коррекционно – развивающие игры и упражнения. – М.: Национальный книжный центр, 2010. -128 с.

# **ФОРМИРОВАНИЕ ЧУВСТВА РИТМА НА НЕВЕРБАЛЬНОМ МАТЕРИАЛЕ В ПРОЦЕССЕ КОРРЕКЦИОННО- ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОВЗ**

Куаншалиева Г.Ж., Рындина Е.В.

Актуальность выбранной темы связана с тем, что в последние годы отмечается увеличение количества детей, имеющих нарушения речи. Причины их весьма разнообразны. Если вовремя не устранить нарушения звукопроизношения, лексики, грамматики, фонематических процессов, у детей дошкольного возраста возникнут трудности общения с окружающими, а при поступлении в школу они начнут испытывать трудности и в обучении.

Специалистам-логопедам в процессе каждодневной работы с детьми приходится искать все новые и новые приемы, которые не только помогают преодолеть проблемы в развитии, но и создать ситуацию уверенности и успеха в своих силах. Кроме того, такие альтернативные методы и приемы помогают организовывать занятия более разнообразно и инте-

ресно.

Важность представленного опыта обусловлена тем, что чувство ритма является одним из заложенных природой чувств, влияющих на гармоничное слияние личности с окружающей средой. Ритмическая организация является основой нашей жизни. Все вокруг подчинено определенному ритму: смена дня и ночи, времена года, биологические процессы. Как пишет И.П. Павлов – «нет ничего важнее в жизни человеческого организма, чем устойчивость и стабильность жизненных ритмов: пульса, дыхания, моторики движения и как результат – ритмичность химических процессов при обмене веществ в организме человека» [2]. Поэтому коррекционное воздействие может эффективно происходить именно через звуковой регулятор жизненных ритмов человека: пульс, дыхание и моторику движения.

Новизна предложенного опыта коррекционной работы заключается в обобщении различных теоретических и практических сведений о развитии чувства ритма на невербальном материале у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Изучив специальную литературу, мы пришли к выводу, что многие ученые, исследовавшие данную проблему, подчеркивают значение ритмического воздействия на детей.

Многие ученые доказывают непосредственную связь между слуховыми и двигательными ощущениями. Так же различные педагогические системы подчеркивают большую

значимость логоритмических занятий с детьми раннего возраста [1, 4, 7, 8, 10].

Так Э. Жак-Далькроз утверждал, что всякий ритм есть движение, и в образовании и развитии чувства ритма участвует всё наше тело. Он считал, что без телесных ощущений ритма не может быть воспринят ритм музыкальный. Ритм является выражением некоторого эмоционального содержания и имеет моторную природу [3].

В свою очередь В.М.Бехтерев выделял следующие цели ритмического воспитания: выявить ритмические рефлексy, приспособить организм ребенка отвечать на определенные раздражители (слуховые и зрительные), установить равновесие в деятельности нервной системы ребенка, умерить слишком возбужденных детей и растормозить заторможенных детей, урегулировать неправильные и лишние движения [2].

Специалисты-практики рассматривают ритмическую способность в качестве предпосылки и одновременного условия реализации различных видов деятельности – речевой, интеллектуальной и др. Для различения и усвоения слогового состава слов ребенок должен овладеть слухоречевым ритмом. Этому предшествуют специальные ритмические упражнения, направленные на создание основы правильного членения слов на слоги, формирование предпосылок усвоения словесного ударения, развитие слогового контура слова. В процессе развития речи ритм становится «скелетом» слова и играет важную роль в усвоении лексем и опознания их при

восприятию. Кроме того, развитое чувство ритма, помогая двигаться под музыку, координируя движения своего тела, учит правильно и ровно дышать. Что влияет на артикуляцию, плавность и чёткость речи [9].

Вот почему, на наш взгляд, особой задачей коррекционной логопедической работы является развитие чувства ритма.

Организация специальных занятий на формирование чувства ритма способствует развитию и коррекции двигательной сферы, нормализации темпа и ритма общих движений, сенсорных способностей, содействует формированию готовности ребёнка к усвоению ритмико-слоговой структуры слов родного языка, коррекции речевых нарушений, оказывает большое психотерапевтическое воздействие на личность ребёнка, содействует развитию его положительных сторон и в конечном итоге социальной реабилитации.

Проводя коррекционно-логопедическую работу по формированию чувства ритма, мы выделяем следующие цели и задачи.

Цель: формирование готовности ребёнка к усвоению ритмико-слоговой структуры слов родного языка на невербальном материале.

Задачи:

создание предпосылок для восприятия, дифференциации и воспроизведения ритма на основе тактильно-кинестетиче-

ских, зрительных слуховых ощущений;

формирование рефлексивного понимания собственных кинестетических ощущений;

обучение произвольной регуляции и управлению эмоциональной и мышечной активностью (управление тонусом и темпом движений);

выработка навыка выполнения движений в соответствии с ритмом и темпом любого слухового стимулятора;

развитие концентрации слухового внимания при воспроизведении ритмических рисунков (визуализированных символических изображений).

Коррекционно-логопедическое воздействие происходит в 2 этапа:

1 этап – формирование восприятия чувства ритма общего плана в теле (включая ориентировку в схеме тела).

2 этап – формирование естественной связи между движениями рук и ритмической способностью.

На 1-м этапе отрабатываются слитность, плавность, переключаемость движений тела, происходит тренировка и укрепление двигательного аппарата: снятие излишнего мышечного тонуса, улучшение ориентировки в пространстве, формирование правильной осанки и походки, нормализация и регуляция психических процессов и свойств (восприятия, внимания, памяти, мышления).

Предлагаются упражнения в ходьбе, в беге, в прыжках: простейшие ритмические упражнения с помощью разно-

образных зву-чащих жестов (топота ног, хлопков в ладоши, постукиваний ладошкой о стол);

движения в соответствии с характером музыки в пространстве (ходьба в разных направлениях, друг за другом).

Упражнение на фитболе с использованием анимационной компьютерной программы «Метроша». Ребенок располагается на мяче лежа или сидя, логопед садится рядом и, придерживая ребенка на мяче, раскачивает его в заданном ритме метронома.

Упражнение «Солнце, дождик». Упражнение проводится с бубном. Ребенок (дети) двигается в разных направлениях под удары бубна «Светит солнышко». Под звон бубна «Пошел дождик», дети (ребенок) должны подбежать к логопеду и спрятаться под зонтиком. Данное упражнение можно проводить с барабаном.

Упражнение «Стучи, хлопай», с использованием анимационной компьютерной программы «Веселый метроном». Ритмическая стимуляция осуществляется путем подачи щелчков метронома синхронно с визуальной опорой («маятником»), с движением зайчика или качалки. Ребенку предлагается отстукивать ритм. Сначала правой рукой, затем левой рукой. В начале упражнения логопед держит ладонь ребенка в своей руке и помогает попасть в ритм, затем дает возможность ребенку самому попробовать отстукивать ритм. Далее предлагается хлопками ловить каждый щелчок.

Упражнение «Куклы». Перед ребёнком на столе находят-

ся большая и маленькая куклы. Логопед поочерёдно берёт кукол и показывает соответствующий каждой из них темп передвижения: большая – идёт медленно, а маленькая – быстро. Ребёнку нужно воспроизвести заданный темп, изображая ходьбу двух кукол.

Упражнение «Я тоже так могу». Перед ребёнком на столе находятся три игрушки, например, медведь, заяц, лошадь. Логопед поочерёдно берёт игрушки и показывает соответствующий определённому персонажу темп и характер передвижения (мишка – медленно, вразвалку; заяц – быстро, подскоками; лошадь – в умеренном темпе, плавно). Ребёнку нужно воспроизвести заданный темп и характер движений в процессе изображения ходьбы или бега игрушечного животного. Если ребенок разговаривает, можно предложить ответить на вопросы: «Как двигается мишка? Лошадка? Зайчик? Кто двигается быстрее? Кто двигается медленнее?». Если ребенок неговорящий, а практика показывает, что данный вариант наиболее вероятный, тогда логопед акцентирует внимание ребенка на словах, характеризующих темп и ритм.

Для игр и занятий с детьми раннего возраста с ОВЗ наиболее целесообразен музыкальный ритм, так как он дает богатый практический материал, активизирует их в совместной деятельности с логопедом, имеет большое значение в деле оздоровление эмоциональной и волевой сферы ребенка.

Озвучивая жизненные ритмы, музыка через слух проникает в мозг, а от него передаётся телу, становясь звуковым

телом человека. Ребёнок или взрослый очень быстро реагирует на импульсы, идущие от музыки, если она соответствует его жизненному ритму и возрасту. Она помогает ему разобраться в мире своих эмоций и, усиливая их, иногда способствует тому, что они выходят из подсознания и оформляются в виде танцевальных движений или напевания мелодий, а иногда и рисования конкретного образа [4].

Ранее описанное упражнение «Солнце, дождик», усложняется и проводится с музыкальным сопровождением.

Упражнение «Остановись и иди» из программы «Мы друг другу рады» Е.Н. Котышевой. Ребенок слушает музыку, двигается в заданном ритме и темпе и останавливается, когда музыка перестает звучать. В момент остановки происходит формирование такого важного навыка как паузация, необходимого в дальнейшем для правильности расстановки фразы в речевом потоке и употребления основных видов интонации [5].

Ценность данных игр:

- развивают двигательные способности памяти, речевое интонирование, чувство ритма;

- дают детям возможность ощущать и управлять своим телом;

- являются эффективной формой психологического переключения во время занятий;

- способствуют выработке межполушарных связей, необходимых для полноценного развития ребенка.

На 2-м этапе особый интерес представляют игры с ладонями рук и пальчиками, которые способствуют естественной связи между движениями рук и произношением слов. Исследователи, занимающиеся изучением механизма речи, утверждают, что речевые области мозга у детей частично формируются под влиянием импульсов, поступающих от пальцев рук [2]. Ценность данных игр:

развивают мышечный аппарат, мелкую моторику, тактильную чувствительность;

«предвосхищают» сознание, его реактивность (ввиду быстроты смены движений);

повышают общий уровень организации мышления.

Игры с ладонями рук целесообразнее начинать с использования музыкальных инструментов (деревянные ложки, бубен, барабан, звучащий молоточек), так как это самое эффективное средство в работе с малышами, и музыкальных дорожек, в которых чередуется ритм и темп звучания. Дети продолжают знакомиться с понятиями «быстро – медленно», «громко тихо».

Упражнение «Мишки». Малышам предлагаются картинки с изображением больших и маленьких мишек, и дается инструкция, ударять музыкальным молоточком, рядом с большим мишкой – громко (или медленно), а с маленьким – тихо (или быстро). Затем упражнение усложняется и детям предлагаются картинки с чередующимися мишками. Картинки варьируются, и эффективнее придерживаться

конкретной лексической темы – на данном этапе темы «Игрушки».

Упражнение «Мишки в кругу». Для выполнения используется пособие М. Лынской «Визуально-ритмический круг». Мишки раскладываются в чередовании (варианты подбирает логопед). Ребенок должен простучать заданный ритм [6].

Для работы с пальчиками, прежде всего, используются готовые игрушки с наполнителем «Су-джок». Особенно детям нравятся игровые упражнения с шарами «Су-джок» и ритмичное надевание пружинок поочередно на каждый палец обеих рук. Значительный эффект достигается, если упражнение проводится с музыкальным сопровождением (музыкальные фрагменты подбираются с разным темпом и ритмом).

Упражнения, направленные на развитие ладоней рук и пальчиков, по мнению психологов, улучшают память, внимание, воображение, координацию, а также мелкую моторику рук и мозговую деятельность.

Данные виды упражнений логопед выбирает самостоятельно в зависимости от уровня речевого и интеллектуального развития ребенка, его возраста и вида речевой патологии.

Работа по развитию чувства ритма должна вестись длительно, систематизировано, по принципу от простого к сложному, с учетом ведущего вида деятельности детей (в игровой форме) и с применением наглядности. А совмещение движе-

ний и музыки помогает организовать связи на уровне мозга, поэтому намного быстрее происходит понимание и освоение ритма.

В заключении можно отметить, что формирование чувства ритма в системе комплексной коррекционно-логопедической деятельности разнообразно по содержанию и видам деятельности, способствует гармоничному развитию личности ребенка и в дальнейшем устранению его речевых проблем.

#### Список литературы:

Буренина А.И. Ритмическая мозаика. Программа по ритмической пластике для детей 3-7 лет. Издание: переработанное и дополненное в соответствии с ФГОС ДО. – СПб.: Музыкальная палитра, 2016. – 196 с.

Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. – М.: Просвещение, 1985. – 191 с.

Жак-Далькроз Э. Ритм. – М.: Классика XXI, 2001. – 248с.

Истомина Ю.Ш. Развитие музыкально-ритмических способностей детей раннего возраста // Педагогическое мастерство: материалы VI Международной научной конференции (Москва, июнь 2015). – М.: Буки-Веди, 2015. – С. 52-55.

Котышева Е. Н. Мы друг другу рады! Музыкально-коррекционные занятия для детей дошкольного возраста. – СПб.: Каро, 2015. – 192 с.

Лынская М.И. Формирование речевой деятельности у

неговорящих детей с использованием инновационных технологий. – М.: ПАРАДИГМА, 2012. – 426 с.

Рокитянская Т.А. Музыкальная грамота в образе и движении. // Дошкольное образование. [Электронный ресурс]. – URL: <https://dob.1sept.ru/article.php?ID=200101303> (Дата обращения 15.01.2021).

Руднева С.Д., Фиш Э.М. Музыкальное движение. Методическое пособие для педагогов музыкально-двигательного воспитания, работающих с детьми дошкольного и младшего школьного возраста. 2-е изд., перераб. и дополн. / Под ред. В. Царьковой. – СПб.: Издательский Центр «Гуманитарная Академия», 2000. – 320 с.

Тютюнникова Т.Э. Речевые игры. Хрестоматия музыкального материала. // Дошкольное воспитание. – 2000, – № 9. – С. 101-112.

Ходячая Е.П. Использование ритмической гимнастики в работе с детьми дошкольного возраста // Актуальные исследования. – 2020. – №14 (17). –С. 83-87. [Электронный ресурс]. – URL: <https://apni.ru/article/1056-ispolzovanie-ritmicheskoy-gimnastiki-v-rabote> (Дата обращения 15.01.2021).

# **РАЗДЕЛ 4. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

## **ТЕХНОЛОГИЯ ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОВЗ «ЭКСПЕРИМЕНТАРИУМ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ»**

Сязина Н.Ю., Рахманина И.Н., Франтасова Е.П., Овсянникова Т.Ю.

На сегодняшний день на территории Астраханской области проживает 4072 человека с категорией «инвалид», из них 38 % – это дети с ментальными нарушениями. Между тем, согласно статистическим данным, количество детей, нуждающихся в реабилитационных услугах в Астраханской области, неуклонно растет, и в больше степени – это дети от 0

до 3 лет, имеющие ограничения жизнедеятельности.

Несмотря на привлечение внимания к данной проблеме властно-государственных структур, остаются не решенными ряд вопросов, регламентирующих развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Особенно актуальным в этой связи становится вопрос о детской инвалидности, так как проблемы детей-инвалидов помимо основных (медицинских, бытовых) влекут за собой еще и весь комплекс затруднений, с которыми сталкиваются их семьи (родители, братья, сестры и другие ближайшие родственники). Рождение малыша с отклонениями в развитии, независимо от характера и сроков его заболевания или травмы, изменяет, а нередко нарушает весь ход жизни семьи. Обнаружение у ребенка дефекта развития и подтверждение инвалидности почти всегда вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние, семья оказывается в психологически сложной ситуации. В этот момент семья особенно остро нуждается в поддержке квалифицированных специалистов.

Несмотря на изобилие информации, поступающей из разнообразных источников, уровень компетентности родителей остается на крайне низком уровне именно в связи с тем, что ее качество и уровень возможности дифференцировать действительно полезную и проверенную информацию ничтожно мал. Практика показывает, что присваивается только тот опыт, который получен в деятельности, соответственно информация, даже самая полезная, которая не провере-

на экспериментальным путем, собственным опытом никогда не станет. В связи с чем, специалистами ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» была разработана инновационная технология оказания комплексной помощи родителям, воспитывающим детей с ментальными нарушениями «Игровой экспериментариУм «Любящий родитель». Реализация данного проекта позволяет родителям в рамках экспериментальных площадок не просто получать знания, но и формировать умения и навыки опытным путем.

Специалистами учреждения были разработаны и организованы экспериментальные площадки для родителей: «Живые системы: музей ребенка», «Кафе экспериментариУма», «Магазин профессиональных советов».

В рамках площадки «Живые системы» педагоги-психологи, медицинский психолог, специалист по развитию движений, учителя дефектологи согласно абилитационной программе проводят занятия с родителями в интерактивной форме (с использованием специализированных макетов, муляжей, схем, видеопортретов). Занятия организуются как для конкретной семьи, в соответствии с теми сложностями, с которыми столкнулись родители при воспитании ребенка с ментальными нарушениями, так и для группы родителей. Специалисты обучают родителей способам преодоления сложных ситуаций, на конкретно их примере.

Занятия в интерактивной форме в рамках площадки

«Живые системы» разрабатываются специалистами на основе запроса родителей и с учетом метода, в рамках которого данное занятие проводится.

Курс предполагает проведение десяти занятий в рамках реализации программы абилитации. Время занятий определяется с учетом возрастных, индивидуальных особенностей ребенка, а также особенностями метода, выбранного на основе комплексной диагностики для преодоления затруднений конкретной семьи.

Занятия с семьей в рамках площадки «Живые системы» строятся в несколько этапов.

На первом этапе специалисты отделения комплексной диагностики перед началом абилитационного процесса проводят клиническую беседу с родителями, в рамках которой собирают анамнез, выясняют основные сложности, возникающие в процессе воспитания, формируют запрос на работу. Проводится мониторинг актуального уровня компетентности родителей, мониторинг особенностей функционирования ребенка и осложнений жизнедеятельности в условиях семьи.

На основе диагностических данных экспертным советом учреждения определяется метод, в рамках которого возможно более эффективно реализовать поставленную на абилитационный период цель.

На втором этапе родителям предлагается возможность участия в так называемых экспериментах, в рамках которых

они взаимодействуют с собственными детьми, демонстрируя привычный неэффективный способ взаимодействия, в присутствии специалистов. Такого рода эксперименты могут проводиться в домашних условиях, а также на прогулке, в магазине, содействуя социализации и интеграции детей в общество.

Второй этап реализуется при первичном консультировании родителей специалистом педагогом-психологом в рамках оказания социально-психологических услуг программы абилитации. По стандарту на первичную консультацию отводится 60 минут.

Третьим этапом осуществляется рефлексивный анализ. Специалисты совместно с родителями проводят анализ допущенных ошибок и ищут способы их преодоления. Как правило, психологи стараются предоставить родителям всю необходимую информацию о возможных причинах поведения ребенка. Поиск выхода из проблемной ситуации происходит в виде мозгового штурма, где ведущая роль отводится родителям. Задача специалиста создать пространство для поиска выхода и направить родителей в сторону поиска решения.

Третий этап реализуется при повторной консультации родителей в рамках реализации программы абилитации.

На четвертом этапе происходит повторное проигрывание ситуации с учетом коррекции поведения. Проводится повторная рефлексия. Основная задача данного этапа – на-

учить родителей лучше понимать собственного ребенка, его потребности и особенности, а также учитывать их в процессе воспитания.

Реализация четвертого этапа происходит во время коррекционных занятий. Родители присутствуют на занятиях и являются непосредственными их участниками.

Пятым этапом является закрепление полученных навыков в реальной ситуации. Родителям предлагается выполнение домашнего задания с обязательной видеосъемкой. Видео позволяет произвести анализ поведения родителей в проблемной ситуации и при необходимости произвести повторную коррекцию.

В работе с родителями в рамках площадки «Живые системы» принимают участие, как правило, два специалиста. Это могут быть специалисты как одного, так и разных направлений.

Второй экспериментальной площадкой является «Кафе экспериментариУма».

В рамках площадки «Кафе экспериментариУма» ежемесячно по актуальным запросам родителей проводятся тематические «Завтраки», «Комплексные обеды», «Ужины», предполагающие вкусное (интересное) и полезное (в том числе информационное, методическое, дидактическое) меню для родителей. Это мастер-классы по сенсорной интеграции, нейрокоррекции, работе с нежелательным поведением с конкретными рекомендациями по взаимодействию с ребен-

ком в домашних условиях, а также мастер-классы по организации питания особого ребенка на основе специализированной диеты (безглютеновой, безкозеиновой и т.п.). Занятия с родительскими группами, как правило, носят информационно-просветительский характер и направлены на повышение психолого-педагогической компетентности родителей.

Занятия в рамках площадки «Кафе экспериментариУма» предполагают несколько форм взаимодействия с родителями. Это может быть очное участие и нахождение непосредственно в зале, а также может быть удаленное участие в виде видеоконференции, что особенно важно для родителей из удаленных районов. Участие родителей в работе экспериментальных площадок мотивируется тем, что каждое посещаемое ими мероприятие «оплачивается» организаторами специальными купонами, которые можно обменивать в «Магазине профессиональных советов» на методические разработки, пособия, игровые пособия (в виде абонентского обслуживания).

Третьей экспериментальной площадкой является «Магазин профессиональных советов» – это специально организованное реабилитационное пространство, которое позволяет родителям воспользоваться абонентским обслуживанием и взять во временное пользование развивающую игрушку из лекотеки, обменять на рекомендации от специалистов в форме брошюр и буклетов.

Так, например, учителями дефектологами разработано

методическое пособие для родителей «Каталог игрушек для детей». В пособии представлены описания игрушек и возможные виды игры с ними в домашних условиях. Пособие является наглядной подсказкой для мамы, как можно поиграть с ребенком и при этом еще и с пользой для развития.

Таким образом, участвуя в проекте «Игровой экспериментариУм «Любящий родитель» родители, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, имеют возможность не просто получать знания, но и формировать умения и навыки опытным путем.

# **МЕТОД НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЕНСОМОТОРНОЙ КОРРЕКЦИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С РАС**

Акчунов Т.И.

На сегодняшний день наблюдается рост числа детей с отклонениями в психическом развитии. Одним из достаточно распространенных нарушений психического развития детей является расстройство аутистического спектра (РАС) [5].

Расстройство аутистического спектра включает в себя диагнозы: детский аутизм, ранний инфантильный аутизм, атипичный аутизм, аутизм Каннера, высокофункциональный аутизм, pervasive developmental disorder без дополнительных уточнений, детское дезинтегративное расстройство и синдром Аспергера. РАС – нейроонтогенетическое расстройство, то есть расстройство психического развития, проявляющееся в раннем детстве или младенчестве, характеризующееся стойким дефицитом способности начинать и поддерживать социальное взаимодействие и общественные связи, а также характеризующееся ограниченными интересами и часто повторяющимися поведенческими паттернами. Основная характеристика расстройства – перманентный дефицит в социальной коммуникации и социальном взаимодей-

ствии. Главным дефицитом у людей с РАС являются навыки разделённого внимания и взаимности при контакте (согласованности с партнёром по общению) [6]. Среди лиц с РАС часто встречаются те, у которых диагностируется умственная отсталость, но встречаются и высокофункциональные индивиды с данным расстройством. При отсутствии своевременной диагностики и адекватной помощи большая часть аутичных детей в итоге признается необучаемой и не адаптируется социально. В то же время, в результате своевременно начатой коррекционной работы, возможно преодоление аутистических тенденций и постепенное вхождение ребенка в социум. То есть в условиях своевременной диагностики и раннего начала коррекции большинство аутичных детей, несмотря на ряд стойких психических особенностей, могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний. С разной результативностью и разным темпом каждый аутичный ребенок может последовательно продвигаться ко все более сложному взаимодействию с людьми.

Главное, что все эти мероприятия благоприятствуют максимальной мобилизации здоровых ресурсов психического развития аутичного ребенка, реконструкции эмоциональной, когнитивной, моторной сфер личности и, в целом, эффективной социальной адаптации ребенка.

Любая коррекционная работа может быть эффективной лишь тогда, когда она основана на правильном заключении

о состоянии психики аутичного ребенка.

По данным исследований, у детей с РАС часто выявляются структурные изменения лобных отделов коры головного мозга, гиппокампа, срединной височной доли и мозжечка. Основной функцией мозжечка является обеспечение успешной двигательной активности, но этот отдел мозга также влияет на речь, внимание, мышление, эмоции и способности к обучению. У многих аутистов определенные отделы мозжечка уменьшены. Есть мнение, что это обстоятельство вызывает у детей с аутизмом проблемы при переключении внимания [1, 2].

Срединные височные доли, гиппокамп и миндалевидное тело, также часто страдающие при аутизме, оказывают влияние на память, способность к обучению и эмоциональную саморегуляцию, в том числе – появление чувства удовольствия при совершении значимых социальных действий. Ученые отмечают, что у животных с повреждением перечисленных долей мозга наблюдаются изменения поведения, аналогичные с аутизмом (снижение потребности в социальных контактах, ухудшение адаптации при попадании в новые условия, трудности при распознавании опасности). Кроме того, у детей с аутизмом часто обнаруживается замедление созревания лобных долей.

Преодоление аутизма – длительная и кропотливая работа. Необходима комплексная коррекция аутизма с точки зрения системного подхода: это не только изменение неконструк-

тивного поведения, не просто «заставить его говорить», а помощь родителям в понимании своего ребенка, помощь в организации развивающего пространства вокруг ребенка, помощь в коррекции нейропсихологических параметров, которые и определяют «странности» сенсорной системы, восприятия мира и эмоционально-волевых проблем.

Дети обладают разными исходными способностями в обработке сенсорной и двигательной информации. У многих детей с аутизмом имеются достаточно серьезные проблемы с планированием сложных действий и их последовательным выполнением, и эти проблемы лежат в основе многих проявлений стереотипности их поведения. Наиболее действенные результаты достигаются при использовании метода нейропсихологической коррекции.

Метод нейропсихологической сенсомоторной коррекции разработан на кафедре детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) профессором Ю.С. Шевченко и к.псх.н. В.А. Корнеевой [3].

Нейропсихологическая сенсомоторная коррекция – это комплекс коррекционно-развивающих упражнений, позволяющий разбудить и развить «проблемные», отстающие функции головного мозга, выявленные в процессе нейропсихологического обследования [4].

Больше чем 80% проблем развития детей связаны с расстройствами и повреждениями головного мозга, возникши-

ми на ранних стадиях развития – во время беременности, в период родов, вследствие тяжелых заболеваний на первом году жизни ребенка. Поэтому воздействие коррекционной программы направлено изначально не на развитие высших психических функций, а на базальный сенсомоторный уровень, т.е. на развитие дефицитарных функций, которые были повреждены на раннем этапе развития ребенка. И только в заключительной части коррекционного этапа, работа переходит в область когнитивной психотерапии.

Цель метода нейропсихологической сенсомоторной коррекции – немедикаментозная активация стволовых и подкорковых структур головного мозга, упрочнение межполушарного взаимодействия, создание оптимального функционального статуса передних структур головного мозга. Метод нейропсихологической сенсомоторной коррекции доступен детям с пяти лет.

Метод состоит из группы двигательных и дыхательных упражнений, постепенно усложняющихся, активизирующих подкорковые структуры головного мозга; способствующих снятию локальных мышечных зажимов, регуляции тонуса, развязке синкинезий, развитию равновесия, восприятия целостности тела и стабилизации стато-кинетического баланса. При этом восстанавливается операциональное обеспечение сенсомоторного взаимодействия с внешним миром, упрочняются процессы произвольной регуляции и смыслообразующие функции психомоторных процессов, направ-

ленных на создание оптимального функционального статуса передних долей головного мозга, на развитие процессов внимания, памяти, мышления и саморегуляции.

Развитие моторной и сенсорной сфер, а также восстановление баланса между ними выступает главным результатом нейропсихологической сенсомоторной коррекции.

Чем раньше проведена диагностика нарушения и начинается терапия, тем скорее можно увидеть результаты. Минимальный эффект, в среднем, достигается за 2-3 месяца, максимальный – через 7-9 месяцев.

У детей с РАС нарушено восприятие мира. Одних ощущений ребенок избегает, к другим, наоборот, стремится, и они преобразуются в аутостимуляции. Помимо этого, информация, полученная от разных органов чувств, не складывается в единую целостную картину. Данная особенность отразилась в символе аутизма в виде разобранного паззла. Первостепенная задача нейропсихологической сенсомоторной коррекции – научить ребёнка осознавать себя в пространстве, улучшить восприятие окружающего мира, развить его моторные, познавательные и сенсорные умения.

В случае органических нарушений, когда развитие ребенка проходит очень медленно, появление заметных результатов коррекционной работы может растянуться на месяцы и даже годы.

Нейросенсомоторная коррекция может проводиться в различных формах:

игровые занятия;

комплекс дыхательных упражнений;

комплекс двигательных упражнений (сенсомоторная коррекция);

упражнения на развитие речи и артикуляции.

Коррекционная работа может осуществляться как индивидуально, так и в группе.

Нейросенсомоторная коррекция через двигательные и игровые упражнения решает следующие задачи:

обучение ребенка чувствовать своё тело и пространство вокруг;

развитие зрительно-моторной координации (глаз-рука, способность точно направлять движение, что важно при письме, и не только);

формирование правильного взаимодействия рук и ног;

развитие слухового и зрительного внимания;

развитие умения последовательно выполнять действия, разбивая его на ряд задач, и другие важные вещи.

В процессе нейропсихологической сенсомоторной коррекции можно выделить этапы:

Диагностический этап. Наиболее адекватным методом диагностики в данном случае является методика А.Р. Лурии, адаптированная для детского возраста. Преимущество нейропсихологической диагностики заключается в том, что с ее помощью можно выявить не только актуальный уровень знаний и умений ребенка, но и основные патогенные факторы,

приведшие к наблюдающимся нарушениям развития.

Установочный этап. Цель данного этапа – создание у ребенка и его родителей активной установки на психокоррекционную работу, формирование мотивов самопознания и самосовершенствования, снижение тревожности, повышение уверенности в возможности достижения позитивных изменений. Необходимость установочного этапа обусловлена тем, что часто применение методики нейропсихологической сенсомоторной коррекции не соответствует ожиданиям родителей, которые «настроены» на известные им психологические приемы, в том числе суггестивные. Должно произойти более полное осознание проблемы, переформулировка запроса. Для повышения эффективности коррекционной работы необходимо объяснять родителям и детям (на доступном для них уровне) смысл тех или иных выполняемых упражнений.

Коррекционный этап. На этом этапе собственно и осуществляется коррекционное воздействие. Как отмечалось выше, сенсомоторная коррекция может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме. Начало коррекционной работы направлено, в основном, на улучшение функционирования подкорковых структур, улучшение мозгового кровообращения, нормализацию активационных процессов, снятие тонических нарушений, повышение работоспособности. Далее коррекционная работа направлена на развитие двигательной, пространственной сферы, становле-

ние адекватной схемы тела и образа физического Я, развитие мелкой моторики. Проводится много упражнений для повышения дифференцированности мозговых функциональных систем, улучшения межполушарного взаимодействия. Заключительные занятия посвящены повышению уровня саморегуляции и произвольного контроля. Порядок выполнения ребенком упражнений соответствует направлению онтогенетического развития (начиная с положения лежа, затем – сидя, на четвереньках, стоя). Опосредованно через оптимизацию функционирования мозговых структур, регулирующих работу внутренних органов, нейрогуморальной и иммунной систем, а также через повышение уровня рефлексии и самоконтроля, в том числе в сфере телесности, происходит улучшение состояния и соматической сферы ребенка.

Оценка эффективности коррекционной работы. Необходимо отметить, что устранение симптома не является достаточным поводом для окончания коррекционной работы. Положительный результат, выражающийся в ликвидации проявлений дезадаптации и имевшихся ранее нарушений, не является единственным критерием эффективности. Снятие симптома и преодоление дезадаптации могут носить временный характер. Если при этом не устранены причинные факторы, то вполне возможно быстрое возвращение тех же самых или других симптомов. Многие родители считают конечной целью снятие нарушений, явившихся причиной обращения к специалисту. Однако занятия с ребенком на-

до продолжать для разрушения патологического механизма, обеспечения устойчивости достигнутого эффекта, профилактики новых нарушений. Необходимо учитывать, что у данного метода имеется целый комплекс косвенных результатов: например, повышение самооценки, уверенности в себе, преодоление трудностей в общении.

Исходя из практики работы ГАУ АО «НПЦРД «Коррекция и развитие» по направлению нейропсихологической сенсорной коррекции с детьми с РАС, можно отметить положительный результат наблюдается у 70-80% детей. Показателями в данной ситуации являлись: улучшение контакта ребенка с родителями и специалистами, улучшение мелкой и крупной моторики, зрительно-моторной координации, улучшение регуляции поведения и т.д.

Помощь аутичному ребенку «растягивается» на много лет, в течение которых результаты дней, недель и месяцев могут казаться малыми или даже отсутствующими. Но каждый, пусть даже самый небольшой элемент прогресса, ценен – из этих, поначалу неуклюжих, шажков складывается основной путь улучшения и приспособления к жизни. У каждого ребенка длина этого пути разная, и не всегда она будет так велика, как хотелось бы. Но обретенное ребенком на этом пути останется с ним и будет помогать идти по жизни более самостоятельно и уверенно.

Список литературы:

Баенская Е.Р. Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода // Аутизм и нарушения развития. -2017. -Т. 15. -№ 2. -С. 32—37.

Морозов С.А. «Современные подходы к коррекции детского аутизма. Обзор и комментарии». – М.: Изд-во: РБОО «Общество помощи аутичным детям «Добро», 2010. –180 с.

Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. – М.: Генезис, 2007. – 474 с.

Султанова А.С. Особенности сенсо-моторной коррекции при работе с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра // Аутизм: медико-психолого-педагогическая, социально-экономическая и правовая проблема: сборник статей [международной научной конференции] XII Мнухинские чтения /под общ. ред. Ю. А. Фесенко, Д. Ю. Шигашова. – СПб.: Виктория плюс, 2014. – С. 198–199.

Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – 992 p.

Wing L., Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12216059> (Дата обращения 15.07.20).

World Health Organisation. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (2018): 6A02 Autism spectrum disorder (англ.) (2018). [Электронный ре-

супс]. URL: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (Дата обращения 17.07.2020).

# НЕЙРОАКУСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С РАС

Калмыкова Н.Ю., Мусаитова С.Р., Овсянникова Т.Ю.,  
Правдина Ю.В. Шорина Л.В.

Расстройство аутистического спектра (РАС) у детей, в последнее время привлекает все больше внимания специалистов различного профиля. Расстройства аутистического спектра являются распространенной проблемой детского возраста (по данным ВОЗ они могут выявляться у 1-го из 70-ти детей). При расстройствах аутистического спектра (РАС) наблюдаются нарушения развития средств коммуникации и социальных навыков, аффективные расстройства, трудности развития активных взаимоотношений с внешней средой, установка на сохранение постоянства в окружающем и стереотипность поведения у детей. РАС характеризуются особым системным нарушением психического развития ребенка, проявляющимся в становлении его аффективно-волевой сферы, в когнитивном и личностном развитии. Популяция детей с РАС крайне неоднородна. Несмотря на несколько противоречивые результаты, исследования показывают, что люди с РАС испытывают трудности с выявлением эмоций по выражению лица. Эти трудности в распознавании

эмоций связаны с измененной активацией мозга у людей с РАС по сравнению с нейротипическими (NT) контролями, то есть с меньшей активацией в веретенообразной извилине и миндалине при просмотре эмоциональных лиц. [1, 2, 3, 4, 5, 7, 8].

За последнее десятилетие понимание механизмов нейропсихологических нарушений у детей с РАС значительно углубилось. Это позволило разработать новые диагностические инструменты и методы для ранних вмешательств.

Желание специалистов разного профиля найти методы, которые могут успешно откорректировать основные нарушения развития нервной системы у детей с аутизмом, привело к повышению интереса к использованию комплементарных нейропсихологических методов и подходов для терапии детей раннего возраста с РАС. Одним из таких методов с растущей доказательной базой является нейроакустическая терапия.

В основе нейроакустической терапии лежит воздействие функциональной музыкой и музыкальным ритмом на человека, как на его мозг, так и на организм в целом. Современные исследования [2, 3, 6, 9, 11] демонстрируют, что воздействие ритма положительно влияет не только на психику человека, но и на многие физиологические функции организма, но это происходит только в том случае, если частота, ритм и сила звука приятны для восприятия. Помимо этого, ритм определённых частот и ритмических рисунков благо-

творно влияет на работу мозга и нервной системы, активизирует выработку определённых гормонов и положительно влияет на психофизическое состояние всего организма. Различные ритмы нашего мозга имеют определённую волновую схему в зависимости от наших действий и реакций. Так, например, альфа-ритм фиксируется в расслабленном состоянии бодрствования. Недостаток альфа-волн возникает тогда, когда человек испытывает беспокойство, гнев, страх, тревогу, депрессию.

Функциональная музыка и музыкальный ритм обладает отчетливой потенциальной способностью изменять функциональную связь между областями коры головного мозга, что обеспечивает большую мультисенсорную интеграцию между корковыми и подкорковыми доменами на ранних стадиях развития.

В зарубежных исследованиях показано, что нейроакустическая музыка влияет на повышение нейропластичности мозга, что в свою очередь создает условия для повышения уровня социального функционирования детей с РАС [6, 9, 10]. Основным механизмом такого влияния, как отмечают ученые, является сенсомоторная интеграция снизу-вверх через звук и слухомоторное увлечение нейронных сетей посредством синхронизации, приводящая к модуляции атипичной сенсорной обработки, которая, в свою очередь, может улучшить социальную коммуникацию [11, 12].

В ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации

детей «Коррекция и развитие» одним из направлений коррекционной работы с детьми с РАС является метод нейроакустической коррекции. Нейроакустическая терапия в условиях учреждения осуществляется с использованием нескольких аппаратных комплексов: Биоакустическая коррекция головного мозга «Синхро-С», аппаратно-программный реабилитационный комплекс «STRESSLESS», аппаратный комплекс «SOUNDSORY».

Устройство преобразования суммарной электрической активности головного мозга в звук музыкального диапазона для биоакустической (БАК) нормализации психофизиологического состояния человека, компьютеризированное, «Синхро-С» (производство ООО «СинКор», Санкт-Петербург, Россия) является одним из немногих методов аппаратной коррекции, с помощью которого мы помогаем детям с данной особенностью развития. Этот аппаратно-компьютерный комплекс биоакустической коррекции головного мозга является немедикаментозным методом лечения, позволяющим восстанавливать организм за счет активации эндогенных процессов саморегуляции. В методе БАК осуществляется сенсорная стимуляция структур мозга, связанных с процессами мотивации и подкрепления, что достигается предъявлением акустических стимулов музыкального диапазона, параметры которых согласованы с параметрами текущей биоэлектрической активности головного мозга пациента. Пациент (ребенок или взрослый) прослушивает собственную

электрическую активность головного мозга в реальном времени и произвольно ее регулирует. При этом, отсутствуют побочные эффекты и возрастные ограничения, отмечается высокая эффективность аппарата. На фоне музыкальных колебаний синхронизированных и согласованных с собственной ЭЭГ совместно с вербальными стимулами, которые, в свою очередь связаны с биоэлектрической активностью мозга. Синхронизация биоэлектрической активности способствует восстановлению эмоционально-волевой сферы и увеличению речевой активности детей с расстройством аутистического спектра. Нормализация психического состояния детей происходит за счет увеличения пространственной синхронизации биоэлектрической активности головного мозга лобных отделов и уменьшения пространственной синхронизации затылочных отделов.

Специалисты, работающие с детьми с РАС, знают об особенностях функционирования их сенсорных систем. Остановимся на тактильных ощущениях. Нарушения чувствительности сенсорной системы приводят к повышенной или пониженной реакции на соответствующие стимулы. В случаях повышенной чувствительности даже незначительный для других людей или детей раздражитель воспринимается как очень сильный, невыносимый и даже болезненный. Поэтому, чтобы не вызывать у ребенка дискомфорт, перед курсом процедур биоакустической коррекции, мы «знакомим» детей с наушниками, датчиками, окружающей обстановкой.

Даем возможность детям их потрогать, понюхать, подержать в руках для регуляции эмоционального состояния. Только после такого «знакомства» начинается работа. Период привыкания у большинства детей разный. От 1 до 21 дня.

Наблюдения за детьми и в беседе с родителями до начала сеансов БАК показали, что взаимодействия со взрослыми были ситуативные и зависели от удовлетворения личных потребностей ребенка. С другими детьми контакта не наблюдалось, в лучшем случае они рассматривали действия других детей со стороны. К явлениям природы и социального мира интереса не проявляли. В мотивационной сфере до процедур БАК познавательный интерес носил неустойчивый, ситуативный, кратковременный и произвольный характер. У некоторых детей наблюдались аффективные, импульсивные и агрессивные вспышки в поведении. В ряде случаев наблюдалась аутоагрессия. Зрительный контакт был слабый и непродолжительный, эмоции незрелы. Действия с игрушками носили манипулятивный, нецеленаправленный характер.

Биоакустическая коррекция проводилась с вербальной стимуляцией (с 10 минуты сеанса была включена всем пациентам). Дети прослушивали специальный набор слов, состоящий из простых, наиболее знакомых и эмоционально-приятных для них, например: «мама», «папа», «дом», «небо», «каша» и другие. Предъявление слов производилось синхронно с текущей ЭЭГ. В конце курса у большинства детей увеличилась речевая активность. Дети стали более об-

щительными и спокойными, начали проявлять интерес в игровой деятельности, контакт со взрослыми стал продуктивнее, увеличилось понимание словесной инструкции, умение выполнять по просьбе простые указания. У некоторых детей осталась незначительная склонность к агрессивным реакциям только в конфликтных ситуациях и в момент чрезмерного эмоционального напряжения. Отмечались типовые, стереотипные эмоциональные проявления.

Таким образом, предъявление звуков, синхронизированных с текущей биоэлектрической активностью мозга, способно активировать процессы восстановления психической деятельности.

Реабилитационный комплекс «NEW STERSSLESS», разработанный итальянскими учеными. Этот комплекс создан в соответствии с последними достижениями в области нейрофизиологии, медицины и психологии. Благодаря современным технологиям в одном сеансе включено несколько процедур одновременно (глубокий волновой массаж, гармоническая акустическая вибрация, ультразвук, хромотерапия, генерация морского бриза), которые позволяют оказывать одновременное воздействие на различные уровни иерархической структуры свойств человека.

В процессе психологической коррекции на соматическом уровне оказывается воздействие на центральную нервную, дыхательную, мышечную системы. Основными механизмами воздействия на соматическое состояние является волно-

вой массаж и акустическая вибрация.

На уровне психофизиологических свойств осуществляется влияние на нервную систему, активацию функциональной асимметрии полушарий головного мозга. Положительные изменения на данном уровне происходят из-за усиления микроциркуляции в мышцах, нормализуется их сокращение, обогащение клеток кожи и тканей кислородом, улучшение обмена веществ.

На уровне психических состояний происходит воздействие на вегетативную нервную систему, психические функции и настроение ребенка (снижение беспричинного чувства беспокойства, страха, расслабление и т.д.). Основным механизмом воздействия на данный уровень является акустическая и световая вибрации, хромотерапия.

На уровне психологических свойств личности происходит снижение уровня тревожности, снижение уровня эмоциональной реактивности, снижение уровня агрессивности. Изменения на данном уровне происходят в результате комплексного воздействия на более низших уровнях структуры человека.

Таким образом, осуществляя системное воздействие на разные уровни иерархической структуры свойств ребенка с РАС, мы имеем возможность максимально задействовать имеющиеся у него ресурсы, стабилизировать состояние и добиться стойкости результатов.

Аппаратный комплекс «SOUNDSORY®» использует

мультисенсорный подход, который сочетает в себе звук с движением для одновременного стимулирования вестибулярной и слуховой систем. Такой интегрированный метод обеспечивает уникальный подход к сенсорной обработке информации, регулированию эмоций и развитию когнитивных навыков. Он базируется на концепции нейропластичности: мозг может изменять себя сам и создавать новые связи посредством специфической и повторяющейся стимуляции. Главной целью устройства SOUNDSORY® является создание прочного фундамента мозговой деятельности, от основ сенсорной интеграции до более сложных когнитивных функций.

Для стимуляции мозга аппарат SOUNDSORY® использует два разных типа обработки звука, такие как воздушную и костную проводимость. Данные две системы акцентируют различные способы сенсорной обработки информации и дополняют друг друга.

Так, передача звука двойным способом будет обучать мозг анализировать сенсорное звуковое сообщение в два раза лучше. Наушники с костной проводимостью лучше передают звуки на низких частотах.

Взаимосвязанные действия слуховой и вестибулярной систем играют важную роль в координации движения тела и удержании равновесия, что, в свою очередь, влияет на работу мозга.

Ритм музыки учит мозг, как обрабатывать информацию.

Действительно, обработка информации требует умения прогнозировать и предугадывать информацию, чтобы корректно ее интегрировать и вовремя на нее среагировать. Когда прогноз мозга не подтверждается, то создается путаница и дезорганизация. Так происходит, когда мозгу не хватает времени для создания хорошего прогноза или, когда сенсорный «вход» слишком сложен или чересчур незнаком. Когда мозг не может запустить чувство ритма, то когнитивно музыка будет проанализирована как шум.

Динамический фильтр создает звуковые контрасты, предназначенные для такого прогнозирования. Поскольку музыка очень ритмична с предсказуемым изменением интенсивности, то мозг легко предугадывает такие звуковые контрасты и создает чувство уверенности и удовлетворения.

Поведенческая реакция на ритм кажется такой очевидной и простой. Однако ритм связан со многими важными функциями головного мозга, включая навык измерения времени, который, как было доказано, имеет решающее значение для эффективной координации как психической, так и физической активности.

В ходе работы с детьми раннего возраста с проявлением расстройств аутистического спектра с помощью применения данной программы специалисты добиваются видимых результатов в развитии речи, самоконтроля, развитии подражания, формировании двигательной активности, коммуникативных навыков. Часто у ребенка появляются попытки ис-

пользовать активную речь.

Таким образом, нейроакустические методы коррекционного воздействия, опираются на способность мозга естественным образом синхронизировать частоты своих мозговых волн с ритмом периодических внешних стимулов, чаще всего слуховых, что способствует повышению нейронной активности у детей с РАС. Использование комплексного подхода к реабилитации детей с РАС позволяет использовать комплексные методы нейроакустической коррекции, что в свою очередь позволяет активизировать внутренние ресурсы организма и сделать процесс реабилитации более эффективным.

### Список литературы

Blood A.J., Zatorre R.J. Extremely pleasant responses to music correlate with activity in areas of the brain associated with reward and emotion // Proc. Natl. Acad. Sci., USA. – 2001. – Vol.(20). -P. 11818–11823. doi:10.1073/pnas.191355898.

Boisgueheneuc F.D, Levy R., Volle E., Seassau M., Duffau H., Kinkingnehun S., et al. Functions of the left superior frontal gyrus in humans: a study of the lesion // Brain. -2006. –Vol.129, Issue 12. – P.3315–3328. doi:10.1093/brain/awl244.

Caria A., Venuti P., de Falco S. Functional and dysfunctional brain circuits underlying emotional processing of music in autism spectrum disorders // Cerebral Cortex. -2011. –Vol.21, Issue 12. – P. 2838–2849. doi:10.1093/cercor/bhr084.

Critchley H.D. Neural mechanisms of autonomic, affective, and cognitive integration // The Journal of Comparative Neurology. -2005. –Vol.493, Issue 1. – P.154–166. doi:10.1002/cne.20749.

Gervais H., Belin P., Boddaert N., Leboyer M., Coez A., Sfaello I., et al. Abnormal cortical voice processing in autism // Nature Neuroscience. – 2004. – Vol.7, -P.801–802. doi:10.1038/nn1291.

1. Janzen Tenill Brown, Taut Michael. Rethinking the role of music in the neural development of autism spectrum disorders // Music and Science. -2018. – Vol. 1. doi:10.1177/2059204318769639.

Nuske H.J., Vivanti G., Dissanayake C. Are emotional disorders unique, universal, or specific to autism spectrum disorders? A comprehensive review // Cognition and Emotion. – Vol.27, Issue 6. – P.1042–1061. doi:10.1080/02699931.2012.762900.

Stegemöller E.L. Study of the neuroplasticity model of music therapy // Journal Music Therapy. – 2014. –Vol.51(3). – P.211–227. doi:10.1093/jmt/thu023.

Särkämö T., Altenmüller E., Rodríguez-Fornells A., Peretz I. Music, the brain, and rehabilitation: new therapeutic applications and potential neural mechanisms // Human Neuroscience. – 2016. –Vol.10. –P.1–5. doi:10.3389/fnhum.2016.00103.

Tay Melissa D., Bednarz Haley M., Herringshaw Abby J., Sartin Emma B., Kana Rajesh K. The effect of atypical sensory

processing on social disorders in autism spectrum disorder // Developmental cognitive Neuroscience. – 2018. – Vol.29. – P.151–167. doi:10.1016/ j.dcn.2017.04.010.

Ronconi L., Molteni M., Casartelli L. Building Blocks of Understanding Others: A Promising Shift in the Study of Social and Communication Deficits in autism // Human Neuroscience. – 2016. –Vol.10. –P.144. doi:10.3389/ fnhum.2016.00144.

# ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ НЕЙРОСЕНСОМОТОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С РАС

Измайлова С.К.

В данной статье предпринята попытка проанализировать собственный опыт работы с детьми с РАС раннего возраста с использованием технологий, входящих в группу нейросенсомоторной коррекции, и предложить их гармоничное сочетание, основанное на идее системогенетического подхода.

Ключевым представляется объединение сенсорной интеграции, нейрокоррекции и ряда других дополнительных методик с целью создания методики нейросенсомоторной интеграции, актуальной для детей с РАС или входящих в группу риска по РАС раннего возраста. С одной стороны, мы имеем базу в виде сенсорной интеграции для своевременного сопровождения сенсомоторного развития ребенка, протекающего от 0 до 3-х лет, с другой, мы дополняем ее важнейшими принципами и приемами нейрокоррекции, которая включается в коррекционный процесс только с возраста 3-5 лет. Так формируется двусторонний подход в коррекции (восходящие связи от подкорковых структур к коре и, обратно, нисходящие, «управляющие» связи). Между тем, сенсомо-

торная коррекция, как правило, затрагивает только уровень функционирования сенсорных систем и процесса обработки и анализа поступающих сигналов с последующим ответом на нее (собственно сам процесс сенсорной интеграции), фактически пропуская период интеграции врожденных рефлексов (так рефлекс Ландау формируется к 5-6 мес. и начинает угасать в возрасте 2х лет). В связи с этим целесообразно дополнить обе методики технологиями интегрирования врожденных рефлексов [7].

Дополнительно при выстраивании коррекционного процесса метод нейросенсомоторной интеграции учитывает:

Процесс формирования привязанности (Д. Боулби) в раннем возрасте. В связи с этим работа строится, в основном, на взаимодействии матери и ребенка. Специалист занимает направляющую, разъясняющую позицию, стараясь физически не вмешиваться в процесс коммуникации матери и ребенка. Особенно это касается детей младенческого возраста. Это дает возможность включить в живой процесс родителей ребенка с РАС и вывести привычные методы сенсорной интеграции на качественно иной уровень, так как позволяет выстраивать ее в поле взаимодействия матери и ребенка, насыщая совместный процесс смыслом и актуализируя до-речевые способы общения: телесный и эмоциональный [9].

Последние исследования проблемы аутизма, раскрывающие характер сенсорных нарушений. Специалист проводит диагностику нарушений сенсорной интеграции для состав-

ления индивидуального профиля ребенка; наблюдает за имеющимися формами взаимодействия ребенка (движения, мимика, вокализации, стереотипии, смена периодов готовности к взаимодействию и отдыха, промежуток времени, необходимый ребенку для анализа полученного сообщения и ответа на него доступным способом и т.д.); анализирует формы взаимодействия матери с ребенком и помогает выстроить наиболее продуктивный способ взаимодействия, изначально отталкиваясь от возможностей ребенка и имеющихся у него навыков взаимодействия (так называемый способ интенсивного взаимодействия по Д. Хьюэту) [11]. Такой подход позволяет создать ресурс для безопасного и плодотворного взаимодействия ребенка и родителя, особенно в тех случаях, когда у родителей нет возможности начать собственную индивидуальную психотерапию.

Этапы нейросенсомоторной интеграции:

Диагностический, включающий в себя не только нейропсихологические, логопедические и дефектологические и другие обследования для составления индивидуального профиля ребенка, но и анализ детско-родительского взаимодействия, а также имеющихся у ребенка с РАС форм взаимодействия.

Формирование индивидуального коррекционного маршрута ребенка с РАС совместно с родителем.

Оценка достигнутых результатов.

Метод нейросенсомоторной интеграции складывается из

следующих разделов:

ритмотерапия (включая Бломберг терапию ритмичными движениями);

адаптированный вариант дыхательной гимнастики Цигун (У Цинь Си – «игры пяти зверей»);

интеграция врожденных рефлексов;

сенсорная интеграция с отдельно выделенными идеями построения движений по Н.А. Бернштейну [3, 6];

нейрокоррекция.

Имеет смысл отдельно подчеркнуть, что данный метод изначально не рассчитан на детей, входящих в группу дефицитарного развития.

В основу модели реализации идеи нейросенсомоторной интеграции легли следующие схемы:

иерархическая система свойств человека, предложенная Ю.А. Цагарелли (рис.1) [12];

пирамида развития Мэри Сью Уильямс и Шерри Шелебергер [10] (рис.2).

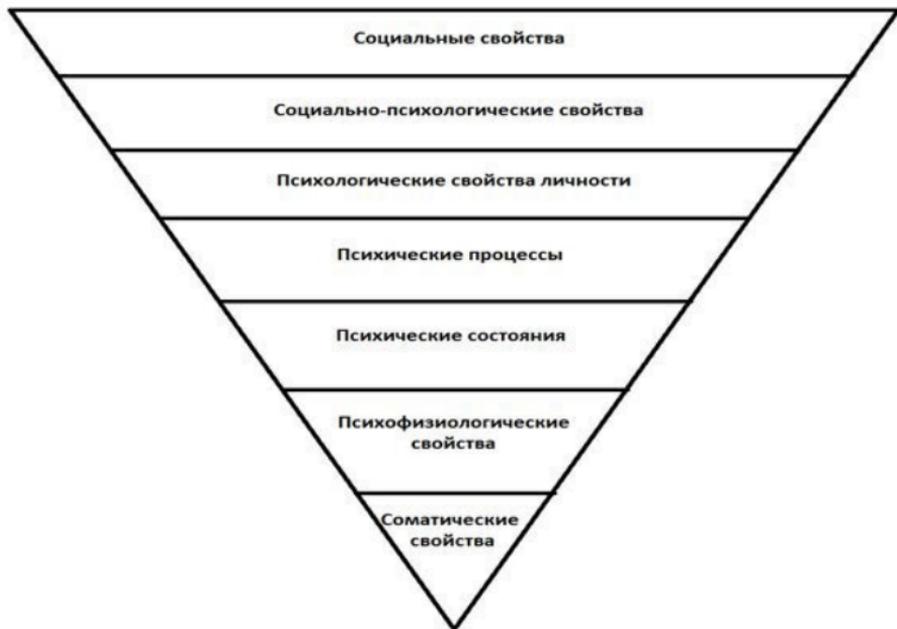


Рисунок 1. Модель иерархической структуры свойств человека

Классическая пирамида развития М. Уильямс и Ш. Шеллебергер начинается с центральной нервной системы (ЦНС) как основы всей пирамиды и заканчивается на уровне сенсорных систем. Данный подход позволяет не только объединить предлагаемые методы, но и добавлять в существующую систему новые подходы, ориентируясь не на какой-то отдельный дефект или функцию, нуждающуюся в коррекции, а на индивидуальный механизм развития в целом.



Рисунок 2. Пирамида развития М. Вильямса и Ш. Шелленбергер

Как уже отмечалось выше, данная схема хорошо иллюстрирует направление развития «снизу-вверх»: от базовых, врожденных, «телесных» функций до социальных конструкций, что легло в основу формулировки принципов метода нейросенсомоторной интеграции:

Принцип системности. Коррекционная работа направлена не только на преодоление или последующую компенсацию конкретного дефекта, но и на развитие всех элементов

психического функционирования и личности ребенка в целом. Данный подход осуществляется за счет включения всех компонентов коррекционного процесса в максимально осознанный процесс с активным участием ребенка, а также, в дальнейшем, за счет включения сюжетов, игр и смыслового наполнения, доступных для конкретного ребенка с РАС. Специалист создает условия переноса конкретного навыка или адаптационной реакции (сенсорная интеграция) в игру, взаимодействие и бытовое функционирование (рутины).

**Принцип комплексности.** Воздействие оказывается комплексно на эмоциональную, когнитивную и сенсомоторную сферы.

**Принцип вовлеченности.** Создание условий для безопасного контакта в системах: ребенок и родитель, ребенок и специалист, родитель и специалист, ребенок-родитель-специалист. Условия формируются за счет учета мотивационных предпочтений ребенка, имеющихся у него форм взаимодействия с окружающим миром, особенностей включения в контакт. Особенно важным здесь представляется включение в процесс доречевых форм общения (эмоциональное и телесное). Родитель является активным участником процесса, а не сторонним наблюдателем.

**Принцип опоры на сохранные формы деятельности.** Учитывает сильные стороны психики ребенка с РАС и, частично перекликаясь с вышеизложенным принципом вовлеченности, учитывает имеющиеся формы взаимодействия с окру-

жающим миром. Специалист и родитель подстраиваются под эти формы, выстраивая продуктивный контакт и находя возможность для расширения сферы деятельности ребенка.

Принцип опоры на возрастные и индивидуальные особенности ребенка.

Принцип учёта двухстороннего взаимодействия между морфогенезом мозга и формированием психики (по П. Я. Гальперину). С одной стороны, для психического функционирования необходима зрелость соответствующих зон мозга, с другой стороны, процесс коррекции оказывает положительное влияние на созревание структур мозга.

Принцип коррекции «снизу-вверх» как опорного и «сверху вниз» как закрепляющего. В данном случае принцип «снизу-вверх» подразумевает скорее подход к формированию той или иной функции по трем функциональным блокам (по А.Р. Лурии), т.е. постепенный подъем снизу, от первого функционального блока вверх, к третьему, формирование горизонтальных и вертикальных связей трех блоков. С учетом первого принципа системности стоит подчеркнуть целесообразность как изолированных упражнений и техник, так и сочетанных, затрагивающих одновременно разные зоны мозга. Однако без достаточно сформированной базы маловероятно выстраивание сложных связей. Наконец, принцип «сверху вниз» является заключительным в коррекционном процессе и обозначает возможность произвольного контроля функций. Помимо этого, идея контролируемых функ-

ций расширяется и подразумевает не только минимальный самоконтроль, доступный ребенку, но и возможность включения приобретаемых навыков в игру и повседневную жизнедеятельность. Также учитывается и классическое понимание принципа «сверху вниз» как создание «зоны ближайшего развития» для ребенка с РАС.

Принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения. Психическое развитие ребенка обусловлено его социальным окружением. Грамотная работа по выстраиванию взаимодействия внутри этой системы и в системе семья-специалист позволит облегчить процесс коррекции и предупредить развитие негативного поведения ребенка с РАС, нарушений формирования привязанности. Как отмечает Г.В. Бурменская: «Отклонение в развитии и поведении (ребенка) есть не только результат его психофизиологического состояния, но и активного воздействия на него родителей, ближайших друзей и сверстников, педагогического и ученического коллективов школы, т.е. сложности в его поведении – следствие отношения ребенка с ближайшим окружением, форм и способов их совместной деятельности и общения, характера межличностных контактов с социумом» [4 с.7], что справедливо и для детей раннего возраста.

Рассмотрим подробнее описываемые уровни с точки зрения осуществления вмешательств.

Основой является соматический или биологический уровень, включающий соматические и психофизиологические

свойства.

Способы воздействия и коррекции начинаются с психофизиологического уровня. В рамках деятельности Центра используются: биологическая обратная связь (БОС), терапия ритмическими движениями, технология InTime, элементы эвритмии, элементы музыкотерапии, аппаратный комплекс «Синхро-С», аппаратный комплекс «Диснет», функциональная музыка Цагарелли, аппаратно-программный комплекс «Stressless» и т.д.

В работе психолога целесообразен учет данных ЭЭГ при выборе конкретных техник психокоррекционного воздействия. Также это первый уровень, с которого можно начать коррекцию через ритмирование в системе нейросенсомоторной интеграции. Особенно ресурсным представляется взаимодействие мамы и новорожденного ребенка через естественную систему ритмов (дыхание матери, сердцебиение и т.д.) с включением доречевого телесного и эмоционального общения. Триггерным фактором, нуждающимся в терапии, здесь может выступать нестабильное эмоциональное состояние матери, бессознательно считываемое ребенком. Дальнейший выход видится в элементах терапии ритмичным движением по Бломберг (БТРД), простейших ритмичных стишках, потешках, танце-двигательных движениях и т.д.

БТРД и элементы дыхательной гимнастики с осторожностью применяются у детей, имеющих эпиактивность или входящих в группу риска.

Отдельно хочется отметить, что в идее метода нейросенсомоторной интеграции не предполагается одностороннего воздействия на ребенка родителя или специалиста. Все методики проходят в активном взаимодействии с постепенным переносом и включением в игровой процесс, что обеспечивает системное развитие психики и личности ребенка и выводит методики за рамки только «ресурсных».

Уровень врожденных рефлексов. Отражает необходимость интеграции рефлексов, появляющихся во внутриутробном развитии, для гармоничного физического, эмоционального и интеллектуального развития, поскольку являются базой для формирования более сложных форм деятельности и предшествуют сенсорной интеграции.

Способы коррекции: элементы ЛФК, элементы дыхательной терапии с имитацией движений врожденных рефлексов, терапия интеграции рефлексов по Р. Винникерс и К. Ханнафорт, терапия интеграции рефлексов по С. Масгутовой.

Уровень сенсорных систем. Предполагает классическую коррекцию методом сенсорной интеграции с обязательным включением в игровой процесс, в том числе простейший сюжетный (при его доступности и соответствии фактическому возрасту ребенка) [1, 2].

Уровень сенсомоторного развития. На базе работы сенсорных систем формируется «первый этаж» в развитии ребенка – сенсомоторное развитие, итогом которого становится формирование сенсомоторного интеллекта.

Мэри Сью Уильямс и Шерри Шелебергер выделили здесь следующие ступени, ранжированные в соответствии с усложнением функционирования и взаимодействия с окружающим миром:

Восприятие внутренней и внешней входящей информации;

Схема тела;

Ориентация по сторонам тела (верх-низ и лево-право по оси позвоночника – срединной линии тела);

Равновесие в движении и деятельности;

Интеграция врожденных рефлексов, активирующихся после рождения;

Моторное планирование.

Автором уточнены 4 и 5 пункты. Так, в оригинальной пирамиде указывается собственно равновесие, что представляется скорее прерогативой предыдущего уровня, собственно сенсорной интеграцией как процесса. На уровне сенсомоторного развития равновесие включено в продуктивную деятельность и оценивается с этой позиции. В пятом пункте врожденные рефлексy, формирующиеся после рождения (например, хватательный рефлекс), выделяются в отдельную категорию и интегрируются отдельно.

Способы коррекции: сенсорная интеграция, коррекционные элементы на основе теории построения движений по Н.А. Бернштейну, элементы ЛФК, элементы дыхательной терапии с имитацией движений врожденных рефлексов, тера-

пия интеграции рефлексов по Р. Винникерс и К. Ханнафорт, терапия интеграции рефлексов по С. Масгутовой, по Г. Доманну [3, 5, 10], включение в игровую деятельность.

Моторное планирование – это уровень-мост, переход от врожденных рефлексов качественно нового уровня (например, овладение ходьбой) до первых осознанных движений (удерживать в руке ложку, пить из стакана, завязывать шнурки и т.д.), т.е. последняя ступень в сенсомоторном развитии, позволяющая шагнуть в перцептивно-моторное развитие. Это «второй этаж» в развитии ребенка, строящийся на основании следующих навыков:

Контроль за положением тела;

Зрительно-моторная координация;

Визуально-пространственное восприятие;

Активное, произвольное внимание;

Слухоречевые навыки.

Возник вопрос классификации пункта «глазодвигательного контроля», включенного в оригинальной пирамиде в перцептивно-моторное развитие, так как слежение за объектом составляет один из навыков уровня сенсорной интеграции.

Способы коррекции: элементы сенсорной интеграции, нейрокоррекции, ритмотерапии с включением в игровую деятельность.

Уровень социального окружения. Данный уровень отражает принципиальную важность влияния семейных процес-

сов и детско-родительских взаимоотношений на дальнейшее формирование психики ребенка. В данном случае рассматриваются возможные внутрисемейные процессы, оказывающие влияние на развитие ребенка с РАС:

переживание матерью горя при установлении диагноза ребенку;

психологическая травма родителей ребенка с РАС;

биохимические нарушения баланса организма матери при переживании острого стресса;

физическая и/или эмоциональная депривация ребенка;

невнимание к особым потребностям ребенка (или неумение их распознавать);

деструктивные типы психологической защиты (например, реактивное образование и т.д.);

транслирование ребенку родительских страхов;

деструктивные формы воспитания и т.д.

При невозможности (или отказе) прохождения родителями ребенка с РАС индивидуальной психотерапии в рамках занятий по методу нейросенсомоторной интеграции создаются условия для канализации родительских страхов и негативных эмоций, поиска и формирования ресурсов их продуктивного взаимодействия с ребенком. Анализируются случаи патологических форм привязанностей, негативных реакций ребенка, особенностей детско-родительского взаимодействия.

Социально-психологический уровень, включающий в се-

бя повседневную жизнедеятельность, поведение и возможность «академического» обучения из оригинальной пирамиды, представляется итогом работы в нейропротекционном подходе и отражает успехи или ошибки составления коррекционной программы.

Таким образом, предложенное на основе личного опыта работы сочетание различных технологий, входящих в группу нейросенсомоторной коррекции, позволяет более эффективно проводить коррекцию детей с РАС.

#### Список литературы:

Айерс Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. – М.: Изд-во: Теревинф, 2017. – 272 с.

Банди А., Лейн Ш., Мюррей Э. Сенсорная интеграция. Теория и практика. – М.: Изд-во: Теревинф, 2018. -768 с.

Бернштейн Н.А. О построении движений / Н.А. Бернштейн. – М.: Изд-во: Книга по Требованию, 2012. – 253 с.

Бурменская Г.В., Захарова Е.И., Карабанова О.А. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г.В. Бурменская, Е.И. Захарова, О.А. Карабанова и др. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 416 с.

Доман Г. Что делать, если у вашего ребенка повреждение мозга. – М.: Изд-во: Теревинф, 2007. – 177 с.

Максимова Е.В. Уровни общения. Причины возникнове-

ния раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н.А. Бернштейна. – М.: Изд-во «Диалог-МИФИ», 2008. – 288 с.

Микадзе Ю.В., Цветкова Л.С., Семенович А.В., Котягина С.Н., Гришина Е.Г., Гогберашвили Т.Ю. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. – СПб.: Изд-во: Питер, 2008. – 288 с.

Нарушения восприятия себя, как основная причина формирования искаженного психического развития особых детей: Сборник статей / А.Б. Алексеевич, Е.В. Максимова, Н.Е. Семенова. – М.: Изд-во: Диалог-МИФИ, 2011. – 64 с.

Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. Изд. 6-е, стер. – М.: Изд-во: Теревинф, – 2010. – 288 с.

Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: Учебное пособие. – М.: Изд-во: Генезис, 2007. – 474 с.

Хьюэтт Д., Фёрт Г., Бабер М., Харрисон Т. Интенсивное взаимодействие. Руководство. –СПб.: Издательство «Скифия», 2018. – 248 с.

Цагарелли Ю.А. Системная диагностика человека и развитие психических функций Учебное пособие. –Казань: МНПО Акцептор, 2009. – 450 с.

# **ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАБОТЕ С НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ДЕТЕЙ С РАС В СИСТЕМЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ**

Колесникова Е.А., Щербакова Л.С.

Актуальность проблемы обучения детей-аутистов обусловлена неизбежностью социального взаимодействия, которое нелегко дается людям, страдающим этим заболеванием. По статистике, в США расстройство аутистического спектра (РАС) диагностируют у 1 из 68 детей [16]. Это число с каждым годом только растёт, как растёт и количество трудностей, которые встают на пути специалистов при работе с аутичными детьми. Тот факт, что аутизм распространяется с высокой скоростью, говорит о том, что необходимо как можно скорее освоить наиболее эффективные методы помощи.

РАС – это расстройство нервно-психического развития, которому характерен ряд симптомов, таких как: нарушение социального развития и словесного общения, повторяющиеся движения и ограниченное поведение. Эти симптомы вызывают у пациентов серьезные трудности с социальным вза-

имодействием, жизненными навыками и адаптацией к окружающей среде. Расстройства аутистического спектра в настоящее время считаются одними из наиболее распространенных и изнурительных нарушений развития [16].

Сегодня основным стандартным методом работы по аутизму считается прикладной анализ поведения, так как он задокументирован как эффективный [5]. Но есть и другие подходы. Ряд специалистов в области аутизма предложили в качестве потенциального вмешательства для детей с РАС игровую терапию, направленную на такие важные проблемы детей с РАС как социальные проблемы и отношения. Известно, что дети-аутисты испытывают определенные трудности в общении с другими людьми. Игра может стать средством, способствующим переходу ребенка от самопоглощения к разнообразному общению.

В рамках игровой терапии дети с РАС получают возможность выразить себя так, как им удобно. В этом заключается основное отличие игровой терапии от поведенческих вмешательств: терапевт не учит ребенка определенному поведению, которое может ему не понравиться, а участвует во взаимоотношениях с ребенком посредством игры. Специалист входит в мир ребенка и использует их новые взаимоотношения как вмешательство. Игровая терапия направлена на такие области поведения, как поведение привязанности и спонтанная игра, которых нелегко достигнуть методом поведенческих вмешательств.

Игра – это неотъемлемая составляющая жизни детей, универсальное средство, которое способствует развитию экспрессивного языка, эмоций, коммуникативных и социальных способностей ребенка. Игра является для ребенка наиболее понятной формой самовыражения потребностей. Игра – это сложная система поведенческих актов, которые существенно видоизменяются с возрастом и развитием ребенка [14].

Игровая деятельность, которая в норме является для ребенка естественной формой деятельности и выступает инструментом познания мира, у особенных детей, как правило, недостаточна. Для ребенка с РАС нарушения игровой деятельности настолько характерны, что эта важная особенность их развития отражена в современных классификаторах МКБ10 и DSMIV [8].

По сравнению с нейротипическими детьми игровое поведение детей с аутизмом часто выявляет привязанность к определенной игрушке и/или неправильное использование игрушек, а самопроизвольные интерактивные игры и игры с социальной имитацией отсутствуют [10].

Рассмотрим некоторые аспекты применения игровой терапии в коррекционной работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра. К типичным симптомам детского аутизма относят уход ребенка от контактов со взрослыми и детьми, потребность в сохранении постоянства окружающей обстановки, страх перед любыми изменения-

ми, отсутствие либо нарушения речи в коммуникативной функции. В игре аутичных детей отмечается стереотипность действий, пассивное подражание действиям, отказ от коллективной игры [14]. Однако, по мнению С. Ньюмана, обычную для ребёнка с РАС игровую деятельность, независимо от того, носит она или нет характер аутостимуляции, можно толковать как игру и использовать её в этом русле [4, 6, 11, 12, 15].

Детская игра всегда являлась предметом интереса многих исследователей. Например, известный возрастной физиолог академик И.А. Аршавский называл игру инстинктом глубочайшего физиологического смысла. Он отмечал, что потребность играть для ребенка так же естественна и жизненно важна, как потребность есть, дышать, спать. Конечно, ребенок, лишенный игры, не погибнет. Но подавленный инстинкт игры очень скоро заявит о себе физиологической незрелостью, отставанием в росте, весе, в физическом и интеллектуальном развитии [2].

Остановимся подробнее на том «вкладе», который вносит игра в развитие ребенка, на тех свойствах, которые делают ее незаменимой в психолого-педагогической работе с ребенком раннего возраста:

- в игре развивается возможность эмоционального взаимодействия с другими людьми, сопереживания;
- осмысливаются и принимаются культурные нормы;
- в сюжетной игре ребенок осваивает пространственную и

временную «развертку» событий, что содействует формированию произвольной организации поведения;

развивается способность к подражанию другим людям (имитируя поведение других людей, ребенок усваивает новые формы социального поведения);

расширяется запас знаний ребенка об окружающем мире; в процессе освоения сюжетной игры формируется произвольное внимание ребенка, его способность к установлению логических связей;

благодаря игровому подражанию и осмыслению сюжета игры прогрессирует речь;

игра дает ребенку возможность не только пополнять свои знания об окружающем мире, но и сформировать собственную систему эмоциональных (личностных) смыслов [7].

Как известно, в процессе нормального развития ребенка игра проходит разные стадии – от простых манипуляций до сложных символических игр. Дети с РАС, в основном, застревают на манипулятивной стадии игры, функциональная игра может быть выражена у них незначительно, а стадия символической игры страдает особенно [1, 8, 9, 12].

Практический опыт коррекционной работы с аутичными детьми показывает, что, несмотря на индивидуальные особенности каждого ребенка, их поведение на первых занятиях по игровой терапии имеет много общего. Это избегание контакта с педагогом-психологом, отсутствие целенаправленного интереса к игре, обедненные, однотипные манипуляции с

игрушками.

В начале работы мы часто сталкиваемся с тем, что ребенок не принимает игру, предлагаемую специалистом, и «не пускает» никого в свою игру, проявляя нежелательное поведение в форме агрессии, крика, убегания или аутистичности. Поэтому на первых занятиях по игровой терапии нами ставится задача создать ребенку условия для снижения у него уровня тревожности, страха перед новой обстановкой, внушить ему чувство безопасности и вызвать интерес к спонтанной деятельности с игрушками. Ребенку предоставляется максимальная свобода действия, если она не наносит вред ему самому и окружающим. На данном этапе мы, как правило, занимаем позицию наблюдателя, используя тактику выжидания, не предъявляя ребенку никаких речевых инструкций. Взаимодействие с ребенком проявляется в одобряющей улыбке, поощрительном комментарии «молодец», «хорошо играешь».

Следующим шагом в нашей работе является постепенное введение во взаимодействие с ребенком приема отражения, который заключается в озвучивании действий и чувств ребенка в его игре. Такая словесная активность дает ребенку понять, что взрослый заинтересован и включен в игру, позволяет почувствовать ребенку, что его принимают таким, какой он есть. Например: «тебе нравится красная машинка», «ты рассердишься», «ты делаешь башню», «ты даешь кукле чай». Такой прием часто приносит хорошие видимые ре-

зультаты в формировании устойчивого контакта.

Следующей задачей в игротерапии нами ставится мотивирование ребенка к более активному взаимодействию. Оставаясь внимательными, но ненавязчивыми к ребенку, активно включаясь в его деятельность, нам необходимо дать ребенку понять, что наилучшей формой его поведения на занятии будет совместная игра. Основное воздействие на ребенка на данном этапе направляется нами на снижение беспорядочной двигательной активности, проявлений нежелательного поведения, а так же на речевую стимуляцию.

Обобщение приобретенных умений и их перенос в повседневное общение ребенка с РАС является одной из ключевых задач занятий по игровой терапии. Поэтому немаловажным аспектом нашей работы мы считаем привлечение родителей к активному сотрудничеству. Обучение родителей эффективным приемам совместной игры с ребенком дома в сочетании с регулярными занятиями специалиста дают устойчивый положительный результат в формировании желаемого поведения детей.

Завершая описание некоторых аспектов игротерапии с детьми, страдающими аутизмом, необходимо отметить, что изложенный материал, безусловно, не исчерпывает психотерапевтического потенциала игровой деятельности. Игра может быть полезным инструментом для диагностики и психотерапии практически любых нарушений детского развития [14].

Список литературы:

Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма.

Пер. с англ. Д.В. Ермолаева. – М.: Теревинф. 2013. -216 с.

Аршавский И.А. Очерки по возрастной физиологии. – М.:

Медицина, 1967. -464с.

Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся синдроме детского аутизма: дис. ... канд. психол. наук. – М., 2005. -266с.

Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом: использование методики FLOOR TIME для развития отношений, общения и мышления. – М.: Теревинф. 2013. – 512 с.

Григоренко Е.Л., Торрес С., Лебедева Е.И., Бондарь Е.А. Фокус внимания на вмешательствах, основанных на прикладном анализе поведения (ПАП) //Психология. Журнал ВШЭ. –2018. -Т.15. -№4. –С.711-727.

Кац Л.И., Тюлина В.Б. Игротерапия для детей с РАС // Аутизм и нарушения развития. -2015. -№3 (48). – С.21-30.

Миллер С. Психология игры. – СПб., 1999. – 320 с.

Морозов С.А. Современные подходы к коррекции детского аутизма (обзор и комментарии). –М, 2010. -102 с.

Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. – М.: Теревинф, 2010. -288 с.

Новые направления в игровой терапии. Проблемы, процесс и особые популяции / Под ред. Гарри Л. Лендрета. –М.: Когито-центр, 2019. -479с.

Ньюман С. Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей / Пер. с англ. Н.Л. Холмогоровой. -М.: Теревинф, 2011. -236 с.

Тюлина В.Б. Игротерапия в коррекционной работе с особенными малышами // Сб. материалов Всероссийской НПК с международным участием «Организация коррекционно-педагогического воздействия в специальной образовательной среде». – Владимир, 2013. – С. 89-92.

Уильямс Э. Сравнительный обзор ранних форм объектно-ориентированной игры и игры родитель-младенец у типичных младенцев и маленьких детей с аутизмом // Аутизм. -2003. -№7. –С.361-377.

Федосеева О. А. Игровая терапия при аутизме // Материалы II Международной научной конференции «Педагогика: традиции и инновации» (г. Челябинск, окт. 2012 г.). – Челябинск: Два комсомольца, 2012. – С. 146-149.

Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. -М.: Теревинф, 2007. -136 с.

Autism spectrum disorder (ASD) / Centers for Disease Control and Prevention [Электронный ресурс]. –URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.html> (Дата обращения 20.11.2020).

Heidi Hillman. Is Play Therapy an Evidenced-Based Intervention for Children with Autism? EasternWashingtonUniversity. January 1st, 2018 //

Autism spectrum news [Электронный ресурс]. –URL: <https://autismspectrumnews.org/is-play-therapy-an-evidenced-based-intervention-for-children-with-autism> (Дата обращения 20.11.2020).

# **ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДИК В ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОВЗ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА**

Крылова Е.В., Сычева И.В.

Одним из самых востребованных направлений коррекционной, (специальной) педагогики на современном этапе, как в России, так и во всем мире, является психолого-педагогическое сопровождение детей с отклонениями в развитии. Это связано с ростом количества детей с проблемами в развитии и развитием гуманистических тенденций в обществе.

В Центре «Коррекция и развитие» комплексная помощь предполагает широкий спектр медико-психолого-социально-педагогических услуг, ориентированных на семью и осуществляемых в процессе согласованной работы специалистов разного профиля. Она представляет собой систему специально организованных мероприятий:

определение уровня развития детей и проектирование индивидуальных коррекционных программ, отвечающих осо-

бым образовательным потребностям;

коррекция имеющихся нарушений и профилактика возможных отклонений в развитии;

обучение и консультирование семьи;

психологическая и правовая поддержка семьи;

координация деятельности всех служб учреждения в оказании полного комплекса услуг семье и ребенку в рамках индивидуальной программы реабилитации.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ в условиях нашего реабилитационного центра является не просто суммой разнообразных методов коррекционно-развивающей работы, а выступает как интегральная технология, особая культура поддержки и помощи ребенку с ограниченными возможностями в решении задач его развития, воспитания, социализации.

Наряду с традиционными психолого-педагогическими, медикаментозными и психотерапевтическими методами помощи таким детям для решения важнейших задач их физического и психического развития стали активно использоваться нетрадиционные (инновационные) методы и средства. На фоне комплексной коррекционно-развивающей помощи инновационные методы терапии оптимизируют процесс коррекции и способствуют оздоровлению всего организма ребенка. Также инновационные приемы и методы помогают организовывать занятия разнообразнее и интереснее. Существует много инновационных методов и приемов,

которые помогают осуществлять коррекцию нарушений и развивать детей.

На коррекционно-развивающих занятиях специалистами Центра чаще всего используются следующие инновационные технологии: пескотерапия (кинетический песок), изо-терапия («Прозрачный мольберт»), альтернативное чтение (интерактивное чтение, методика «глобального чтения»), развивающе-коррекционная методика с видеобиоуправлением «Тимокко».

Компьютерный комплекс с видеобиоуправлением «Тимокко» – двигательно-визуальная развивающая онлайн-программа, которая направлена на развитие когнитивных и моторных навыков, включающих в себя билатеральную координацию, координацию глаз-рука, внимание, контроль положения тела в пространстве, коммуникацию. Умение контролировать положение своего тела в пространстве является базой для овладения всеми видами учебной деятельности. У детей с ОВЗ имеются трудности в этой области. Программа «Тимокко» обеспечивает визуальную биологическую обратную связь, на основе которой ребенок быстрее учится управлять своим телом, выполняя все более сложные последовательности движений.

Все игры «Тимокко» развивают важные для обучения навыки, хотя ребенок и не подозревает об этом, выполняя игровые задачи с помощью ярких перчаток-шариков, надетых на руки. Мы подбираем игры, необходимые ребенку. В за-

висимости от возможностей игрока выбирается тип игры – управление одной или двумя руками. Для каждой руки подбирается шарик-перчатка наиболее контрастного цвета с одеждой ребенка. Далее мы включаем программу, открываем картотеку, где сохранены персональные данные и достижения игрока, и начинаем развивающую интерактивную игру. С помощью движений своих рук и тела ребенок может управлять событиями на экране. Есть игры, предусматривающие синхронную работу двух рук, чередование движений, работу одной рукой, а также игры, рассчитанные на двух участников, – это очень важно для тех детей, которые нуждаются в развитии коммуникативных навыков и навыков работы в группе.

Сами по себе компьютерные игры в таком уникальном формате бессознательно повышают мотивационную сферу детей к физической и познавательной деятельности в веселой и интересной форме. Ребята не замечают той напряженной работы, в результате которой мы добиваемся весьма высокого положительного эффекта.

У большинства детей с ОВЗ имеются различные речевые нарушения, которые ограничивают коммуникативные возможности, искажают формирование личности, затрудняют социальную адаптацию, так как эти дети лишены возможности выразить свои мысли, эмоции, желания и потребности. Зачастую дети не способны использовать вербальные средства общения, что в значительной степени затрудняет их

контакт с окружающими людьми. Поэтому для формирования навыков общения у них необходимо использовать другую систему – систему невербальных средств общения («альтернативное чтение»), способствующую развитию языковой компетенции, расширяющую возможности общения и образования. На коррекционно-развивающих занятиях мы применяем интерактивное чтение – «чтение» изображений на картинках и картинах; «чтение видеоизображений» (изображений на DVD-дисках, видеофильмов: мультфильмов, документальных фильмов о природе, животных, фрагментов художественных фильмов и т.д.); «чтение» пиктограмм; глобальное чтение. Такое разностороннее понимание «чтения» и соответственное этому обучение кодированию и декодированию визуальной и аудиальной информации способствует развитию социально-бытовой ориентировки детей с ОВЗ. Процесс «чтения» способствует формированию у ребенка правильных представлений о себе, социальном и природном мире.

При обучении детей альтернативному чтению основной акцент делается не на собственно ознакомление детей с художественной литературой, а на ежедневное чтение ими художественной литературы (сказок, стихотворений, потешек, коротких рассказов и т.п.) и формирование умений самостоятельно воспроизводить эти тексты, используя для этого вербальные и невербальные средства коммуникации.

В процессе обучения альтернативному чтению мы реша-

ем широкий спектр задач, основной из которых является организация речевой среды, пробуждение речевой активности на основе прочитанного или элементарного самостоятельного «чтения». В связи с тем, что дети с ОВЗ обладают различными возможностями, то и выбор средств коммуникации зависит как от интеллектуальных, так и от физических способностей ребенка. Наибольшим потенциалом в работе с детьми дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью обладает, по нашему мнению, метод интерактивного чтения. Интерактивное чтение – это специальная форма организации познавательной деятельности. Основной ее целью является создание комфортных условий обучения, при которых ребенок из пассивного слушателя превращается в активного участника процесса чтения, что вызывает у ребенка речевую инициативу [4]. Приемы интерактивного чтения сводятся к одному – гармоничному диалогу между ребенком и взрослым во время чтения, когда малыш не только слушает, но и активно участвует в занятии: показывает своим пальчиком те предметы на картинке, о которых говорится в тексте, отвечает на вопросы по прочитанному, угадывает слова. Такое чтение доставляет огромную радость и ребенку, и взрослому. А главное – побуждает ребенка больше говорить. При этом взрослый дает правильные образцы предложений, использует рифмованную речь, речевые игры, короткие рассказы и сказки. А действия предмета, его качества по возможности изображает жестом, интонацией, ми-

микой. Все это значительно обогащает языковое развитие ребенка.

Эффективным средством, позволяющим удовлетворить одну из главных человеческих потребностей – потребность в общении, является система специальных речевых кодов, базирующихся на использовании графических средств – метод пиктограмм.

Использование этой кодовой системы имеет своей целью социальную адаптацию ребенка, интеграцию его в общественную жизнь путем дешифровки сообщений, выраженных в этой форме в различных общественных местах, поддержку вербальных средств общения и создание благоприятных предпосылок для овладения чтением. Использование этих средств предполагает у ребенка формирование интереса к реалистическому изображению, которое должно быть легко узнаваемо, даже если оно немного стилизовано. Развивается потребность к обучению, у ребенка появляется возможность перехода к графическому символу, он сможет соотносить графический символ с наименованием и понять общий смысл символа, а не только отдельных его элементов, а также ассимилировать абстрактные изолированные знаки.

Занятия с использованием пиктограмм пробуждают и развивают когнитивные возможности детей, стимулируют и активизируют их деятельность, в том числе и коммуникативную. Опора на «графический» язык помогает становлению импрессивной речи и создает благоприятные предпосылки

для формирования зачатков их экспрессивной речи.

Некоторые специалисты по раннему развитию отдают предпочтение методу «глобального чтения» при обучении маленьких детей. [3] Этот же метод может использоваться для обеспечения неговорящих детей основным или вспомогательным средством общения. Данная методика представляется более адекватной при обучении аутичных детей, чем побуквенное или послоговое чтение. Глобальное чтение – это способ восприятия и запоминания информации целиком, как картинки или фотографии. Суть глобального метода состоит в том, что ребенок в естественных условиях воспринимает информацию одновременно в нескольких модальностях (зрительно, на слух, тактильно), что помогает формировать мозгу соответствующие нейронные механизмы. Глобальность означает также некую интегративность, т.е. обучение не по отдельным частям и алгоритмам, а «целиковое».

Обучая глобальному чтению детей с психофизическими нарушениями, мы развиваем зрительное и слуховое восприятие, расширяем словарный запас, уточняем смысловое значение многих слов, стимулируем формирование мозговых структур и межнейронных соединений, активизируем работу мозга, опираясь на стимуляцию правого (ведущего в этом возрасте!) полушария.

Методики «Песочная терапия» и «Прозрачный мольберт» специально разработаны для арт-терапевтических занятий и

являются одними из наиболее эффективных коррекционных подходов в работе с особым ребенком.

Для коррекционной работы нами был выбран уникальный по своему составу кинетический песок (KineticSand). Коррекционно-развивающие занятия с использованием кинетического песка оказывают благотворное влияние на эмоциональное состояние ребенка, помогают ему раскрепоститься, снижают адаптационный стресс; учат целенаправленно действовать, добиваться результата; формируют навыки практического экспериментирования с различными предметами; способствуют возникновению зачатков самостоятельной игры; развивают тактильно-кинестическую чувствительность и мелкую моторику рук; вызывают познавательный интерес, повышают работоспособность; способствуют развитию всех психических процессов; развивают речь и коммуникативные навыки; способствуют развитию творческого воображения [1, с.12].

Игры с кинетическим песком применяются в коррекционно-развивающей работе по всем видам деятельности. Занятия проводятся индивидуально либо с малыми группами (2-3 ребенка). Все игры адаптируются под потребности и возможности конкретного ребенка. Во время игры с кинетическим песком используем веселые стишки, стимулирующие ребенка к активности на занятии.

Использование метода «Прозрачный мольберт» стимулирует познавательную активность детей с ОВЗ, вызывая у

них положительный эмоциональный отклик, и направлено на: коррекцию трудностей в общении; развитие психических процессов; обогащение сенсорного опыта; развитие мелкой моторики и координации движений; формирование у детей с ограниченными возможностями в доступной форме навыков творческой деятельности [2, с. 102].

В отличие от рисования по бумаге, стекло дарит новые визуальные впечатления и тактильные ощущения. Детей захватывает сам процесс рисования: гуашь (именно ее свойства лучше подходят для рисования по стеклу) скользит мягко, ее можно размазывать и кистью, и пальцами, так как она не впитывается в материал поверхности и долго не высыхает. Очень эффективно использование прозрачного мольберта в период адаптации. Есть дети, у которых он протекает очень сложно. В процессе совместной работы с дефектологом, когда взрослый начинает рисовать, а ребенок продолжает рисовать, легче установить контакт, вызвать на общение.

Работа с данным инновационным пособием на дефектологических занятиях является здоровьесберегающей технологией. Выполняя задания, дети имеют возможность работать стоя или сидя (смена динамических поз), что является профилактикой нарушений осанки. При работе стоя меняется угол зрения (профилактика нарушений зрения). Рисовать можно как правой, так и левой рукой – для развития и стимуляции полушарий головного мозга.

Прозрачный мольберт используется на индивидуальных

и подгрупповых занятиях. В процессе совместной работы с педагогом или другим ребенком приобретаются навыки сотрудничества. Во время игр на мольберте можно использовать различные нетрадиционные техники (рисование пальцами и ладошкой, рисование листьями, штампы и печати, поролоновые рисунки, метод монотипии, рисование кремом, рисование предметами окружающего пространства, точечный рисунок, рисование маркером, рисование по очереди, рисунок плюс аппликация, рисование с натуры), что позволяет разнообразить упражнения и поддерживать интерес к занятиям.

Таким образом, рассмотренные методики принадлежат к числу эффективных средств коррекции, все чаще применяемых в специальной педагогике и помогающих достижению определённых успехов в преодолении трудностей у детей с особыми образовательными потребностями. Полноценное развитие любого ребенка является одной из важнейших задач общества на современном этапе развития, требующее поиска наиболее эффективных путей достижения этой цели. Защита прав ребенка на развитие в соответствии с индивидуальными возможностями становится сферой деятельности, в которой тесно взаимодействуют родители, медицинские работники, педагоги и психологи.

Список литературы:

Андреев Т. А. Использование кинетического песка в

работе с дошкольниками. – СПб.: «ИЗДАТЕЛЬСТВО «ДЕТСТВО-ПРЕСС», 2017. -128с.

Добровольская, Т.А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учеб. для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений / Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л.Н., Комисарова, Т. А. Добровольская. –М.: Академия, 2001. – 248 с.

Маниченко А. Как научить ребенка читать. Методика обучения беглому чтению с рождения. – Челябинск: Умница, 2007. – 53с.

Смирнова Л.Н., Овчинников С.Н. Малыш начинает говорить: Развитие речи ребенка от рождения до четырех лет. – М: Астрель, 2009. – 176с

**РАЗДЕЛ 5. ПРАКТИКА  
ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА  
И ДОСТУПНОСТИ  
КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ  
ДЕТЯМ С ОВЗ В РАМКАХ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
РЕСУРСНЫХ ЦЕНТРОВ**

**ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
РЕГИОНАЛЬНОГО  
РЕСУРСНОГО ЦЕНТРА ПО  
ОКАЗАНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ  
ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАС В  
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Тимашева Л.В., Новикова М.А.

В Астраханской области по состоянию на 01 января 2021 года численность граждан, имеющих инвалидность, составила 51206 человек, из них с категорией «ребенок-инвалид»

4218 детей (из них 336 детей в возрасте от 0 до 3-х лет).

Статистика показывает, что количество детей, нуждающихся в реабилитационных и абилитационных услугах, в Астраханской области ежегодно увеличивается на 2-5%, еще в большей степени увеличивается количество детей от 0 до 3 лет, имеющих ограничения жизнедеятельности.

В регионе сформирована сеть организаций, реализующих реабилитационные и абилитационные мероприятия и оказывающих услуги по различным направлениям реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей с Расстройствами аутистического спектра (РАС), действующих на основе межведомственного плана. С целью координации деятельности различных министерств и ведомств функционируют рабочие группы, разработаны регламенты и алгоритмы межведомственного взаимодействия, создан реестр оказываемых в регионе услуг данной категории детей [1].

В Астраханской области система помощи семьям, в которых воспитываются дети с РАС, организована таким образом, что центральное место занимает одно учреждение, обеспечивающее оказание услуг комплексной помощи в разных сферах (образование, медицина, социальная сфера), являющееся координатором указанной работы и обеспечивающее максимальный объем практической и методической деятельности. При этом другие организации-участники осуществляют разработку и реализацию отдельных технологий оказания помощи детям.

На основании Распоряжения Министерства социально-го развития и труда Астраханской области №1219 от 03.04.2017 в целях обеспечения возможностей эффективно-го функционирования системы комплексных медико-соци-альных, психолого-педагогических и научно-методических ресур-сов в Астраханской области, направленных на повы-шение качества и обеспече-ния доступности ранней помо-щи, абилитации и реабилитации, образования, развития и коррекции детей с расстройствами аутистического спектра, социализации и интеграции их в общество, на базе Государ-ственного автономного учреждения Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррек-ция и развитие» был создан Региональный ресурсный центр (РРЦ) по организации комплексного сопровождения детей с РАС.

Основными критериями выбора организации, выполняю-щей функции РРЦ послужило следующее:

- наличие у специалистов практического опыта по оказа-нию комплексной помощи детям с РАС;

- наличие методической базы по работе с детьми с РАС;

Центр «Коррекция и развитие» находится в ведении орга-на исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющего государственное управление в сфере об-разования;

- высокая мотивированность специалистов и руководства к созданию РРЦ;

готовность и возможность (в том числе, материально-техническая) организовать на базе учреждения РРЦ;

существующая система комплексной помощи детям с РАС на базе нашей организации [2].

Закрепление за ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» статуса регионального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра позволяет решать задачи межведомственного взаимодействия и координации усилий, а также методического сопровождения.

Дефицит информации об аутизме в России, отсутствие достоверных статистических данных о распространенности РАС, недостаток подготовленных специалистов, коррекционных и обучающих программ, методик с проверенной эффективностью, отсутствие системности в работе региональных организаций и запрос родителей на оказание помощи их детям предопределили основные направления деятельности РРЦ по организации комплексного сопровождения детей с РАС.

Программно-методическая деятельность. В рамках данного направления осуществляются следующие функции: обеспечение программно-методической поддержки специалистов региона, работающих с детьми с РАС, с использованием современных технологий, обобщенного и систематизированного опыта по сопровождению, воспитанию и раз-

витию детей с РАС; подготовка, осуществление и распространение методической поддержки и продуктов организациям системы образования, социальной защиты и здравоохранения по вопросам работы с детьми с РАС; апробация нормативных требований в сфере комплексного сопровождения детей раннего возраста с РАС; разработка и реализация программ повышения квалификации, программ стажировок, научно-практических семинаров и конференций.

Следующим направлением является просветительская и образовательная деятельность, что предполагает:

- обеспечение условий для проведения обучения и стажировки специалистов, работающих с детьми с РАС, специалистов сферы социальной защиты и здравоохранения, различных категорий педагогических работников по вопросам использования в практике работы с детьми с РАС современных диагностических и коррекционно-развивающих методик, создания индивидуальных адаптированных программ развития, обучения эффективным методам оказания помощи детям с РАС и их семьям;

- участие в организации и проведении семинаров, конференций и других мероприятий по вопросам оказания помощи и услуг детям с РАС в Астраханской области, Российской Федерации и за рубежом.

Третье направление – информационно-аналитическая деятельность. В рамках этого направления происходит:

- обеспечение информационно-аналитической поддерж-

ки организациям региона, работающим с детьми с РАС, с использованием современных технологий, обобщенного и систематизированного опыта по абилитации, реабилитации, сопровождению, воспитанию и развитию детей с РАС;

– обеспечение условий на территории Астраханской области информационно-аналитической, статистической деятельности по оказанию комплексной помощи детям с РАС и семьям, их воспитывающим; техническое, методическое и организационное содействие организациям, семьям детей раннего возраста с ОВЗ, межведомственным организациям в получении научно-методических, информационно-аналитических и программных ресурсов.

Также специалисты РРЦ осуществляют экспертную деятельность, т.е. обеспечивают экспертную поддержку специалистов региона, работающих с детьми с РАС, с использованием современных технологий, обобщенного и систематизированного опыта по сопровождению, воспитанию и развитию детей с РАС и гарантируют условия супервизорства, ориентированного на решение задач дифференцированной диагностики сложных случаев, правовой, психологической и просветительской поддержки родителей и семей детей с РАС, разработки рекомендаций для осуществления коррекционной работы на территории Астраханской области.

Достаточно важным направлением выступает научно-исследовательская деятельность, в ходе которой проводятся научно-исследовательские и апробационные работы по про-

блеме развития и психолого-педагогического сопровождения детей с РАС.

Деятельность РРЦ предполагает непосредственную социально-педагогическую, психолого-педагогическую, медико-социальную и консультативную помощь детям с РАС и семьям, воспитывающим детей с РАС. Это обеспечивает условия для осуществления медико-социальной, психолого-педагогической и социальной помощи детям с РАС и их семьям, условия для повышения родительской компетентности в решении возрастных задач развития, воспитания и социальной адаптации детей с РАС, и условия для реализации права ребенка с РАС на получение доступного и качественного сопровождения.

Важными механизмами формирования системы комплексного сопровождения детей с РАС являются:

межведомственное взаимодействие;

партнерские отношения между государственными и некоммерческими организациями, накопившими опыт оказания помощи детям с РАС;

создание региональных ресурсных центров;

сотрудничество государственных органов исполнительной власти, научного, профессионального и родительского сообществ;

сетевое взаимодействие РРЦ с Федеральным ресурсным центром по организации комплексного сопровождения де-

тей с расстройствами аутистического спектра на основе договора о сотрудничестве [3].

На базе РРЦ регулярно проводятся семинары, методические площадки, вебинары и иные обучающие мероприятия, как в обычном очном режиме, так и в онлайн формате.

Только за 2020 год в рамках деятельности Регионального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС в целях повышения профессиональной компетентности специалистов организаций разных ведомств в вопросах раннего выявления, обучения и воспитания, психолого-педагогического сопровождения детей с РАС, детей группы риска по РАС были организованы и проведены:

методическая площадка «Проблемы развития и воспитания ребенка с расстройствами аутистического спектра (РАС)»;

мастер-площадки для специалистов учреждений г. Астрахани и Астраханской области: «Особенности применения эбрутерапии в работе с детьми с РАС», «Арт-терапия как средство стимуляции речи у детей с РАС»;

научно-практические семинары «Тактильное восприятие у детей раннего возраста группы риска с РАС – не упустите момент», «Психологическая коррекция коммуникативных навыков у детей с РАС», «Ребенок с ОВЗ в образовательном пространстве. Психолого-педагогическое сопровождение адаптированных образовательных программ».

В этих мероприятиях приняли участие 255 специали-

стов из 11 регионов РФ (Астраханская, Курганская, Курская, Новгородская, Оренбургская, Тверская, Ульяновская области, Краснодарский край, Ставропольский край, Республика Дагестан, Республика Коми).

Уже второй год подряд Центр «Коррекция и развитие» является региональной площадкой Всероссийского инклюзивного фестиваля #ЛюдиКакЛюди, приуроченного ко Всемирному дню распространения информации о проблеме аутизма. В рамках мероприятий площадки были проведены ежегодные акции «Зажги синим с нами!» с участием детских поликлиник, Центра планирования семьи и репродукции, комплексных центров социального обслуживания населения Володарского, Красноярского, Лиманского и Наримановского районов Астраханской области, членов волонтерского отряда Астраханского государственного университета «На крыльях добра».

Организовывались онлайн-консультации с семьями из различных регионов РФ. Проведена онлайн-встреча родителей и специалистов по теме «Аутизм: две стороны одной проблемы», модератором которой выступила заместитель директора Центра по научно-методической работе Ирина Рахманина. В онлайн-встрече приняли участие специалисты Центра, ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», ГКУСО АО «Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия», члены Региональной Ассоциации родителей «Аутизм. Астрахань», родители детей с

РАС из Астраханской области, Ставропольского края, Ханты-Мансийского автономного округа-Югры. Регулярно выпускается и распространяется тематический выпуск корпоративной газеты «Особенная».

Все методические и информационные материалы размещаются на сайте учреждения развитие30.рф, который выступает важным ресурсом не только для самого учреждения, но и иных профильных организаций, участвующих в оказании помощи семьям с детьми с РАС. На его страницах размещены научно-методические, информационно-аналитические и программные материалы, которыми могут воспользоваться специалисты при осуществлении профессиональных функций. Для родителей детей раннего возраста составлен атлас-путеводитель, интерактивная версия которого размещена на сайте учреждения.

Результатом эффективности деятельности РРЦ явилось повышение эффективности социализации и качества жизни этой категории семей за счет:

- повышения уровня и качества предоставляемых реабилитационных и абилитационных услуг;

- увеличения уровня информированности родителей целевой группы и населения Астраханского региона о проблеме аутизма и РАС;

- преодоления социальной изоляции и включенности детей с РАС в жизнь общества через организацию совместных мероприятий и общего пространства взаимодействия.

Бесспорно, работы предстоит ещё много, но уже сейчас роль РРЦ достаточно весома. Его деятельность способствует повышению професси-ональной компетентности специалистов организаций разных ведомств в вопро-сах раннего выявления, обучения и воспитания, психолого-педагогического, социального и правового сопровождения детей с РАС, детей с ранним риском развития РАС и семей, воспитывающих данную категорию детей.

### Список литературы:

Государственная программа «Формирование и совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Астраханской области на 2021-2023 годы» / официальный сайт Министерства социального развития и труда АО [Электронный ресурс]. – URL: <https://minsoctrud.astrobl.ru/page/gosudarstvennaya-programma-formirovanie-i-sovershenstvovanie-sistemy-kompleksnoy-reabilitacii> (Дата обращения 01.05.2021).

Рахманина И.Н. Оказание ранней комплексной помощи детям с РАС: проблемы и пути их решения // Аутизм и нарушения развития. -2017. -Том15. -№ 2. -С. 45–54.

Хаустов А.В. Направления деятельности Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. -2016. -Т.14. -№ 4. -С. 14-18.

# **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕГИОНАЛЬНОГО РЕСУРСНОГО ЦЕНТРА ПО ОКАЗАНИЮ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ**

Тимашева Л.В., Новикова М.А.

В Астраханской области по состоянию на 01 января 2021 года численность детей в возрасте от 0 до 3-х лет со статусом «ребенок-инвалид» составляет около 400 человек.

Статистика показывает, что количество детей, нуждающихся в реабилитационных и абилитационных услугах в Астраханской области ежегодно увеличивается на 2-5%, еще в большей степени увеличивается количество детей от 0 до 3 лет, имеющих ограничения жизнедеятельности. Растёт и количество обращений получателей социальных услуг раннего возраста.

Данная тенденция связана с реализацией комплекса мер по формированию современной инфраструктуры служб ранней помощи на территории Астраханской области в 2018-2019 годах, а также повышением уровня информирования населения о необходимости раннего обращения к специалистам с целью выявления проблем в развитии детей и оказания им ранней квалифицированной помощи.

Известно, что в самом раннем возрасте дети имеют до-

статочны большие потенциалные возможности для проведения эффективной коррекции нарушенных функций. В связи с этим уделяется большое внимание разработке и реализации комплекса социально-медико-психолого-педагогических мероприятий по раннему вмешательству [2].

В каждом регионе осуществляются мероприятия в соответствии с концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации. В 2018 году при финансовом содействии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в регионе началась реализация комплекса мер по формированию современной инфраструктуры служб ранней помощи на территории Астраханской области. В реабилитационных центрах были открыты службы ранней помощи, в комплексных центрах отдаленных районов области – пункты ранней помощи. Утвержден перечень организаций, оказывающих услуги ранней помощи, включая негосударственных поставщиков услуг ранней помощи, разработан межведомственный план.

Система ранней помощи предоставляет большие возможности для нормализации темпа и хода психического развития ребенка. Важную роль играет ранняя помощь и в жизни семьи ребёнка с особенностями развития. Получая консультативную помощь специалистов, родители учатся удовлетворять особые образовательные потребности ребенка, вследствие чего возрастает возможность нормализации жизни семьи и снижается вероятность отказа от воспитания ребен-

ка-инвалида [4].

В Астраханской области система комплексной помощи организована таким образом, что центральное место занимает одно учреждение, обеспечивающее оказание услуг комплексной помощи в разных сферах (образование, медицина, социальная сфера). Оно является координатором указанной работы и обеспечивает максимальный объем практической и методической деятельности. При этом другие организации-участники осуществляют разработку и реализацию отдельных технологий оказания комплексной помощи детям.

Таким опорным учреждением в Астраханском регионе является Государственное автономное учреждение Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», на базе которого в 2018 году был создан региональный ресурсный центр по оказанию ранней комплексной помощи (РРЦРП).

Следует отметить, что Центр на протяжении многих лет осуществляет оказание услуг детям до трех лет в разных сферах (образование, медицина, социальная сфера) и является координатором указанной работы для специалистов различных региональных ведомств. Сначала в учреждении было создано отделение ранней помощи, которое в 2018 году было реорганизовано в Службу ранней помощи. На базе отделения дневного пребывания функционирует реабилитационная группа для детей раннего возраста.

На сегодняшний день руководством и специалистами

учреждения разработана, апробирована и успешно внедряется модель оказания ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Эта пятикомпонентная модель доказала свою эффективность и была отмечена Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В результате учреждение стало одной из четырех в Российской Федерации профессиональных стажировочных площадок Фонда по проблеме реализации инновационных технологий сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ, в системе ранней помощи [3].

Деятельность РРЦРП по оказанию ранней комплексной помощи осуществляется по шести направлениям, каждое из которых реализует специфические функции [5].

Программно-методическое направление деятельности предполагает обеспечение методической поддержки специалистов Астраханского региона, работающих с детьми раннего возраста с ОВЗ. На базе учреждения регулярно проводятся методические площадки, на которых специалисты рассказывают о применяемых в системе ранней помощи программах и технологиях, в том числе авторских.

За период деятельности РРЦРП были организованы и проведены три Всероссийских вебинара: «Телесный контакт как условие развития детей младенческого и раннего возраста с ОВЗ», «Гиперактивность и невнимательность (СДВГ) в раннем возрасте: причины, симптомы и способы коррекции», «Значение сформированности функциональных навы-

ков у детей раннего возраста с ОВЗ. Особенности взаимодействия специалиста с семьей».

Специалисты региона приняли участие в семи научно-практических семинарах: «Психическое здоровье и ранние отношения. Нарушения психического здоровья у детей раннего возраста», «Формирование общей и мелкой моторики у детей раннего возраста с ОВЗ. Игры и упражнения, развивающие и нормализующие движения рук и пальцев рук у детей раннего возраста», «Адаптивно-вариативная интерпретация авторских методик стимуляции речи у неговорящих детей раннего возраста», «Игровая терапия в системе ранней помощи с детьми с РАС», «Психосоматика в детско-родительских отношениях», «Роль общения со взрослым в развитии психики и личности ребенка в раннем возрасте», «Диагностика детей раннего возраста через социально-моделированные игровые ситуации».

На шести методических площадках обсуждались вопросы по таким темам как «Социальная адаптация детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, с риском развития инвалидности посредством формирования навыков самообслуживания», «Способы выявления группы риска по РАС детей раннего возраста», «Диагностика предпосылок речевого недоразвития у детей раннего возраста», «Использование методов игротерапии в работе с детьми раннего возраста с агрессивным поведением», «Становление крупной моторики. Норма и особый путь», «Научи меня иг-

рать или давай играть вместе».

В перечисленных мероприятиях, часть которых проходила в онлайн-формате, приняло участие 633 специалиста не только из Астраханской области, но и других регионов Российской Федерации (Архангельская, Ленинградская, Московская, Новгородская, Самарская, Саратовская, Свердловская, Ульяновская области, Забайкальский край, Краснодарский край, Ставропольский край, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, Республика Коми, Республика Татарстан).

Информационно-аналитическая деятельность направлена на обеспечение информационно-аналитической поддержки организациям региона, работающим с детьми раннего возраста с ОВЗ. Это направление предполагает проведение статистического и динамического мониторинга семей, потенциально нуждающихся в получении услуг ранней помощи. Отделением социального сопровождения совместно со Службой ранней помощи создана и пополняется единая информационная база детей, нуждающихся в ранней помощи.

Специалистами отделения комплексной диагностики, в рамках апробации нормативных требований в сфере комплексного сопровождения детей раннего возраста с ОВЗ, разработан диагностический инструментарий для оценки актуального состояния уровня развития детей раннего возраста. Диагностический комплекс включает в себя шкалы раннего развития в программном комплексе «Лангитюд», а

также параметры доменов, представленных в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

При непосредственном участии сотрудников Ресурсного методического центра регулярно разрабатываются и тиражируются методические рекомендации, буклеты и иные методические материалы для специалистов, которые распространяются как во время методических площадок и научно-практических семинаров, так и непосредственно в организациях здравоохранения, образования и культуры, а также среди родителей этой категории детей.

Важным информационным ресурсом, как самого учреждения, так и иных профильных организаций, участвующих в реализации ранней комплексной помощи в Астраханской области, является сайт учреждения ([развитие30.рф](http://развитие30.рф)). На его страницах размещены научно-методические, информационно-аналитические и программные материалы, которыми могут воспользоваться специалисты при осуществлении профессиональных функций.

Для родителей новорожденных, детей младенческого и раннего возраста составлен атлас-путеводитель, интерактивная версия которого также размещена на сайте учреждения («Интерактивная карта учреждений, оказывающих раннюю помощь на территории Астраханской области»). На карте мероприятий сайта доступна информация о ближайших мероприятиях РРЦРП, на страничке «Для родителей» регулярно

выкладываются видеоконсультации и другие справочно-информационные материалы.

Следующим направлением является просветительская и образовательная деятельность, которая предполагает повышение родительской компетентности через обучающие и консультативные мероприятия как в очном, так и дистанционном форматах.

Среди них: тренинги «Спокойная мама», «Саморегуляция эмоционального состояния для мам и будущих мам», мастер-класс для родителей «Sensory Box». Специалистами Службы ранней помощи организован цикл консультаций для родителей по таким темам, как «Синдром затроганной мамы: что такое тактильная усталость», «Развиваем ощущения. Полезные и весёлые игры для детей раннего возраста», «Игрушка по возрасту. Как правильно подбирать, хранить, играть», «Чем занять ребенка дома: мастерим игры из подручных материалов».

Такие мероприятия способствуют формированию позитивного эмоционального состояния родителей, освоению навыков продуктивного игрового взаимодействия с детьми раннего возраста в домашних условиях, созданию положительного микроклимата в семье, налаживанию внутрисемейных взаимоотношений.

С целью повышения профессиональной компетентности специалистов центра регулярно организуется их участие в обучающих мероприятиях ведущих организаций, как Рос-

сийской Федерации, так и зарубежных.

В 2019 специалисты Центра обучались в Московском Психолого-педагогическом университете по программе повышения квалификации «Выявление, диагностика и ранняя помощь детям с расстройством Аутистического Центра», в Санкт-Петербургском Институт раннего вмешательства – по теме «Этапы, услуги и процедуры ранней помощи».

В 2020 году РРЦРП было организовано обучение 30 специалистов Астраханской области в АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства по программе повышения квалификации: «Развитие региональной системы ранней помощи».

Ещё одним важным направлением деятельности РРЦРП является разработка и реализация обучающих программ стажировок для специалистов региона, оказывающих раннюю помощь. Так в 2019 году была организована стажировка по теме «Системный подход к оказанию ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья» для коллег из Пункта ранней помощи Комплексного центра социального обслуживания населения Ахтубинского района Астраханской области.

Научно-исследовательское направление деятельности предполагает проведение и апробацию научно-исследовательских работ по проблеме развития и психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста с ОВЗ. На сегодняшний день специалисты проводят научно-прикладные

исследования по следующим темам: «Системный подход к оказанию ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья», «Методы когнитивно-поведенческой терапии как способ коррекции нарушения эмоционального взаимодействия в диаде «мать и дитя», «Влияние тактильно-кинестетической чувствительности на усвоение базовых представлений у детей раннего возраста».

По результатам исследований разрабатываются абилитационные и реабилитационные программы для детей целевой группы с риском развития инвалидности: программа раннего выявления и раннего вмешательства «Первые шаги», программа ранней комплексной помощи (реабилитации) детям с ограниченными возможностями с учетом Международной классификации функционирования».

Результаты исследований представляются на обсуждение профессионального сообщества в форме публикаций, выступлений на конференциях и иных научных мероприятиях.

Так в 2020 году специалисты участвовали во II Всероссийской научно-практической конференции «Семья особого ребенка» (г. Москва), Межрегиональной онлайн-конференции «Развитие инфраструктуры служб ранней помощи детям-инвалидам и детям с ОВЗ» (г. Кострома).

На базе Центра организуются научно-практические мероприятия по ранней комплексной помощи.

В сентябре 2019 года была организована Международная научно-практическая конференция «Эффективные тех-

нологии и практики оказания ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья», в которой приняли участие 174 участника из 15 регионов Российской Федерации, а также Казахстана, Белоруссии, Польши и США.

Основная цель конференции заключалась в объединении усилий профессионального и родительского сообщества в использовании эффективных технологий и практик ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Важнейшей задачей конференции стала выработка предложений по межведомственному взаимодействию и сотрудничеству специалистов в сфере оказания ранней комплексной помощи детям и их семьям. В 2021 году издан сборник материалов конференции.

В ноябре 2020 года в рамках XI Всероссийского форума «Вместе – ради детей! Ключевые программы партнёрства» центр «Коррекция и развитие» стал региональной площадкой Астраханской области. На площадке был представлен опыт работы восьми учреждений АО, подведомственных Министерству социального развития и труда. В рамках Форума был представлен доклад «Роль регионального ресурсного центра в организации ранней комплексной помощи детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями здоровья».

Общим результатом деятельности регионального ресурсного центра является:

увеличение уровня информированности получателей услуг ранней помощи о реабилитационных и абилитационных услугах, а также услугах ранней помощи;

повышение уровня и качества предоставляемых абилитационных услуг;

организация эффективного комплексного сопровождения семей, воспитывающих детей-инвалидов раннего возраста и детей с риском развития инвалидности;

повышение профессиональной компетентности специалистов организаций разных ведомств в вопросах раннего выявления;

повышение родительской компетентности благодаря информационным и обучающим мероприятиям для родителей.

Согласно статистическим данным, представленным в проекте Государственной программы «Формирование и совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Астраханской области на 2021-2023 годы», доля детей целевой группы, получивших услуги ранней помощи, в общем количестве детей Астраханского региона, нуждающихся в получении таких услуг, за 2020 год составила 96%. Доля семей, включенных в программы ранней помощи, удовлетворенных качеством услуг ранней помощи – 60% [1].

И в этом есть несомненная заслуга Регионального ресурсного центра по оказанию ранней комплексной помощи.

## Список литературы:

Государственная программа «Формирование и совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Астраханской области на 2021-2023 годы» // Официальный сайт Министерства социального труда и развития Астраханской области <https://minsoctrud.astrobl.ru/>

Комплексный подход к оказанию ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра: учеб. -метод. пособие /авт.-сост. Л.Г. Ажевская, Г.П. Джамелова, Т.Ю. Овсянникова, И.Н. Рахманина. – М.: Флинта, 2018. – 96 с.

Рахманина И.Н. Оказание ранней комплексной помощи детям с РАС: проблемы и пути их решения // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Том 15. – № 2. – С. 45-54.

Технология раннего вмешательства как комплексное сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья / авт.-сост. : Е. Г. Чумак, М. В. Пикинская, О. В. Возмилова. – Сургут: Изд-во Бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Методический центр развития социального обслуживания», 2014. – 48 с.

Тимашева Л.В., Новикова М., Трофимова А.О. Роль регионального ресурсного центра в организации системы ранней помощи в Астраханской области // Эффективные технологии и практики оказания ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья: материалы международной научно-практической конференции (г. Аст-

рахань, 12–13 сентября 2019 г.) / сост. И. Н. Рахманина, Л. В. Тимашева; гл. ред. Н. Ю. Сязина. – Астрахань: Астраханский государственный университет, Издательский дом «Астраханский университет», 2019. – 245 с. – С. 226-232.

# **ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РЕСУРСНОГО МЕТОДИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ СОЦИАЛЬНО- РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСЛУГ**

Тимашева Л.В.

За последнее десятилетие сложилась стойкая система оказания социальной помощи населению через социальные службы. Одной из основных задач учреждений социального обслуживания в современных условиях является обеспечение комплексного подхода к организации деятельности с различными категориями населения. В условиях динамики и обновления процессов в сфере социального обслуживания, продвижение в практику учреждений инновационных социальных технологий приобретает особую значимость [1].

Для этого в учреждении должна быть сформирована действенная и эффективная структура научно-методического сопровождения, представляющая собой целостную, осно-

ванную на достижениях науки и передового опыта, систему взаимосвязанных мер, направленных на всестороннее повышение квалификации и профессионального мастерства каждого специалиста и коллектива в целом. Такое системное и планомерное методическое сопровождение является тем связующим звеном между наукой и практикой, благодаря которому, с одной стороны, теоретические разработки реализуются в профессиональной деятельности, а с другой – аккумулируется опыт и практические знания сотрудников [2].

Главной целью научно-методического сопровождения в Научно-практическом центре реабилитации детей «Коррекция и развитие» является: повышение профессионального мастерства сотрудников, а также обеспечение реабилитационного процесса научно-обоснованными средствами (методическими разработками, рекомендациями и пособиями, средствами наглядности, информационной и компьютерной поддержки и т.д.).

Содержание научно-методической деятельности определяется современной ситуацией, сложившейся в сфере оказания социальной помощи и поддержки в соответствии с целями и задачами оказываемых реабилитационных и социальных услуг.

Основными целями методического сопровождения являются создание условий для успешной профессиональной деятельности специалистов и повышение качества оказываемых услуг.

С целью осуществления координации научно-методической деятельности учреждения в Центре действует Методический совет – коллективный профессиональный экспертно-консультативный орган, объединяющий специалистов. В состав Методического совета входят: заместитель директора по научно-методической работе, руководители методических объединений, заведующий ресурсным методическим центром. Работа Методического совета утверждается и осуществляется в соответствии с годовым планом учреждения. Заседания проводятся не реже одного раза в квартал (рис. 1).



Рисунок 1. Организация научно-методической деятельности в ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие».

Содержание деятельности Методического совета определяется в соответствии с целями и задачами учреждения и организуется по двум направлениям:

стимулирование инновационной и экспериментальной работы педагогов, развитие перспектив методической и социально-педагогической деятельности;

координация научно-методической и инновационной работы методических объединений специалистов.

Методический совет помогает решить следующие задачи:

Осуществлять координацию научно-методической и инновационной работы методических объединений специалистов;

Способствовать созданию благоприятных условий для проявления инициативы специалистов, для продуктивного использования новых технологий, в том числе образовательных;

Обобщать и распространять инновационный опыт работы специалистов, включая практические результаты их профессиональной деятельности, а также используемые современные методики и технологии в области комплексной реабилитации/абилитации детей, в том числе путем проведения на-

учно-методических мероприятий с ведущими специалистами в данной сфере;

Способствовать повышению эффективности и качества деятельности специалистов;

Осуществлять мониторинг хода и результатов научно-прикладных исследований, образовательных и инновационных проектов, осуществляемых учреждением;

Содействовать разработке проектов локальных документов по организации работы учреждения, перспективных планов деятельности методических объединений специалистов, реабилитационных и образовательных программ, в том числе авторских и др.

Реализация задач осуществляется посредством организации работы семи методических объединений, что создаёт дополнительные условия для повышения профессионального мастерства специалистов в достижении научных и практических целей деятельности, в решении конкретных задач в области абилитации/реабилитации детей, оказания социальных и образовательных услуг; для совершенствования научно-методической деятельности учреждения и создания условий для транслирования опыта практических результатов профессиональной деятельности.

Каждое методическое объединение решает следующие задачи:

– создает условия для повышения профессионализма, ответственности специалистов;

– организует участие специалистов в конференциях, научно-практических семинарах, мастер-классах, методических и дискуссионных площадках, круглых столах и т.д. по основным направлениям их деятельности;

– содействует повышению мотивации профессионально-личностного саморазвития специалистов через конкурсы профессионального мастерства, поощрения, рекомендательные письма, публикации материалов;

– осуществляет профессиональную поддержку начинающих специалистов;

– стимулирует инициативы и активизирует творчество специалистов, направленные на совершенствование всех направлений работы в учреждении;

– участвует в организации процесса повышения профессиональной компетенции специалистов, организации в установленном порядке переподготовки и повышения квалификации специалистов;

– содействует обмену информацией между специалистами и работниками иных организаций, сотрудничающих с учреждением;

– включается в различные системы обмена профессиональным опытом.

Работа методических объединений строится на основе комплексного подхода, принципов открытости, социальной сплоченности, ориентированности на повышение качества и обеспечение доступности социальных и образовательных

услуг, для всех обратившихся в учреждение.

Методические объединения осуществляет свою деятельность по следующим направлениям:

- изучение и внедрение в практику достижений реабилитологии и абилитологии, социальной и специальной психологии, педагогической науки и практики, освоение специалистами инновационных практик и новейших технологий абилитации и реабилитации детей, совместного опыта комплексного сопровождения; организация обмена опытом между специалистами и работниками иных организаций, сотрудничающих с учреждением;

- обеспечение профессионального роста специалистов, развитие их творческого потенциала, стимулирование творчества, направленного на оптимизацию абилитационного и реабилитационного процессов;

- повышение уровня профессиональной подготовки специалистов, оказание им методической помощи в реализации программ социального обслуживания, в использовании современных технологий, здоровьесберегающих инноваций;

- создание рабочих групп для разработки и реализации программ и проектов, решения конкретных вопросов по отдельным видам деятельности специалистов;

- обеспечение согласованности действий специалистов, организация их взаимодействия, обмена опытом;

- организация самообразования, наставничества специалистов;

- экспертиза проектов, программ, в том числе авторских;
- осуществление исследовательской деятельности в соответствии с тематическим направлением;
- участие в научно-практических мероприятиях, способствующих повышению квалификации специалистов;
- разработка методических материалов по профилю своей деятельности.

Заседания профильных методических объединений проводятся в рамках единого методического дня каждый третий понедельник месяца в соответствии с планом научно-методической и инновационной деятельности учреждения. Участие в едином методическом дне является обязательным для всех специалистов, поэтому работа с детьми в этот день не осуществляется.

В рамках такой коллегиальной деятельности есть возможность обсуждения результативности профессиональной деятельности, перспектив развития, поиск и содействие в применении современных методик, форм оказания социальных услуг, новых технологий работы с детьми и родителями; внедрения в деятельность Центра передового практического опыта оказания социальных услуг.

Ещё одним из форматов обсуждения процесса реабилитации и социальной работы в команде является интервизия сложных случаев как форма междисциплинарной работы. Обсуждение фокусируется на случае индивидуальной реабилитации/абилитации, включая специалистов, вовлеченных в

данный процесс, чтобы достичь соглашения в плане реабилитации или оценить результаты выполнения индивидуального плана.

Общую организационную, методическую, информационную и техническую поддержку специалистов осуществляет ресурсный методический центр (РМЦ), который с 2017 года является структурным подразделением учреждения и находится в подчинении заместителя директора по научно-методической работе.

Основная цель деятельности РМЦ – методическое сопровождение и координация научной деятельности специалистов учреждения.

Работа осуществляется по четырём направлениям: научно-методическая работа, научно-исследовательская деятельность, инновационная и образовательная деятельность.

Научно-методическая работа предоставляет возможность всем специалистам учреждения не только участвовать в реализации уже разработанных программ, но и принимать активное участие в их планировании и разработке, в апробации инноваций, в проведении экспериментов, стимулируя творческое и профессиональное развитие.

Методическое сопровождение при организации научно-практических мероприятий (конференций, семинаров, вебинаров, методических и стажировочных площадок регионального, всероссийского, международного уровня и т.д.) включает разработку детального рабочего плана проведения

мероприятия, формирование программы, обеспечение информационной поддержки, приглашение участников и докладчиков. Ведущий программист РМЦ оказывает техническую поддержку.

Помимо организации мероприятий РМЦ занимается вопросами непрерывного повышения квалификации специалистов всех уровней, занятых в реабилитационном процессе, осуществляет мониторинг профессиональных компетенций специалистов, оказывает методическую помощь при аттестации сотрудников; организует skype-консультирование семей, проживающих в отдалённых районах Астраханской области или в других регионах Российской Федерации, консультирует получателей услуг по вопросам социально-реабилитационного обслуживания.

Ресурсное обеспечение научно-исследовательской деятельности учреждения предполагает информационно-методическую поддержку специалистов учреждения, ведущих экспериментальную работу. Методистами РМЦ осуществляется разработка, патентование адаптивных программ и методических материалов с их последующей публикацией. Обеспечивается взаимодействие с научными организациями и профильными факультетами учреждений высшего и среднего-специального образования в рамках прохождения педагогической и производственной практики студентов.

В рамках договорных отношений с Астраханским государственным университетом с 2018 года на базе учрежде-

ния осуществляет деятельность кафедры прикладной психологии.

В 2021 году специалистами учреждения ведутся исследования по 19 направлениям. Результаты исследований представляются на конференциях, публикуются в журналах, издаются в виде рекомендаций, методических пособий и сборников трудов.

Среди наиболее значимых проведённых мероприятий за последние пять лет можно выделить Научно-практическую конференцию с международным участием «Комплексный подход к сопровождению семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра» (2016 год) и Международную научно-практическую конференцию «Эффективные технологии и практики оказания ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья» (2019 год).

Решая задачу по методическому обеспечению реабилитации/абилитации и социализации детей-инвалидов, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и их семей, с целью совершенствования работы Ресурсного методического центра и участия в научно-прикладных исследованиях, осуществляется договорное сотрудничество с Федеральным ресурсным центром по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра МГППУ, ООО Мерсибо в рамках апробации продукции «Мерсибо для аутистов» и других развивающих игр, с компанией

Мираполис Virtual room (благодаря этому учреждение имеет одновременный доступ в виртуальную комнату на 100 человек).

Инновационное направление деятельности РМЦ включает поиск и внедрение эффективных социально-реабилитационных практик в деятельность специалистов. Методисты изучают и систематизируют передовой отечественный и зарубежный опыт в различных областях социальной работы; участвуют в разработке проектов и программ, осуществляют сбор, систематизацию литературы, методических пособий, ссылок на электронные ресурсы по темам актуальных методик и технологий, новых форм социальной работы с семьями и детьми в трудной жизненной ситуации для возможности использования в работе сотрудниками отделений. На базе РМЦ создана «Методическая библиотека специалиста», в которой сейчас более 200 экземпляров книг по различным темам социальной работы, психологии, работы с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ. В планах – создание виртуального методического центра.

Сотрудниками РМЦ проводится регулярный анализ информации о конкурсах, проектах и грантах, подготавливается конкурсная документация, реализуются мероприятия в рамках объявленных конкурсов.

Только за три последних года учреждение стало победителем и дипломантом таких Всероссийских конкурсов как «Российская организация высокой социальной эффективно-

сти», «100 лучших товаров России», «Родительское спасибо», «Лучшее-детям», «Золотая психея», «Зелёная весна – 2021», областного конкурса «Астраханское качество», конкурсах Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Для специалистов участие в подобных конкурсах – это не только хорошая возможность провести апробацию своих инновационных разработок, но и получить реальные отзывы коллег, специалистов мирового уровня. Это позволяет, при необходимости, вовремя вносить коррективы, а, следовательно, оказывать реабилитационные услуги на самом высоком уровне, используя новейшие мировые достижения в науке и практике.

Образовательная деятельность учреждения включает разработку и реализацию программ дополнительного образования детей и взрослых, а также программ дополнительного профессионального образования.

В 2016 году при участии РМЦ была разработана «Дополнительная общеобразовательная общеразвивающая программа подготовки к школе для детей с задержкой психического развития». Это образовательная программа социально-педагогической направленности, адаптированная для обучения данной категории обучающихся с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей, обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию. Программа охватывает та-

кие образовательные области как математика, ознакомление с окружающим миром, развитие речи, обучение грамоте, художественно-эстетическое развитие, нейродинамическая гимнастика. Срок освоения составляет 32 учебные недели (144 академических часа). За 5 лет по данной программе обучилось 46 детей.

В первой половине 2019 года была разработана интегративная программа «Подари себе лето!», направленная на организацию досугово-развивающей деятельности как детей с особенностями в развитии, так и нормотипичных сверстников. Программа была успешно реализована летом того же года в Филиале центра районного посёлка Красные Баррикады Икрянинского района Астраханской области. 45 детей, в возрасте от 5 до 7 лет, за летний период смогли восстановить свои силы, найти новых друзей, познакомились с окружающим миром, развили творческий потенциал и навыки конструктивного общения.

Во второй половине 2019 года была разработана программа дополнительного образования художественной направленности «Городок фантазёров». Программа рассчитана на детей в возрасте от 4 до 9 лет и предусматривает развитие творческих и познавательных способностей детей с ограниченными возможностями здоровья, расширение их кругозора, осуществление реализации их потребностей и самораскрытия через средства художественной деятельности.

На занятиях ребята, вообразив себя маленькими худож-

никами и музыкантами, могут прогуляться по небольшим городским улочкам, дворикам, остановка на которых позволит им заняться творческой изобразительной и музыкальной деятельностью. На «Улице ремёсел» дети занимаются рисованием, лепкой, аппликацией, конструированием. Учатся использовать разнообразные способы изображения предметов, явлений окружающей среды, создавать картины из природного материала, креативно работать с бумагой и подручными средствами. В «Музыкальном дворике» ребята получают возможность овладеть навыками пения, по-особому слушать музыку, играть на детских музыкальных инструментах, ориентироваться в пространстве, танцевать.

Реализация программы начата феврале 2020 года. Эти творческие занятия помогают в развитии фантазии, художественных и музыкальных способностей, тренировке общей и мелкой моторики и приобщении детей к прекрасному миру искусства.

После расширения образовательной лицензии в 2020 году разрабатываются и реализуются программы повышения квалификации для специалистов сторонних организаций в очной, дистанционной и очно-заочной форме.

Сотрудниками РМЦ ведётся обслуживание сайта учреждения, на котором размещается информация о деятельности центра, отзывы получателей услуг, информационные материалы для родителей и методические разработки для специалистов. Вся информация на сайте регулярно ана-

лизируется и обновляется. Для обмена опытом и обеспечения наибольшего диапазона обратной связи с населением, организациями и заинтересованными лицами деятельность учреждения также освещается в социальных сетях «Twitter», «Facebook», «Instagram» «ВКонтакте», «Одноклассники» и канале YouTube.

Вся эта чётко выстроенная научно-методическая работа занимает особое место в ГАУ АО НПЦРД «Коррекция и развитие» и выступает необходимым инструментом повышения профессионализма специалистов, активизации и результативности инновационной деятельности всего учреждения.

### Список литературы

Алексенко Т. Е. Организация научно-методической работы и ее роль в развитии сферы социального обслуживания населения // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы IV Международной научно-практической конференции (9-10 декабря 2014 г.) / отв. ред. Ю. Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2015. – С. 13-14.

Организация методической работы в учреждении социального обслуживания: метод. пособие [Электронный ресурс] / авторы-сост. Л. И. Ачекулова, О. Л. Высоцкая. – Красноярск, 2016. – 116 с. URL: <http://files.rmc24.ru/region/pdf/network.pdf> (дата обращения 26.12.2020).

# **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В МЕТОДИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА**

Инкина Ю.М., Яковец Д.А.

В настоящее время дистанционные технологии прочно входят в нашу жизнь, несут в себе мощнейший потенциал для развития современного общества, становятся эффективным инструментом общения, обучения, коррекции и развития. В условиях модернизации социальной сферы и образования, соответственно, растет необходимость формирования гибкой системы непрерывного профессионального развития работников этих отраслей.

Дистанционные технологии представляют собой совокупность определенных методов и средств, обеспечивающих осуществление какого-либо процесса на расстоянии на основе использования современных информационных и телекоммуникационных технологий [3].

Общее понятие информационных и телекоммуникационных технологий включает в себя совокупность методов, процессов и устройств, позволяющих получать, собирать, накап-

ливать, хранить, обрабатывать и передавать информацию, закодированную в цифровом виде или существующую в аналоговом виде.

В более узком смысле под телекоммуникационными технологиями понимается совокупность программных и аппаратных средств, позволяющих устанавливать связь без использования проводов и передавать пакеты информации, включающие также аудио и видеоинформацию.

Телекоммуникационные технологии могут быть рассмотрены как сервисы, предоставляемые провайдерами различного уровня. По этому принципу можно выделить следующие виды телекоммуникационных технологий:

телефонная связь; современная телефонная связь позволяет легко переключаться с аналогового стандарта на цифровой, подключать к сети Интернет городские телефоны и соединять в одну сеть аналоговые и мобильные устройства;

радиосвязь, которая сегодня превратилась в сотовую связь; телефон, перемещаясь в пределах сети, оказывается в зоне действия различных передающих устройств;

спутниковая связь, которая используется провайдерами для создания систем мобильной связи и для государственных систем связи;

Интернет – наиболее распространенный вид телекоммуникационных технологий, при которых подключение к сети может осуществляться как проводным, так и беспроводным способом.

Использование дистанционных технологий предполагает специальную организацию процесса общения и обучения. Главная особенность в том, что участники в основном, а часто и совсем, отдалены друг от друга в пространстве и (или) во времени, в то же время они имеют возможность в любой момент поддерживать диалог с помощью средств телекоммуникации [1].

Любое дистанционное обучение должно соответствовать следующим требованиям:

обучение по индивидуальному графику;

отсутствие привязанности к месту;

возможность коллективного обучения;

использование минимальных сторонних ресурсов;

наличие нескольких профилей и уровней подготовки;

возможность тестирования;

возможность формирования собственной учебной среды.

Сегодня в центре «Коррекция и развитие» накоплен достаточно большой позитивный опыт методического сопровождения, а конкретно обучения специалистов социальной и образовательной сфер с использованием дистанционных технологий.

Повышение профессионального уровня сотрудников центра с использованием дистанционных технологий осуществляется в различных формах. Например, обучение на все-российских вебинарах, проблемных семинарах, методических и дискуссионных площадках центра, на различных кур-

сах повышения квалификации и профессиональной переподготовки в других организациях; активное участие в научно-практических конференциях, фестивалях, конкурсах организуется на образовательных платформах Mirapolis Virtual Room, Moodle и Zoom.

На этих же платформах для внешних специалистов социальной сферы на постоянной основе в центре проводятся обучающие вебинары, курсы повышения квалификации по дополнительным профессиональным программам, профессиональные стажировочные площадки.

Используются в деятельности центра и различные мессенджеры.

Дадим общую характеристику вышеперечисленных средств реализации дистанционных технологий.

Moodle – это виртуальная обучающая среда (система управления обучением, Learning Management System), ориентированная, в первую очередь, на контакт между преподавателем и учеником. Обучающийся не ограничен во времени и пространстве, может изучать необходимые материалы в режиме онлайн. Ему круглосуточно предоставляется доступ к учебным материалам курсов и выполнению разнообразных по форме заданий путем использования таких инструментов, как опросы, базы данных, тесты, семинары, контрольные работы, форумы, вики-страницы, чаты и др. [4].

LMS Moodle поддерживает относящиеся к инфраструктуре электронного обучения такие базовые и дополнительные

сервисы (функции), как:

аутентификация и авторизация пользователей;

гибкое распределение полномочий доступа к учебным материалам и функциям системы;

поддержка специфических форматов контента (тексты, веб-страницы, аудио-, видео- и произвольные файлы), разнообразных типов тестовых заданий, подключения внешних образовательных ресурсов по одному из стандартов взаимодействия;

анализ и хранение результатов обучения (мониторинг действий пользователей в системе, сохранение оценок и вычисление итогов, ведение портфолио учащихся, учет компетенций).

Среда Moodle поддерживает и другие, относящиеся к инфраструктуре электронного обучения, сервисы, связанные с коммуникациями между пользователями: рассылки, прямые текстовые сообщения, форумы, учет, проверка на плагиат, рецензирование и оценивание работ учащихся, опросы и анкетирование. При этом время на организацию передачи информации от обучающегося к преподавателю и от преподавателя к обучающемуся (выполненные задания, комментарии, выставленные за ответ оценки и т.п.) значительно сокращается за счет того, что Moodle содержит все коммуникации по курсу в одном месте.

Zoom – это облачная платформа для проведения онлайн видеоконференций и видео-вебинаров в формате высокой

четкости.

Чтобы начать пользоваться платформой Zoom достаточно пройти простой процесс регистрации и бесплатно установить клиент Zoom на компьютер или мобильное устройство.

Организовать встречу может любой, создавший учетную запись. Бесплатная учетная запись позволяет проводить видеоконференцию длительностью 40 минут. Стоимость платного тарифа с неограниченной продолжительностью конференций зависит от количества участников.

Программа подходит как для индивидуальных, так и групповых занятий. Участники могут заходить как с компьютера, так и с планшета и телефона. К видеоконференции может подключиться любой, имеющий ссылку, или идентификатор конференции. Мероприятие можно запланировать заранее, а также сделать повторяющуюся ссылку, то есть для постоянной встречи в определенное время можно сделать одну и ту же ссылку для входа [5].

Преимущества:

Видео- и аудиосвязь с каждым участником. У организатора есть возможность выключать и включать микрофон, а также выключать видео и запрашивать включение видео у всех участников. Можно войти в конференцию как участник с правами только для просмотра.

Можно делиться экраном (screensharing) уже со звуком. Демонстрацию экрана можно поставить на паузу. Более того, можно делиться не всем экраном, а только отдельными

приложениями, например, включить демонстрацию браузера. В настройках можно дать всем участникам возможность делиться экраном, либо включить ограничения, чтобы делать это мог только организатор.

В платформу встроена интерактивная доска, можно легко и быстро переключаться с демонстрации экрана на доску.

Есть чат, в котором можно писать сообщения, передавать файлы всем или выбрать одного человека. Чат можно настроить на автоматическое сохранение или сохранять вручную при каждой конференции.

Можно производить запись встречи, как на компьютер, так и на облако.

Во время конференции можно назначить соорганизатора, у которого будут такие же возможности, как и у организатора: включать и выключать микрофон у отдельных участников, переименовывать и делить на сессионные комнаты.

Mirapolis Virtual Room – современная система управления дистанционным обучением, позволяющая организовать мультимедийное обучение, сформировать базу знаний, развивать и контролировать компетенции участников. Красивый и интуитивно понятный интерфейс позволяет участникам получать новые знания быстро в удобном месте и в нужное время.

Администратор имеет возможность гибкой настройки системы и управления материалами.

Можно работать как с компьютера, так и с мобильного

устройства через полноценную мобильную версию системы:  
личный кабинет с назначенным обучением;  
прохождение обучающих курсов;  
тестирование и сертификация;  
общение с преподавателями и коллегами;  
участие в вебинарах;  
доступ к учебным материалам и медиатеке;  
геймификация, рейтинги, доска почета

Функция коллективного обучения очень удобна для организаций, желающих повысить профессиональный уровень своих сотрудников. Такие организации могут воспользоваться имеющимися ресурсами, а могут создать свой собственный уникальный курс.

Разместить собственный учебный курс может любой участник, заключивший договор. Участником может выступать учебное заведение или частное лицо. Любой преподаватель может создать собственный учебный курс при поддержке платформы [6].

Учебные программы, онлайн-курсы и вебинары проводятся на платной и бесплатной основах. Все зависит от потребностей и желания организатора.

Функции платформы:

наличие личного кабинета;  
возможности аудио и видео конференций;  
внутренний чат;  
наличие системы уведомлений и извещений;

возможность организации общения одновременно с несколькими пользователями;

возможность создания видеороликов на базе платформы;

уникальность и индивидуализация личного кабинета;

формирование истории участника и возможность передачи базы данных на любое устройство;

использование внутренних материалов.

Для получения полного доступа ко всем ресурсам платформы необходима первичная регистрация. После завершения регистрации пользователь получает доступ к личному кабинету. Вход в систему осуществляется при помощи уникального логина и пароля. Произведенный вход в личный кабинет предоставляет возможность выбрать желаемый курс и приступить к обучению. Каждый участник может формировать собственный график обучения. В процессе обучения будут предоставлены:

лекционные и учебные материалы;

методические рекомендации;

промежуточные задания;

тестовые задания;

прямое общение с куратором и преподавателем;

общение на форуме.

Мессенджер – это программа, мобильное приложение или веб-сервис для мгновенного обмена сообщениями.

Необходимо отметить, что понятие мессенджера уже давно не связывают с обменом только текстовыми сообщениями.

ями. Современные мессенджеры стали полноценными коммуникационными центрами, которые помимо обмена текстом реализуют голосовую и видеосвязь, обмен файлами, веб-конференции. Наиболее популярные мессенджеры – это WhatsApp, Viber, Facebook Messenger, Skype, ICQ, Google Hangouts.

В 2020 году в связи с эпидемиологической ситуацией в стране доля использования дистанционных технологий в методической деятельности центра значительно возросла.

Наиболее широко дистанционные технологии стали применяться при проведении профессиональной стажировочной площадки Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, по направлению «Социальное сопровождение семей с детьми, нуждающихся в социальной помощи». Были проведены две площадки в октябре и ноябре 2020 года. В них приняли участие 79 специалистов.

Так в системе Moodle были представлены два курса: «Инновационный подход в работе с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья, в рамках социального сопровождения» и «Инновационные технологии работы с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья в системе ранней помощи».

На базе виртуальной площадки Mirapolis Virtual Room руководители учреждений, заведующие отделений по работе с семьей, специалисты по социальной работе, педагоги-психологи и другие специалисты из разных регионов Россий-

ской Федерации (Курганской, Курской, Ульяновской, Ростовской областей, Республики Коми и др.) смогли дистанционно познакомиться с успешным опытом работы центра. Для этих целей Центром «Коррекция и развитие» с компанией Mirapolis был заключен платный договор об использовании виртуальной комнаты на 100 человек.

Стажировка на образовательной виртуальной платформе Mirapolis, как и стажировка в очном формате, осуществлялась в целях изучения передового опыта, а также закрепления теоретических знаний, полученных при освоении программ повышения квалификации, и приобретения практических навыков и умений для их эффективного использования при выполнении своих должностных обязанностей.

Стажировка в центре носила как индивидуальный, так групповой характер и предусматривала такие виды деятельности, как:

- самостоятельная работа с учебными изданиями, видеоматериалами;

- дистанционное изучение эффективных, авторских технологий, уникальных методик реабилитации/абилитации и сопровождения детей с ОВЗ, детей-инвалидов, их семей;

- работа с технической, нормативной и другой документацией на сайте учреждения и Интернет-ресурсами;

- консультирование;

- непосредственное участие в качестве стажера в планировании и проведении дистанционных обучающих занятий,

консультаций с родителями и детьми;

приобретение профессиональных и организаторских навыков;

дистанционное участие в совещаниях, деловых встречах со специалистами учреждения;

тестирование, ответы на контрольные вопросы и др.

Содержание стажировки определялась центром с учетом предложений организаций, направляющих специалистов на стажировку. Участники стажировки на площадке Mirapolis Virtual Room, слушая лекции (в режиме реального времени, с элементами контроля, с элементами видео, аудио), просматривая тематические презентации, видеоэкскурсии, видеозанятия, знакомились с опытом работы центра, с порядком осуществления сопровождения семьи, эффективными методами работы с семьями, воспитывающими детей с особыми потребностями, особенностями проведения дистанционного консультирования, комплексным подходом к диагностике и коррекции нарушений в развитии детей, а также многими другими уникальными методиками, которые успешно реализуются специалистами центра.

Обмен результатами дистанционной работы осуществлялся посредством использования Облачных технологий (Яндекс.Диск, Облако на Mail.ru). Также обсуждение результатов работы проходило в соцсетях и через мессенджеры: WhatsApp и Viber.

При необходимости специалисты могли воспользоваться-

ся возможностями программ, которые обеспечивают текстовую, голосовую и видеосвязь между компьютерами через интернет, например, Skype, WhatsApp, Zoom. Программы позволили проводить онлайн-занятия в режиме конференции или дополнительно разъяснять задания через видео- и аудиозаписи.

В целях преодоления одной из сложностей дистанционного обучения – отсутствие живого общения – каждый раз определялся формат обратной связи с участниками стажировки.

Обратная связь – это наиболее действенный способ вовлечения обучающихся в учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий. Обратная связь позволяет определить эмоциональное состояние обучающихся, степень их вовлеченности в процесс обучения, степень освоения изучаемого материала, удовлетворенность как качеством учебных материалов, размещенных на образовательной платформе, так и самой организацией дистанционного образования (чаты, форумы, кейсы, творческие задания, проекты и другие интерактивные форматы).

Анализ итоговых анкет участников стажировочных площадок показал, что 96% из их числа высоко оценили качество обучения в рамках онлайн-обучения, 100% – отметили актуальность полученной информации и готовы рекомендовать коллегам обучение на стажировках и курсах центра с использованием дистанционных технологий.

Использование дистанционных технологий в методическом сопровождении специалистов социальной сферы имеет много плюсов, делает любое обучение «перевернутым», так как предполагает самостоятельное изучение материалов, а ценное время онлайн-общения тратится на осмысление, уточнение и закрепление изученного. Дистанционный формат позволяет каждому учиться эффективно планировать свое время, ставить свою индивидуальную образовательную задачу и реализовывать её, создает среду, объединяющую методическое пространство.

Режим самоизоляции внес существенные коррективы и в другие аспекты организации методического сопровождения сотрудников центра. Исключительно в дистанционный режим были переведены мониторинговые исследования, методические мероприятия. Рабочие совещания, заседания методических объединений, сопровождение специалистами центра (педагогами, психологами, медиками) семей, воспитывающих детей с ОВЗ, проводились в этот период как по телефону, с использованием аудиосвязи, так и с помощью видеозвонков, общения в Скайпе, WhatsApp, Zoom, социальных сетях. Существенно возросла роль сайта организации. На его новостной странице размещалась вся оперативная информация.

Практика использования дистанционных технологий в методическом сопровождении деятельности Центра «Коррекция и развитие» была продолжена и после снижения на-

пряженности эпидемиологической ситуации.

### Список литературы

Беспалько В.П. Киберпедагогика. Педагогические основы управляемого компьютером обучения (E-Learning). – М: Изд-во Т8Rugram, 2018. – 240с.

Дистанционное консультирование: методические рекомендации/ Государственное автономное учреждение Астраханской области "Научно-практический центр реабилитации детей "Коррекция и развитие". – Астрахань: Астраханский государственный университет, Издательский дом "Астраханский университет", 2016. – 12с.

Роберт И.В., Мухаметзянов И.Ш., Касторнова В.А. Монография: Информационно-образовательное пространство. – М.: ФГБНУ «ИУО РАО», 2017. – 92 с.

Тунда В.А. Пособие-путеводитель по документации Moodle 2.5. Для начинающих. – Томск, 2014. – 223с.

Zoom для обучения. / Портал компании Zoom [Электронный ресурс]. – URL: <https://zoom.us/ru-ru/education.html> (Дата обращения 01.06.2021).

Система дистанционного обучения Mirapolis LMS / Портал компании Mirapolis [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.mirapolis.ru/lms/> (Дата обращения 01.06.2021).

# **ПОВЫШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ КОМПЛЕКСНУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОВЗ**

Инкина Ю.М.

Профессиональная подготовленность специалистов, оказывающих комплексную помощь детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), повышение их квалификации, овладение дополнительными специализациями являются важнейшими факторами качества социального обслуживания и эффективности системы реабилитации/абилитации социальных учреждений. Для успешного решения перечисленных задач необходимо создание системы непрерывного повышения профессиональной компетентности специалистов всех уровней, задействованных в реабилитационном процессе.

Сегодня во всём мире используются различные варианты обучения специалистов социальной реабилитации: программы подготовки кадров с соответствующей специализа-

цией, курсы повышения квалификации, профессиональной переподготовки на базе университетов, магистерские программы, тренинги. На территории Российской Федерации успешно реализуются современные модели профессионального обучения и повышения профессиональной квалификации специалистов, оказывающих комплексную помощь детям с ОВЗ. Эти модели направлены на решение задач [3]:

- расширения, углубления и переосмысления знаний специалистов о роли социальных факторов, в частности, взаимодействия с близкими взрослыми в развитии и воспитании детей с отклонениями в развитии;

- овладения специалистами инновационными технологиями и методами коррекционной работы с детьми с ОВЗ и сопровождения их семей;

- закрепления и сохранения устойчивости полученных знаний и умений.

Современная модель повышения профессиональной квалификации специалистов, оказывающих комплексную помощь, подразумевает не только и не столько повышение уровня их знаний, сколько требует специальных форм обучения, позволяющих присвоить новые ценностные ориентиры профессиональной деятельности.

Для решения этой задачи используются внешние и внутренние ресурсы, а именно: ресурсные возможности организаций, в которых непосредственно работают специалисты (так называемое «внутрифирменное обучение», осуществ-

ляемое в рамках методической работы), и внешних институций, обеспечивающих профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации кадров. Связующим звеном между внешними и внутренними формами обучения, обеспечивающими профессиональное развитие специалистов, выступает и самообразование. Иными словами, триада – «профессиональное образование, повышение квалификации и профессиональная переподготовка – внутрифирменное обучение – самообразование» – образует сегодня целостную систему непрерывного профессионального роста кадрового состава системы комплексной помощи.

В Астраханской области ведущее место среди организаций, реализующих комплексную помощь детям с ограниченными возможностями и осуществляющих непрерывное повышение профессиональной компетентности специалистов, занимает Государственное автономное учреждение Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» (далее – Центр).

Опыт работы Координационного центра, осуществляющего методическую деятельность по направлению «Коррекционно-реабилитационная работа с несовершеннолетними, имеющими нарушения в развитии, в том числе, склонными к различным формам девиантного и делинквентного поведения», двух региональных ресурсных центров (РРЦ) по оказанию ранней комплексной помощи и организации комплексного сопровождения детей с РАС, созданных на базе учре-

ждения, и успешная практика внедрения модели комплексной помощи детям с ОВЗ, позволили создать и использовать в работе современную модель повышения профессиональной компетентности сотрудников.

Формулирование цели, задач и структуры данной модели было связано с проблемой определения компетенций, которыми должны обладать специалисты системы комплексной помощи, выполняющие трудовые функции в условиях реабилитационного центра.

Поскольку комплексное сопровождение детей с ОВЗ предполагает работу междисциплинарной команды специалистов (педагогов-психологов, учителей-дефектологов, учителей-логопедов, медицинских работников, воспитателей), а трудовые функции их несомненно отличаются, то соответственно специалисты должны обладать разными компетенциями [1].

Определение компетенций специалистов обусловлено целями и задачами, содержанием их деятельности в системе комплексной помощи. Специалисты должны быть готовы к реализации:

- диагностического направления, в рамках которого осуществляется деятельность по обследованию ребенка, выявлению его особенностей развития и потребностей в комплексной помощи, а также изучение потребностей и ресурсов семьи;
- коррекционно-развивающего направления, в соответ-

ствии с которым специалист обеспечивает помощь в выборе индивидуального образовательного маршрута, разработку и реализацию индивидуальных коррекционно-развивающих программ в работе с детьми;

– консультативного направления, которое предполагает реализацию специальных программ (технологий) социально-психологического сопровождения родителей, с целью включения их в коррекционный процесс;

– информационно-просветительского направления, которое обеспечивает поддержку общественных инициатив, направленных на совершенствование гарантий свободного развития ребенка в соответствии с его возможностями.

С уверенностью можно говорить о том, что система повышения профессиональной компетентности специалистов в Центре обеспечивает их готовность к реализации следующих видов профессиональной деятельности: диагностико-консультативной, профилактической, коррекционной и информационно-просветительской.

Определение круга компетенций специалистов, оказывающих комплексную помощь, связано и с теми услугами, которые оказываются в реабилитационном центре. Весь перечень услуг комплексной помощи детям с ОВЗ и их семьям в Центре можно разделить на 4 группы:

Первая группа – услуги на этапе выявления ребенка, нуждающегося в помощи (направление учреждениями здравоохранения, социальной защиты населения, самообраще-

ние), информирование родителей (законных представителей) об услугах Центра, запись на медико-психолого-педагогический консилиум и включение в программу комплексной помощи (социальное сопровождение).

Вторая группа – услуги на этапе вхождения ребенка и семьи в целевую группу получателей комплексной помощи, которые включают: комплексную первичную оценку социальной ситуации развития и состояния ребёнка (медико-психолого-педагогический консилиум), установление нужд ребенка и семьи в социальных услугах, целостное диагностическое обследование развития ребенка с помощью программно-аппаратных комплексов, изучение семьи для последующего составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг, разработку индивидуального плана сопровождения семьи.

Третья группа – услуги на этапе реализации индивидуальной программы предоставления социальных услуг и планы сопровождения семьи. Осуществление этой группы услуг предполагает координацию и сопровождение реализации индивидуальной программы помощи ребенку и сопровождения его семьи, консультирование и обучение родителей, реализацию социально-психологических и социально-медицинских услуг, формирование и развитие социально-бытовых навыков ребенка, формирование и развитие речи, навыков общения ребенка, развитие двигательной активности, использование вспомогательных технологий и обо-

рудования, поддержку развития ребенка. В эту же группу входят социально-педагогические услуги, направленные на формирование у детей позитивных интересов, в том числе в сфере досуга, услуги по сопровождению ребенка и семьи на пост-реабилитационном этапе комплексной помощи и т.д.

Четвертая группа – сопутствующие услуги, которые включают транспортные услуги («Социальное такси»), социально-правовые, срочные и другие дополнительные услуги.

Учитывая перечень услуг, оказываемых в реабилитационном Центре, и представления о природе профессиональной компетентности как характеристики специалиста, включающей обобщенные требования к профессии и индивидуальное развитие специалиста в качестве субъекта профессиональной деятельности (В.П. Беспалько, А.К. Маркова, В.А. Сластенин) [2], нами была определена структура модели повышения профессиональной компетентности специалистов в Центре. Она включает в себя следующие компоненты:

- коррекционно-образовательный: предполагает прохождение курсов повышения квалификации;
- диагностико-консультативный: предусматривает организацию систематической и качественной профессиональной поддержки специалистов;
- информационно-просветительский: предполагает организацию и проведение семинаров, вебинаров, методических, дискуссионных площадок, научно-практических конференций, круглых столов, стажировок;

- научно-исследовательский: предусматривает проведение научно-прикладных исследований по вопросам комплексной, в том числе, ранней помощи детям с ОВЗ;
- инновационный: осуществляется содействие в разработке инновационных идей, технологий, проектов, представляемых специалистами на профессиональных конкурсах разного уровня.

Руководство научно-практического центра реабилитации детей «Коррекция и развитие» уделяет большое внимание повышению квалификации своих сотрудников, считая важными такие профессиональные компетенции, как умение адаптироваться к современным реалиям, осваивать новые техники и технологии работы с детьми с отклонениями в развитии, применять лучшие достижения современной медицины и психологии. Именно от них зависит продолжительность, а главное эффективность процессов абилитации и реабилитации детей.

С целью повышения профессиональных компетенций сотрудников центра регулярно осуществляется организация курсов повышения квалификации и подготовки по дополнительным профессиональным программам, в том числе, в ведущих российских образовательных учреждениях (Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ, АНО ДПО «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства», Институт практической психологии «Иматон» г. Санкт-Петербург и

др.).

Сегодня курсовая подготовка и переподготовка всех сотрудников Центра продолжается как в очном, так и в заочном /дистанционном/ режиме. На регулярной основе осуществляется очное и дистанционное участие в семинарах, вебинарах, научно-практических конференциях разного уровня. Можно говорить о непрерывном процессе самосовершенствования специалистов разных служб.

Организация профессиональной поддержки специалистов Центра непосредственно на рабочем месте включает в себя:

- самостоятельную работу специалиста с семьей с возможностью привлечения помощи любого другого компетентного сотрудника Центра в сложной ситуации;

- контроль со стороны администрации и координацию действий участников обновленной совместной профессиональной деятельности;

- возможность супервизии и интервизии профессиональной деятельности (включая дистанционное консультирование) в рамках методической работы специалистов.

Опыт практической деятельности, накопленный за многие годы, высокий уровень подготовки специалистов и используемые передовые технологии работы на инновационном оборудовании позволяют им осуществлять образовательную деятельность, обмениваясь знаниями с профильными специалистами, в том числе из других регионов страны.

Одним из таких видов образовательного процесса являются стажировочные площадки, реализуемые Центром благодаря Фонду поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. С 2017 года Центр «Коррекция и развитие» является одной из четырёх в России профессиональных стажировочных площадок Фонда поддержки детей. За это время около 100 специалистов из Архангельской, Волгоградской, Вологодской, Курганской, Тверской, Псковской областей, а также Приморского края, Республики Хакасия и Ханты-Мансийского АО и других регионов прошли стажировку по программе «Инновационные технологии работы с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, в системе ранней помощи» и более 140 специалистов прошли стажировку по программе «Инновационный подход в работе с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья, в рамках социального сопровождения».

Сотрудники Центра транслируют опыт реализации модели оказания комплексной помощи детям с ОВЗ, используя новую логику построения образовательного процесса. В программе стажировки информационно-просветительская работа сочетается с практическим обучением. Практический блок обучения направлен на изменение представлений специалистов о потребностях детей с ОВЗ, в первую очередь социальных; освоение навыков развивающего взаимодействия с детьми в ситуациях ухода и игры; освоение навыков пси-

холого-педагогической коррекции взаимодействия матерей с детьми с отклонениями в развитии; освоение инновационных технологий комплексной абилитации и реабилитации детей и новых дистанционных форм организации профессиональной деятельности. Он включает в себя различные групповые, подгрупповые и индивидуальные формы обучения, работу с методическим материалом, вебинары, круглые столы, воркшопы, участие в консилиумах, мастер-классы, освоение различных форм планирования, организации и контроля профессиональной деятельности.

Активно поддерживается и продвигается в Центре не только практическая, но и научно-исследовательская, инновационная деятельность специалистов в сфере оказания комплексной помощи детям с ОВЗ. В учреждении организована работа по разным темам научно-прикладных исследований, среди них: «Системный подход к оказанию ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья», «Особенности использования коррекционно-развивающих технологий, способствующих улучшению функционирования ребёнка с ОВЗ, в соответствии с МКФ» и др. Активно ведётся работа над новыми проектами Центра, среди которых проект «Мобильный микрореабилитационный центр» по созданию специализированных социальных служб, оказывающих помощь детям и семьям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации [4]. Результаты исследований и внедряемых инноваций специали-

стов находят отражение в многочисленных публикациях в научных журналах, в том числе журналах, рецензируемых ВАК; представляются на различных региональных и Всероссийских конкурсах.

Большим подспорьем в реализации системы повышения профессиональной компетентности кадров является функционирование в научно-практическом реабилитационном центре кафедры прикладной психологии факультета психологии Астраханского государственного университета. Совершенствование профессиональных компетенций специалистов основывается на актуализации научного потенциала преподавательского состава кафедры, многолетнего практического опыта сотрудников Центра, обширной сети социальных и образовательных организаций, выступающих партнёрами при проведении практической подготовки кадров.

Таким образом, повышение профессиональной компетентности специалистов, оказывающих комплексную помощь детям с ограниченными возможностями здоровья, – одна из актуальных проблем социальных реабилитационных учреждений в настоящее время, которая достаточно успешно решается в Центре «Коррекция и развитие».

### Список литературы

Комплексный подход к оказанию ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра: учеб.-метод. пособие / авт.-сост. Л.Г. Ажевская, Г.П. Джамелова, Т.Ю. Овсян-

никова, И.Н. Рахманина. – М.: Флинта, 2018. – 96 с.

Маркова А.К. Психология профессиональной деятельности. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 382 с.

Модель регионально-муниципальной системы ранней помощи семьям детей раннего возраста с ОВЗ: Методические рекомендации/ Под ред. Ю.А. Разенковой. – М.: АСИ, 2017. – 62с.

Мобильная служба инновационных услуг для семей, имеющих детей с ограниченными возможностями: методический сборник / сост. Н.Ю. Сязина, И.Н. Рахманина, Ю.В. Деникина, И.В. Ковалёва. – Астрахань: ИД «Астраханский университет», 2016. – 53с.

# СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Акчунов Тимур Ильдарович, педагог-психолог,  
timur\_akchunov@mail.ru

Арустамян Антонина Вячеславовна, заведующий Отделением комплексной диагностики, ar-anto@rambler.ru

Бездельцева Нургуль Идаятовна, социальный педагог Отделения комплексной диагностики, nuri\_81-30@mail.ru

Васючкова Елена Викторовна, учитель-дефектолог Службы ранней помощи, elena2853@mail.ru

Гнилицкая Наталья Александровна, заведующий Отделением социального сопровождения, ozdravdeti2014@rambler.ru

Гусакова Юлия Владимировна, педагог-психолог Службы ранней помощи, denikina26@mail.ru

Дубинина Юлия Геннадьевна, учитель-дефектолог Отделения лечебной педагогики, radzha777@list.ru

Жигульская Елена Михайловна, учитель-дефектолог, zhigulskaya-lena@mail.ru

Измайлова Софья Камилевна, медицинский психолог Службы психолого-педагогической помощи, wonsvigo@yandex.ru

Инкина Южанна Михайловна, к.пед.н., старший методист Ресурсного методического центра, inkina-72@mail.ru

Калмыкова Надежда Юрьевна, педагог-психолог Службы

психолого-педагогической помощи, raim2@yandex.ru

Камкина Марина Станиславовна, музыкальный руководитель Отделения лечебной педагогики, kamkinam@mail.ru

Карячкина Зинаида Николаевна, инструктор по адаптивной физкультуре Отделения лечебной педагогики, zinysika@mail.ru

Кiryuxина Наталья Анатольевна, воспитатель Отделения дневного пребывания, kiryuxina72@list.ru

Ковалева Ирина Викторовна, заведующий Службы ранней помощи, kovaleva\_iv71@mail.ru

Колесникова Елена Анатольевна, педагог-психолог Службы психолого-педагогической помощи, kolesoelena777@mail.ru

Колесникова Татьяна Викторовна, учитель-логопед Отделения комплексной диагностики, colesnickova.tana@yandex.ru

Крылова Елена Владимировна, учитель-дефектолог Отделения лечебной педагогики, pegas\_sik@mail.ru

Куаншалиева Гульжужим Жанибековна, учитель-логопед Отделения лечебной педагогики, mygylek@mail.ru

Курбатова Ирина Владимировна, учитель-дефектолог Службы ранней помощи, irinka.kurbatova.1978@mail.ru

Лукиянова Ирина Владимировна, учитель-дефектолог Отделения лечебной педагогики, lukyanova.irochka@bk.ru

Мартемьянова Ирина Тарасовна, воспитатель Отделения дневного пребывания, 61irmar@mail.ru

Михайлова Ольга Анатольевна, психиатр Отделения медико-социальной реабилитации, mih.olg2013@yandex.ru

Михайлова Ольга Васильевна, учитель-логопед Отделения лечебной педагогики, olgamihaylova5@gmail.com

Мусаитова Светлана Рафаильевна, педагог-психолог Службы психолого-педагогической помощи, musaitova.lana@mail.ru

Новикова Мария Андреевна, методист Ресурсного методического центра, mariel\_93@inbox.ru

Овсянникова Татьяна Юрьевна, к.псх.н., заведующий Службы психолого-педагогической помощи ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», доцент Кафедры «Прикладной психологии» Астраханского государственного университета, доцент кафедры «Психологии и педагогики» Астраханского государственного медицинского университета, tu.ovsyannikova@yandex.ru

Покусаева Светлана Анатольевна, педагог-психолог Службы ранней помощи, lana.800@mail.ru

Правдина Юлия Викторовна, педагог-психолог Службы психолого-педагогической помощи, yu.prawdina@yandex.ru

Птушко Елена Григорьевна, учитель-логопед Отделения лечебной педагогики, eptushko.74@mail.ru

Рахманина Ирина Николаевна, к.псх.н., заместитель директора по научно-методической работе ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», зав. кафедрой прикладной психологии Астрахан-

ского государственного университета, irinarah.72@mail.ru

Рындина Елена Вячеславовна, учитель-логопед Отделения лечебной педагогики, e-ryndina@mail.ru

Рябова Елена Николаевна, невролог Отделения медико-социальной реабилитации, ryabova\_en@mail.ru

Сайфеденова Жанна Сайфеденовна, учитель-дефектолог Отделения лечебной педагогики, zhanna.sayfedenova@mail.ru

Самойлова Дарья Александровна, педагог-психолог Отделений комплексной диагностики, das\_114857@mail.ru

Сашина Наталия Алексеевна, воспитатель Отделения дневного пребывания, sashina1971@bk.ru

Смагина Юлия Владимировна, учитель-дефектолог Службы ранней помощи, smagina.55@inbox.ru

Сычева Инна Валерьевна, учитель-дефектолог Отделения лечебной педагогики, sycheva-inna@mail.ru

Сязина Наталья Юрьевна, директор ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», г. Астрахань, centr-reab@rambler.ru

Тимашева Лариса Владимировна, к.псих.н., заведующий Ресурсным методическим центром, lavtim@mail.ru

Типакова Ирина Сергеевна, педагог-организатор Отделения лечебной педагогики, irinatipakova@mail.ru

Турок Галина Анатольевна, заведующий Отделением медико-социальной реабилитации, turok.galinka@mail.ru

Франтасова Екатерина Петровна, заместитель директора по социальной работе ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», доцент кафедры прикладной психологии Астраханского государственного университета, frantasova.ek@yandex.ru

Шорина Людмила Владимировна, педагог-психолог Службы психолого-педагогической помощи, shorinaludmila@mail.ru

Щербакова Любовь Сергеевна, педагог-психолог Службы психолого-педагогической помощи, skaylare@bk.ru

Яковец Диляра Ахтямовна, к.псх.н., методист Ресурсного методического центра, dl\_sun@mail.ru

## СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ОКАЗАНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

### СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Публикуется в авторской редакции

Техническое редактирование, компьютерная правка, дизайн обложки

Е.В. Алымовой

Заказ № 1082. Тираж 50 электрон. оптич. дисков  
Уч.-изд. л. 10,43. Объём данных 3,3 МБ.

Издательство ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей

«Коррекция и развитие»

414056, Астрахань, ул. Татищева 12а.

Тел. 8 (8512) 48-31-81

<https://развитие30.pф>, e-mail: [centr-reab@rambler.ru](mailto:centr-reab@rambler.ru)

ISBN 978-5-6045156-0-0



9 785604 515600