

**РАННЯЯ КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ
ДЕТЯМ С ОСОБЕННОСТЯМИ
ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Учебно-методическое пособие

РЕПОЗИТОРИЙ ФГБУ

УДК 376.1(075.8)
ББК 74.30я73
Р22

Автор-составитель: старший преподаватель кафедры коррекционной работы УО «ВГУ им. П.М. Машерова» **С.В. Лауткина**

Рецензенты:

профессор кафедры дошкольного и начального образования УО «ВГУ им. П.М. Машерова»,
кандидат педагогических наук *В.М. Минаева*;
директор УО «Витебский государственный городской центр коррекционно-развивающего
обучения и реабилитации» *Е.И. Дук*

Р22

В учебно-методическом пособии раскрываются организационные и методические аспекты ранней комплексной помощи детям раннего возраста с особенностями психофизического развития. В приложении приведены возрастные нормы физического и нервно-психического развития детей раннего возраста, дифференцированная диагностика развития детей раннего возраста, предложены методики обследования, представлены оборудование кабинета раннего вмешательства, примерный план посещения семьи, индивидуальные программы коррекционно-развивающего обучения.

Предназначено студентам и магистрантам педагогических и дефектологических специальностей; окажет помощь родителям, имеющим детей раннего возраста с отклонениями в развитии, педагогам-психологам, учителям-дефектологам, специалистам центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, домов ребенка, дошкольных учреждений, а также слушателям системы повышения квалификации и переподготовки кадров.

УДК 376.1(075.8)
ББК 74.30я73

© УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2011

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1. Ранняя комплексная помощь детям с особенностями психофизического развития как приоритет специального образования	7
1.1. Ранняя комплексная помощь детям с особенностями психофизического развития как средство профилактики детской инвалидности	7
1.2. Зарубежный опыт практической организации системы «раннего вмешательства»	13
1.3. Становление системы ранней комплексной помощи в российской и белорусской специальной педагогике	19
1.4. Раннее распознавание отклонений речевого развития у детей	27
2. Теоретико-методические основы организации и осуществления ранней комплексной помощи детям с особенностями психофизического развития	30
2.1. Принципы организации и осуществления ранней комплексной помощи	30
2.2. Стратегия действия специалистов на разных этапах онтогенеза	31
2.3. Цель и содержание ранней комплексной помощи детям с особенностями психофизического развития	32
2.4. Организационная структура ранней комплексной помощи	34
2.5. Условия эффективности ранней комплексной помощи	40
Список литературы	42

ВВЕДЕНИЕ

*Материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь
(статья 25 Всеобщей декларации прав человека)*

Современные позитивные изменения в правовом и образовательном пространстве во всем мире привели к интенсивному развитию новых областей педагогической науки (педагогика пренатального периода и раннего возраста, педагогика индивидуальности и образовательной интеграции). Развитие данных областей педагогической науки обусловлено рядом *причин*:

1) Увеличением количества детей с особенностями психофизического развития, важностью их своевременного выявления, оказания ранней помощи, направленной не только на ослабление, но и на устранение имеющихся нарушений;

2) значимостью преддошкольного (от рождения до трех лет) периода как наиболее сензитивного для развития важных психических функций, чувствительных на данном этапе к внешним воздействиям и интенсивно развивающихся под их влиянием;

3) необходимостью сокращения временного интервала с момента определения отставания или нарушения в развитии ребенка и до начала его целенаправленного коррекционно-развивающего воспитания и обучения с привлечением родителей к участию в этой работе;

4) важностью информационного, ресурсного, в том числе программно-методического, обеспечения организации и осуществления ранней комплексной помощи как на дому, так и в учреждениях, создавших для этого необходимые условия;

5) необходимостью достижения межведомственного и междисциплинарного взаимодействия специалистов в оказании ранней помощи ребенку и его семье.

Ранняя комплексная помощь детям, в связи с возможными или имеющимися нарушениями в развитии, опирается на решение Саламанской всемирной конференции по образованию лиц с особыми потребностями «Доступность и качество» (1994), где говорится о том, что «первые 6 лет жизни, и особенно первые 3 года, наиболее значимы для формирования умственных способностей, личного и социального поведения подрастающего человека. Недостаточное внимание к периоду раннего развития приводит к невосполнимым потерям в становлении психических функций и необходимых навыков» (статья 53) [56].

Организация и осуществление ранней комплексной помощи на современном этапе рассматриваются с учетом следующих *основных идей*, декларированных в международных и национальных правовых документах:

1) признания самоценности дошкольного периода и значимости достижений в развитии ребенка от рождения до трех лет для всей последующей жизни;

2) необходимости улучшения качества жизни лиц с особенностями психофизического развития с первых месяцев жизни;

3) обеспечения прав родителей на выбор вариантов коррекционно-педагогической помощи и возможностей ее своевременного оказания детям;

4) достижения непрерывности и преемственности образования (в семье, дошкольном учреждении, школе и т.д.).

В Республике Беларусь создано нормативно-правовое поле для организации и осуществления ранней комплексной помощи. Ратифицированы Конвенции ООН, приняты Законы «О правах ребенка», «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)», успешно реализуются Концепция специального образования, Концепция дошкольного образования; «Положение об интегрированном воспитании и обучении детей дошкольного возраста с особенностями психофизического развития», «Положение о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» и др.

В данном учебном издании раскрываются теоретико-методические подходы в работе с детьми, имеющими факторы риска или отклонения в развитии. В предлагаемом учебно-методическом пособии определены организационные и методические аспекты психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста с особенностями психофизического развития в условиях центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации. Использован опыт работы различных специалистов с детьми раннего возраста в УО «Витебский государственный городской центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации».

Данное учебное издание может быть рекомендовано студентам и магистрантам дефектологических специальностей при изучении курсов «Актуальные проблемы коррекционной педагогики», «Теория и методика коррекционной работы», «Научно-методические основы коррекционной работы», «Ранняя коррекционная работа с детьми с фактором риска в речевом развитии» и др.

Учебно-методическое пособие имеет практическую направленность, а потому может быть адресовано воспитателям, музыкальным

работникам, педагогам-психологам, учителям-дефектологам, социальным педагогам, слушателям системы повышения квалификации и переподготовки кадров, т.к. оно отражает основные аспекты ранней комплексной помощи детям с особенностями в развитии от рождения до трех лет.

Автор приносит благодарность руководителям и сотрудникам УО «Витебский государственный городской центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» за оказанную помощь в написании данной работы, а также выражает уверенность в том, что полученные теоретические и практические знания в процессе творческого переосмысления предлагаемых материалов помогут сформировать гуманное отношение к детям с проблемами в развитии и повысить качество подготовки специалистов, работающих с детьми раннего возраста.

1. РАННЯЯ КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ КАК ПРИОРИТЕТ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1.1. Ранняя комплексная помощь детям с особенностями психофизического развития как средство профилактики детской инвалидности

Возможность полноценного развития в детском возрасте – неотъемлемое право любого человека и одна из важнейших целей образования на современном этапе. Для этого требуется поиск наиболее эффективных путей формирования образовательной среды с использованием инновационных научных знаний и ресурсов общества. Защита прав ребенка по охране и укреплению здоровья, свободному развитию в соответствии с индивидуальными возможностями является деятельностью, в которой тесно переплетены интересы медицинских работников, педагогов, психологов, различных социальных институтов, всего общества в целом.

В связи с этим ребенок, имеющий проблемы в интеллектуальной, физической, психической сферах, рассматривается как объект особой общественной заботы и помощи, а отношение общества к нему становится критерием оценки уровня его цивилизованности и развития.

Поэтому на современном этапе одним из самых актуальных направлений специального образования как в Беларуси, так и во всем мире является ранняя комплексная помощь детям с особенностями психофизического развития.

Важнейшей причиной актуальности ранней комплексной помощи является то обстоятельство, что во всех странах мира число новорожденных детей с недостатками развития неуклонно увеличивается. По мнению американских специалистов, они составляют около 40% всех новорожденных. Отечественные педиатры утверждают, что число детей с недостатками развития и неблагоприятным состоянием здоровья достигает 85% новорожденных. Разумеется, лишь некоторая часть этих детей в дальнейшем станет объектом коррекционной работы дефектологов, но и число детей, нуждающихся в такой работе, достаточно велико: по данным зарубежной статистики, 9–11% от всей детской популяции [33].

На современном этапе *ранняя комплексная помощь* – быстро развивающаяся область междисциплинарного знания, рассматривающая теоретические и практические основы комплексного обслуживания детей первых месяцев и лет жизни из групп медицинского, генетического и социального риска отставания в развитии.

Ранняя комплексная помощь – система мер, включающая

выявление, обследование, коррекцию физических и (или) психических нарушений, индивидуализированное обучение ребенка с особенностями психофизического развития в возрасте до 3 лет с психолого-медико-педагогическим сопровождением в условиях семьи, учреждения образования и организаций здравоохранения.

Ранняя комплексная помощь формируется как часть системы специального образования, призванная влиять на улучшение условий развития детей с ограниченным потенциалом возможностей, а также тех, чье развитие проходит под влиянием множественных факторов риска. От эффективной организации ранней комплексной помощи в определяющей степени зависят предупреждение инвалидности и (или) снижение степени ограничения жизнедеятельности и трудоспособности.

В Стандартах правил обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятых Генеральной ассамблеей ООН 20 декабря 1993 г., четко обозначен комплексный по своему сущностному содержанию процесс *предупреждения (профилактики) инвалидности*. Под этим сложным и многогранным процессом понимается комплекс мер, направленных на профилактику возникновения физических, умственных, психических и сенсорных дефектов (профилактика первого уровня) или на исключение возможности перехода дефекта в постоянное функциональное ограничение или инвалидность (профилактика второго уровня). Предупреждение инвалидности может предусматривать не только меры медицинского характера, в частности оказание первичной медико-санитарной помощи, предродовой и послеродовой уход, но и раннюю стимуляцию развития ребенка с целью профилактики возникновения вторичных отклонений в процессе становления психофизических функций.

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

Ранняя комплексная помощь предполагает широкий спектр долгосрочных медико-психолого-социально-педагогических услуг, ориентированных на семью и осуществляемых в процессе согласованной («командной») работы специалистов разного профиля. В него входит система специально организованных мероприятий, каждый элемент которой может рассматриваться как самостоятельное направление деятельности учреждений, находящихся в ведении органов здравоохранения, образования и социальной защиты населения. К таким **мероприятиям** относятся:

- обнаружение младенца с отставанием или риском отставания

в развитии, предполагающее единство ранней диагностики, идентификации, скрининга и направления в соответствующую территориальную службу ранней помощи;

- определение уровня развития ребенка и проектирование индивидуальных программ раннего образования;
- обучение и консультирование семьи;
- оказание первичной помощи в реализации развивающих программ, как в условиях семьи, так и в условиях специально организованной педагогической среды, отвечающей особым образовательным потребностям младенца (группы развития);
- целевая работа по формированию сенсомоторной сферы ребенка;
- психологическая и правовая поддержка семьи;
- ранняя плановая или экстренная медицинская коррекция;
- координация деятельности всех социальных институтов и служб в оказании полного комплекса услуг семье и ребенку в рамках индивидуальной программы развития.

Различные отрасли современного научного знания характеризуются особым интересом к ранним этапам развития человека. Важнейшие научные исследования в области раннего детства проводились выдающимися учеными-педагогами и психологами (П.П. Блонским, Л.С. Выготским, А.В. Запорожцем, А.Н. Леонтьевым, М.И. Лисиной, М. Монтессори, Ж. Пиаже, Д.Б. Элькониним). В их научных работах подчеркивается важность раннего возраста, охватывающего сензитивные периоды становления целого ряда функций в развитии ребенка.

Основополагающая научная концепция Л.С. Выготского о роли практической деятельности в активизации мыслительных процессов, положения его теории о «зоне ближайшего развития» и о профилактике вторичных дефектов («социального вывиха») и сегодня оказывают значительное влияние на современные исследования в области ранней диагностики и стимуляции развития младенцев и детей раннего возраста из групп медицинского, генетического и социального риска, а также детей, имеющих врожденные дефекты развития.

Достигнутые в последующие периоды развития науки выдающиеся успехи в исследовании первых дней и первых месяцев жизни младенцев привели к коренным изменениям представлений об их развитии. Если в прошлом научные концепции складывались из отдельных исследований, построенных на конкретных ретроспективных наблюдениях, то к настоящему времени разработана целостная **интегративная теория раннего развития**. Возникновение этой новой области междисциплинарного научного знания в мировой науке и практике связано с общим развитием социально-педагогических программ для всех групп и возрастов населения.

Данное научно-практическое направление ориентировано на

удовлетворение образовательных, медико-социальных и психологических потребностей детей от рождения до трех лет, на поддержку членов их семей.

Отправной точкой к разработке *программ ранней помощи* или «*раннего вмешательства*» (early intervention) в ходе психофизического развития детей с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности послужили *программы опережающего обучения* (head start), активно применяющиеся в странах Запада с 60–70-х гг. XX в. Разработчики программ опережающего обучения учитывали чрезвычайную значимость первых месяцев и первых лет жизни ребенка для его дальнейшего развития. Программы предназначались для социально-педагогической поддержки семьи и ребенка в период, когда способности взаимодействия ребенка с окружающим миром только начинают формироваться. Научные исследования, сопровождавшие применение программ опережающего обучения, привели к революции представлений в области социально-эмоционального развития младенцев.

Использование новейших технических средств (видеосъемки с последующим покадровым анализом экспериментальных материалов) открыло возможность изучать ребенка не в созданной искусственно экспериментальной ситуации отдельно от матери, а в естественном окружении, во взаимодействии с самым близким человеком – матерью. Такой экологический подход позволил получить данные, значительно изменившие представления о ранних этапах детского развития. В результате младенцев стали рассматривать не в качестве объектов внешней деятельности, беспомощных, пассивных существ, рефлекторные реакции и поведение которых односторонне формируются в прямой зависимости от действий и поведения взрослых, а как активных субъектов совместной деятельности, развивающихся в процессе взаимодействия с окружающей социальной средой, прежде всего с матерью, жадно ищущих этого социального взаимодействия и интенсивно участвующих в процессе своего развития.

В соответствии с новыми экспериментальными данными в западной науке началось активное формирование *интегрированной теории раннего развития*: Дж. Боулби (J. Bowlby), Д. Винникот (D. Winnicott), М. Айнсворт (M. Ainsworth), М. Малер (M. Mahler), Д. Штерн (D. Stern) и др.

Немалую роль в становлении этой теории сыграли и научные труды советских ученых – основополагающие положения культурно-исторической концепции психического развития Л.С. Выготского, теория деятельности А.Н. Леонтьева, концепция генезиса общения М.И. Лисиной.

Научное обоснование теории развития человека в младенческом и раннем возрасте (от рождения до трех лет) существенным образом повлияло на практическое изменение организационных форм обслу-

живания детей первых месяцев и лет жизни в странах Запада, стало основой создания междисциплинарных экологически ориентированных программ обслуживания младенцев и их семей. В 70-е гг. XX в. практически одновременно во всех странах Западной Европы, в США, Австралии и Канаде разрабатываются **программы «раннего вмешательства»**. Причиной столь активного и повсеместного их появления стало увеличение числа детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности. По данным ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения), каждый двадцатый ребенок на земном шаре имеет те или иные отклонения в развитии.

Предполагалось, что внедрение таких программ *повысит компетенцию членов семьи в удовлетворении особых потребностей младенцев и детей раннего возраста из групп риска, уменьшит вероятность их отставания в развитии и сегрегации (изоляции в специальных учреждениях в отрыве от семьи и общества), увеличит возможности их социальной адаптации, полноценной интеграции в общество и даст им шанс к независимой самостоятельной жизни впоследствии.*

Второй важнейшей причиной, обусловившей активную разработку и внедрение программ «раннего вмешательства» в странах Запада, послужила *экономическая целесообразность их применения*. Было статистически подтверждено, что реализация подобных программ приводит к значительному сокращению числа детей дошкольного и школьного возраста, нуждающихся в специальном образовании, на финансирование которого государство тратит значительные ресурсы (материальные, технические, кадровые и др.).

В мировой практике наиболее известны следующие **программы ранней диагностики и ранней помощи**: *Коннектикутский тест «Обследование развития новорожденных и детей до трех лет», Каролинский учебный план для детей от рождения до пяти лет, Гавайский профиль раннего обучения, Руководство Портейдж, Мюнхенская функциональная диагностика, программа ранней диагностики развития «Тандем» (Голландия)*. Эти диагностические и методические разработки на практике доказали высокую эффективность их применения. Сфера их использования заметно расширилась в результате включения в образовательное пространство младенцев и детей раннего возраста с врожденными и рано приобретенными дефектами, которые в значительной мере ограничивают возможности их жизнедеятельности и социализации.

Концептуальной основой таких программ послужили утвержденные на уровне государственной политики западных стран принципы интеграции и нормализации детей вне зависимости от их медицинского, генетического или какого-либо другого индивидуального отличия. Идея **нормализации** выражается следующими словами:

жизнь человека с ограничениями должна быть организована *«настолько нормально, насколько это возможно»*. Концепция *нормализации*, которую разработал шведский ученый *Бенгтон Нирье* (Bengt Nirje) в 1969 году, утверждает положение о том, что жизнь и быт людей с нарушениями в умственном развитии должны быть как можно ближе к условиям и стилю жизни общества. В *восьми пунктах* он показал, что должно включать понятие «нормальная жизнь» для людей с интеллектуальными ограничениями: 1) нормальный дневной ритм; 2) недельный ритм; 3) годовой ритм; 4) естественный жизненный путь (стадии жизни); 5) уважение потребностей; 6) соответствующий контакт между полами; 7) нормальный экономический стандарт; 8) стандарты обстановки [43].

По мнению *В. Вольфенсбергера* (Wolf Wolfensberger), *нормализация* включает в себя как применяемые средства и методы работы по уходу и помощи соответствующим группам людей, так и их внешний вид, поведение.

Первоначально положение нормализации относилось исключительно к людям с интеллектуальными нарушениями; впоследствии оно оказало глубокое влияние на восприятие обществом социальных девиаций, проявлений нетипичности, индивидуальных человеческих различий.

Методический материал для стимуляции развития младенцев и детей раннего возраста, имеющих выраженные нарушения, разрабатывался с учетом того, что раннее социально-эмоциональное взаимодействие их с матерью и другими членами семьи формируется так же, как при условиях нормального развития, однако требует особого анализа, внимания и поддержки.

Одной из первых программ, предусматривающих работу с детьми, имеющими сложные дефекты, считается *программа раннего обучения детей с синдромом Дауна*, которую разработали *Л. Рходес* с группой коллег (L. Rhodes et al.) в государственном госпитале Сонома (США). В ней продемонстрирована эффективность педагогического вмешательства в дефицитное развитие. С тех пор число программ раннего вмешательства в задерживающееся или отклоняющееся развитие постоянно увеличивается. Созданы руководства для детей определенных групп риска: с отставанием в двигательном развитии, с генетическими нарушениями (синдромом Дауна), с сенсорными нарушениями. В них отражены два фундаментальных направления философии и практики образования в западных странах: *принцип нормализации и методики оперантного обучения*.

К наиболее известным в мировой практике можно отнести *программу Союза экспериментального обучения и развития ребенка* при Вашингтонском университете (США), где в 1971 г. была организована

Служба ранней помощи с целью апробации этой программы (A.N. Hayden, N.G. Haring), а также *программу ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки»*, подготовленную в университете Маккуэри (Сидней, Австралия, 1975) и апробированную в учебном центре университета в работе с детьми с синдромом Дауна и другими нарушениями развития (M. Pieterse, R. Treloar).

Концептуальные положения *программы «Маленькие ступеньки»* отражают инновационный подход в области образования детей, имеющих нарушения в развитии. В них декларируется: «Учиться могут все дети. Ребенок с нарушениями развития учится медленнее, однако он может учиться! Детям с умственными и физическими нарушениями необходимо овладеть всеми навыками, которые нужны им в играх, общении с окружающими, в достижении максимально возможной независимости для интеграции в общество. Родители, как и педагоги, играют самую важную роль. Эффективность обучения в значительной степени зависит от возраста ребенка. Занятия нужно начинать с момента установления диагноза. Индивидуальная программа должна удовлетворять как потребностям самого малыша, так и возможностям его семьи» [47–48].

1.2. Зарубежный опыт практической организации системы «раннего вмешательства»

Научные исследования, сопровождавшие реализацию названных программ (Вашингтонского университета из США и Университета Маккуэри в Сиднее из Австралии), показали поразительные результаты в области раннего обучения детей со сложной структурой нарушений развития. Дети даже из категорий, считавшихся бесперспективными в плане обучения (например, с синдромом Дауна), смогли овладеть начальными навыками чтения и письма, не говоря уже о других социально значимых умениях.

На основании значительного числа исследований различных сторон и сфер развития детей правительства многих западных стран пришли к заключению, что для уменьшения вероятности отставаний в развитии и для повышения эффективности удовлетворения особых потребностей младенцев и детей раннего возраста необходимо развивать мультидисциплинарную систему служб ранней помощи. На законодательном уровне была оформлена деятельность институтов ранней диагностики и ранней помощи, а система образования дополнена структурами, оказывающими действенную раннюю помощь детям с отклонениями в развитии и их семьям. Так, в 1986 г. Конгресс США принял поправки к Закону «Об образовании», имеющие отношение к детям (возраст – от рождения до двух лет, а в некоторых штатах – до

трех лет) из групп медицинского, генетического и социального риска. В соответствии с Законом PL 99-457 в США определены категории детей от рождения до трех лет, подлежащих помощи в рамках программы раннего вмешательства (early intervention). Это:

1) *дети с отставанием в развитии, установленным с помощью научно апробированных диагностических инструментов и процедур. Отставание может иметь место в одной или более областей развития: речевое, моторное, когнитивное, языковое, эмоциональное, социальное, навыки самообслуживания;*

2) *дети с физическими и эмоциональными или психическими нарушениями, которые с очень большой вероятностью приводят к отклонениям, задержке в развитии.*

Инновационная сфера деятельности потребовала наличия (и увеличения числа) профессионалов соответствующей квалификации, представляющих различные дисциплины, включая специальных педагогов и психологов, логопедов, социальных педагогов, медицинских и социальных работников, специалистов в области развития движений, а также в области диетического и лечебного питания. Важнейшей особенностью деятельности работников служб ранней помощи является ее «командная» организация. В компетенцию «команды» профессионалов входит знание типичного и нетипичного развития детей младенческого и раннего возраста, умение проводить оценку уровня развития и разрабатывать индивидуальную программу раннего образования на основе базовой, включающую целенаправленную работу в различных областях развития. Обязательными составляющими процесса ранней комплексной помощи являются взаимодействие с членами семьи, целенаправленное обучение родителей и включение их в активную повседневную работу.

Западный вариант организации системы служб «раннего вмешательства» предполагает привлечение специалистов разных специальностей, выстраивание между ними партнерских отношений, постоянное всестороннее повышение квалификации. В ходе реализации индивидуальных программ осуществляются пролонгированный анализ и гибкая коррекция задач с «фокусным» ведением ребенка на определенном этапе тем или иным специалистом, выстраивание единой линии ответственности и администрирования программы, координация деятельности различных институтов помощи с привлечением всех возможных источников финансирования и созданием банка данных.

Основным документом, регламентирующим проведение программы, является *индивидуальный план обслуживания семьи*, разрабатываемый командой специалистов службы помощи совместно с родителями. В нем содержатся данные о потребностях ребенка и возможностях семьи, включая информацию об уровне развития ребенка в

различных областях; подробно описываются направления работы на каждом этапе (например, психотерапевтическая помощь матери, психологические тренинги для всех членов семьи, развитие моторной сферы ребенка, довербальная логопедическая помощь и др.); перечисляются организационные формы конкретных мероприятий, необходимых для реализации запланированных направлений работы, и намечаются сотрудники, профессионально наиболее соответствующие каждой из поставленных задач. Обязательно назначается из их состава специалист, ответственный за координацию действий всех сотрудников службы и профессионалов, привлекаемых из других институтов помощи. В индивидуальном плане указывается также форма обслуживания (домашнее визитирование или дневной центр, или группа кратковременного пребывания и т.д.), устанавливаются частота и длительность специальных мероприятий, методы обучения ребенка и членов семьи, предполагаемая длительность каждого из этапов плана, утверждаются необходимые процедуры медицинской коррекции, критерии и периодичность оценки результатов работы по всем направлениям.

В процессе пролонгированного обслуживания план может корректироваться раз в год, а по инициативе семьи или в соответствии с особыми обстоятельствами – раз в полгода или даже чаще.

В истории становления и развития западной системы ранней помощи выделились *два основных направления конструирования программ «раннего вмешательства»: психотерапевтическое и социально-педагогическое.*

Раннее психотерапевтическое вмешательство предусматривает создание условий для удовлетворения особых потребностей социально-эмоционального развития младенцев и детей раннего возраста. Концептуальная идея этого направления заключается в том, что нарушения межличностных отношений в диаде «мать–дитя» гораздо более успешно поддаются коррекции в ходе психотерапевтических сеансов, проводимых с участием одновременно и родителей, и ребенка. Современные модели такого вмешательства объединяют традиции психотерапии с теорией интегрированного раннего развития, дифференцируются по направленности на различные элементы системы «мать–дитя», на отдельные группы матерей и младенцев, различающиеся по частоте и длительности воздействия, а также по степени использования технических средств. Наиболее известны в мировой практике следующие модели:

1. *Модель «Тренировка взаимодействия»* (Т. Field) ставит своей целью качественное изменение поведения взрослого в ходе сеансов развивающего взаимодействия в диаде «мать–дитя»; содержит набор инструкций для матери для углубления эмпатийных контактов с младенцем (увеличение периодов зрительных контактов «глаза в глаза»,

имитация поведения младенца, игры, соответствующие возрасту ребенка и т.д.).

2. *Модель «Руководство взаимодействием»* (W. McDonough) предусматривает позитивное изменение отношений взрослого и ребенка. С помощью видеотехники фиксируется характер взаимодействия ребенка и родителей, затем в ходе семейных встреч закрепляются положительные моменты снятого на видеопленку эпизода, что способствует повышению уровня понимания поведения ребенка значимыми взрослыми, осознанию родителями собственной роли, гармонизации внутрисемейных отношений.

3. *Модель «Психодинамическая психотерапия»* (С. Fraiberg) направлена на выяснение причин конфликтных отношений матери и ребенка, на нейтрализацию отрицательных переживаний матери (сохранившихся в памяти патологических переживаний, ролевых представлений), влияющих на текущее взаимодействие с младенцем. Психотерапевтическое воздействие на какой-то один элемент системы изменяет и трансформирует влияние по всей системе.

Во всех моделях психотерапевтического вмешательства отражены методы, способствующие нормализации семейного микроклимата, позитивному изменению отношения к ребенку, формированию социальных связей семьи при возникновении трудной жизненной ситуации, связанной с рождением особого ребенка.

Раннее социально-педагогическое вмешательство ориентировано на удовлетворение особых потребностей в образовании и социализации младенцев и детей раннего возраста. Результаты научных исследований в этой сфере привели к осознанию необходимости разрабатывать программы раннего развития, ориентированные не только на детей, но и на их семьи, – *семейно-центрированные программы раннего вмешательства*. Именно семья как первичное социальное окружение ребенка является фактором, оказывающим решающее влияние на его развитие. Понятие «*семейная центрированность*» означает, что профессиональная помощь должна оказываться и детям, и родителям одновременно в едином «*семейном ключе*» в процессе пролонгированного сопровождения.

Сопровождение – это социальная помощь нематериального характера, предполагающая индивидуальную поддержку в решении проблем семьи и осуществляющаяся в реализации социально-педагогических, психологических, защитно-правовых и абилитационных программ.

Абилитация – комплекс мер по развитию и компенсации отсутствующих или нарушенных функций и адаптационных возможностей.

Семейно-центрированный подход предполагает анализ связей и отношений не только внутри системы (внутренний мир человека, семья), но и вне ее. Диагностическая и коррекционная работа службы сопровожде-

ния с детьми и родителями должна осуществляться уже на начальной стадии отклонения либо в развитии, либо в поведении. Диапазон семейно-центрированного обслуживания состоит из следующих *элементов*:

- информационной поддержки и помощи в выборе индивидуального образовательного маршрута с привлечением возможностей всех действующих структур как государственной, так и негосударственной систем образования;
- разработки и реализации индивидуальных программ поддержки ребенка и членов семьи, помощи в организации взаимодействия родителей и ребенка;
- реализации специальных программ для обучения родителей и включения их в коррекционно-педагогический процесс;
- обеспечения целостного мультидисциплинарного подхода к обучению и социализации ребенка на основе взаимосвязи между отдельными аспектами помощи (медицинским, психологическим, социально-бытовым, педагогическим), составляющими единый комплекс и вместе с тем являющимися самостоятельными компонентами.

Значимым моментом в западных моделях раннего социально-педагогического вмешательства является организация *лекотек* (от швед. *leko* – игрушка) – библиотек игрушек. Такие комплексы стали формироваться и использоваться в середине 60-х гг. XX в. в Скандинавских странах. К 1990 г. лекотеки были организованы уже в 21 стране мира, а в стране-основательнице этого движения Швеции их к тому времени было уже 75.

Концепция лекотек предусматривает использование игры и игрушек для приобретения опыта семейно-соседских отношений, налаживания общения, социальных контактов семей, имеющих детей с особыми потребностями. Помещения лекотек служили местом встреч родителей, объединенных аналогичными проблемами, с целью построения отношений между ними и профессионалами для обсуждения возможности помощи и взаимопомощи, уточнения и корректировки программ развития детей. Ведущий специалист лекотеки, которым обычно бывает педагог в области специального образования, организует комплексную диагностику с целью определения уровня развития ребенка, вместе с «командой» сотрудников разрабатывает индивидуальную программу его развития и координирует работу всех специалистов в процессе ее реализации. Он также занимается вопросами включения детей с особыми потребностями в систему дошкольного образования, организует обучение и консультирование работников детских садов в области специальной педагогики и психологии.

Большая часть лекотек в европейских странах интегрирована в крупные абилитационные центры, которые обеспечивают комплексное (медико-социально-психолого-педагогическое) обслуживание се-

мей и детей с отклонениями в развитии. Специфическая особенность лекотек состоит в равноправном сотрудничестве профессионалов и родителей.

Продолжительный опыт деятельности лекотек убедительно свидетельствует о том, что оптимальной ситуацией для полноценного развития ребенка является его пребывание в семье. Необходимое условие успешности всего воздействия – активное включение родителей в абилитационный процесс, организуемый специалистами. В компетенцию специалистов входит не только стимуляция развития ребенка в ходе специальных игр и занятий, отслеживание динамики его развития, но и целенаправленное обучение родителей способам специфического взаимодействия с ребенком в повседневной жизни семьи. В процессе регулярных встреч в неформальной обстановке лекотек специалисты через различные формы обучения детей и родителей фиксируют значимые параметры развития ребенка, помогают создавать в условиях семьи специальную развивающую среду, а при необходимости связывают родителей с соответствующими медицинскими, образовательными учреждениями. В их компетенцию входит также коррекция семейных взаимоотношений. Подобный вид деятельности для отечественной практики образования является инновационным и предполагает иной тип организации педагогического процесса, основанного на привлечении родителей к процессу обучения.

Критериями эффективной деятельности лекотек признаются:

- рост востребованности услуг со стороны родителей, педагогов, детей;
- увеличение перечня проблем, в отношении которых может оказываться квалифицированная помощь;
- качественное улучшение показателей развития ребенка независимо от степени ограничения жизнедеятельности;
- нормализация внутрисемейных отношений;
- расширение социальных контактов семьи;
- повышение компетентности родителей, педагогов и других участников процесса в решении проблем раннего детства.

Практическое применение нового междисциплинарного знания, создание на государственном уровне в странах Запада системы раннего вмешательства отражают одно из успешно развивающихся направлений деятельности ученых и педагогов последней четверти прошлого столетия. Реализация вариативных программ раннего вмешательства не только позитивно повлияла на развитие системы специального образования, но, прежде всего, коренным образом изменила жизнь людей с отклонениями, получивших возможность стимуляции развития уже в раннем возрасте.

Подтверждает это, прежде всего, удивительный прогресс в по-

вышении уровня независимой жизни людей с различными физическими и психическими ограничениями. Благодаря применению программ ранней помощи люди с интеллектуальными и физическими нарушениями в западных странах теперь живут несравненно полноценнее, чем 30–40 лет назад. Сравнительные исследования зарубежных ученых показали, что систематическая ранняя помощь ребенку в условиях семьи с вовлечением родителей в процесс абилитационной работы не только выводит на качественно новый уровень сам процесс развития ребенка, но и в значительной мере определяет прогресс интеграции в общество человека со специальными потребностями как его равноправного члена.

Исследования свидетельствуют также о том, что ранняя помощь в рамках семейно-центрированных программ, активная стимуляция развития ребенка позволяют в среднем на 50% снизить число детей, имеющих различные дефекты и находящихся в группе риска по инвалидности.

Одним из следствий такого прогресса является то, что в западных странах подавляющее большинство детей с инвалидностью воспитываются в условиях семьи (родной, ее заменяющей, специально организованной), а не в специальных учреждениях вне дома. На всех этапах жизни дети (и семьи) находятся под патронажем специалистов, организующих процесс сопровождения этих людей в образовательном и социальном пространствах. Будучи полноправными членами общества, дети, подростки, взрослые с ограниченными возможностями могут так же, как их здоровые сверстники, вести активный образ жизни – учиться, работать, отдыхать.

1.3. Становление системы ранней комплексной помощи в российской и белорусской специальной педагогике

Еще в 20–30-е годы XX века в клинике профессора Н.М. Щелочанова были разработаны показатели нервно-психического развития детей первого года жизни (включая и отклонения от нормы). В дальнейшем они многократно перерабатывались и дополнялись коллективом ученых под руководством профессора Н.М. Аксариной (1-й год жизни – Э.Л. Фрухт, 2-й год жизни – К.П. Печора, 3-й год жизни – Г.В. Пантюхина) [15]. В 70-е годы эти исследователи впервые в СССР разработали процедуру диагностики и тесты для проверки развития детей в поликлинике, доме ребенка и яслях. В 1975 году данная методология была рекомендована к внедрению в детские поликлиники и дошкольные учреждения. В 1990-е годы Е.А. Стребелевой [58–59] разработана психолого-педагогическая диагностика детей раннего и дошкольного возраста, учитывающая возрастные психологические но-

вообrazования, уровень развития типичных видов деятельности в каждом возрастном периоде.

Большое внимание уделялось и раннему выявлению и коррекционной помощи детям с дефицитарным развитием, в частности *детям с нарушенным слухом*. Так, еще в 30-е годы XX века Е.Ф. Рау были открыты первые ясли для неслышащих детей, подготовлена методическая литература по воспитанию и обучению детей раннего возраста с нарушенным слухом. В 60–70-е годы разрабатывалось содержание работы в семье с детьми второго года жизни (Б.Д. Корсунская, Л.А. Венгер, Г.Л. Выгодская, Э.И. Леонгард). В 80–90-е годы особое внимание уделялось детям первого года жизни (Э.И. Леонгард, Т.В. Пелымская, Н.Д. Шматко). С конца 80-х годов в России разрабатывается единая система раннего (с периода новорожденности) выявления детей с нарушенным слухом. Ранняя помощь детям первого года жизни с нарушениями слуха осуществляется в сурдологических кабинетах, организованных на базе специальных дошкольных учреждений, отделений детских больниц, ПМС-центров. На начальном этапе происходят комплексная медицинская коррекция, раннее хирургическое и медикаментозное лечение, слухопротезирование. Для детей в возрасте от 1 года до 2 лет организуются специальные занятия с сурдопедагогом два-три раза в неделю. Для детей, проживающих в отдаленных от сурдологического центра районах, занятия организуются ежедневно в течение 1–2 недель 2–3 раза в год.

В настоящее время в отечественной специальной педагогике традиционно применяются несколько зарубежных методик для изучения психофизического развития детей первых месяцев и лет жизни: *шкала развития Гезела*, *Денверовская скрининговая методика (DDST)*, *Мюнхенская функциональная диагностика*, *программы «Маленькие ступеньки» и «Каролина»*. Кроме того, в диагностике раннего возраста используются методические *разработки российских ученых (Л.Т. Журбы, Е.М. Мастюковой, Г.В. Пантюхиной, К.Н. Печоры, Э.Л. Фрухт и др.)* и *показатели развития детей первого года жизни, созданные на кафедре профессора И.М. Воронцова (г. Санкт-Петербург)*. Современные разработки изучения психофизического развития детей раннего возраста служат основой для практического применения в психолого-медико-социальных центрах, психолого-медико-педагогических консультациях и службах. Апробация различных моделей ранней помощи осуществляется через систему медико-психолого-педагогического патронажа в психолого-медико-социальных центрах, психолого-медико-педагогических консультациях, в некоторых учреждениях дошкольного образования (группы кратковременного пребывания, консультативные пункты), в дошкольных учреждениях системы здравоохранения и в

негосударственных организациях и службах.

Также в некоторых научных учреждениях Москвы, Санкт-Петербурга, Новгорода Великого и Самары ведутся исследования, посвященные ранней помощи. В частности, в Санкт-Петербурге апробируется региональная модель ранней помощи – междисциплинарная *семейно-центрированная программа ранней помощи в дошкольном учреждении* (Р.Ж. Мухамедрахимов) [40], реализуется *городская социальная программа «Абилитация младенцев»* (Е.В. Кожевникова, Л.А. Чистович) [26–27].

В качестве еще одной успешно действующей в Санкт-Петербурге программы ранней помощи можно назвать деятельность негосударственного образовательного учреждения повышения квалификации – *Санкт-Петербургского института раннего вмешательства*. В рамках этого учреждения осуществляются проекты в области консультирования и сопровождения детей с отклонениями развития и детей из групп риска, а также их семей. Реализуются проекты, направленные на повышение квалификации специалистов и компетенции родителей. В частности, на базе Института раннего вмешательства с 1992 г. при сотрудничестве российских и западных партнеров осуществляется проект «Развитие физической терапии в России» по разработке стандарта новой специальности «Физическая терапия».

В контексте Закона Республики Беларусь «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития» [42] имеющаяся в нашей стране практика раннего выявления детей с особенностями психофизического развития и оказания им коррекционно-педагогической помощи нуждается в модернизации и совершенствовании в следующих *направлениях*:

1) увеличение количества и улучшение качества деятельности служб ранней комплексной помощи, находящихся в системе специального образования;

2) расширение подготовки педагогических кадров для работы с детьми в возрасте до трех лет с особенностями психофизического развития;

3) модернизация ресурсного обеспечения коррекционно направленного образовательного процесса с детьми от рождения до трех лет, работы по формированию педагогической компетенции родителей;

4) совершенствование диагностического инструментария, обеспечивающего своевременное выявление нарушений на ранних этапах развития ребенка.

Инструкция о порядке выявления детей с особенностями психофизического развития, утвержденная постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 7 апреля 2006 г.

№ 33, определяет последовательность деятельности учреждений в рамках межведомственного взаимодействия. «Руководители районных (городских) центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации обеспечивают территориальные организации здравоохранения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь детям (больницы, поликлиники, психоневрологические диспансеры, врачебные амбулатории), справочной информацией о деятельности районных (городских) ЦКРО и Р и в случае изменения юридического адреса и режима работы районного (городского) ЦКРО и Р в семидневный срок предоставляют территориальным организациям здравоохранения новые сведения. Территориальные организации здравоохранения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь детям (больницы, поликлиники, психоневрологические диспансеры, врачебные амбулатории), в соответствии с действующим законодательством информируют родителя (законного представителя) ребенка, у которого впервые установлен диагноз, о деятельности районного (городского) ЦКРО и Р в двадцатидневный срок с момента установления диагноза, согласно Перечню заболеваний пункта 6 настоящей Инструкции направляют сведения о ребенке (фамилия, имя, отчество; год рождения; домашний адрес; диагноз) в адрес районного (городского) ЦКРО и Р» [24, с. 4].

Для детей с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет в рамках оказания ранней комплексной помощи организуется образовательный процесс, который имеет коррекционно-развивающую направленность и осуществляется в условиях центра и (или) семьи. В *Положении о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации*, утвержденном постановлением Министерства образования Республики Беларусь от 16 декабря 2004 г. № 74, сделан акцент на максимальное сокращение разрыва между моментом определения первичного нарушения и началом целенаправленного психолого-педагогического воздействия на ребенка [49]. Ранняя комплексная помощь основывается на результатах медицинского обследования ребенка, проведенного в территориальной организации здравоохранения, и включает психолого-педагогическое изучение ребенка, коррекционно-развивающую работу, консультирование и психологическую поддержку семьи, в которой воспитывается ребенок с особенностями психофизического развития.

В зависимости от возраста ребенка и тяжести нарушения ранняя комплексная помощь организуется в следующих формах: педагогическое сопровождение развития ребенка в условиях семьи (не реже 1–2 раз в месяц), индивидуальные занятия, групповые занятия в условиях центра (не менее 2 раз в неделю, продолжительность занятия опре-

деляется возможностями ребенка и составляет не более 30 минут).

В соответствии с методическими рекомендациями по использованию психолого-педагогического диагностического инструментария в работе психолого-медико-педагогических комиссий от 06.04.2006 № И-08-12/97 для психолого-педагогической диагностики используются следующие диагностические методики:

№	Методика, автор	Валидность	Периоды		
			Младенчество (0–1 год)	Раннее детство (1–3 года)	Источник
1.	Тесты развития детей раннего возраста (Ш. Бюллер и Г. Гетцер)	Изучение развития нервно-психической деятельности ребенка. Проводится методом наблюдения естественных жизненных реакций ребенка в естественной ситуации	+	+	1
2.	Мюнхенская функциональная диагностика развития	Профиль нормального развития ребенка. Включает весь комплекс психомоторных показателей ежемесячно	+	+	2, 3
3.	Метод количественной оценки возрастного психомоторного развития новорожденных и грудных детей	Позволяет объективизировать уровень развития и определить, какие функции страдают в первую очередь и в какой степени	+	–	4
4.	Нормы психофизического развития ребенка	Профиль нормального развития ребенка. Включает весь комплекс психофизических показателей ежемесячно	+	–	5
5.	Особенности психомоторного развития детей	Изучение развития нервно-психической деятельности ребенка	+	+	6
6.	Тесты Валентайна	Определение общего уровня развития, в первую очередь интеллектуального	–	+	1
7.	Нормы психофизического развития ребенка от 1 до 3 лет	Комплекс диагностических методик, направленных на изучение познавательной сферы	–	–	6
8.	PORTAGE. М. Уайт, Р. Камерон	Профиль нормального развития ребенка. Включает весь комплекс психомоторных показателей	+	+	7

Источники:

1. Комкова Е.И. Диагностика интеллекта детей дошкольного возраста. – Мн., 1998.
2. Хельбрюгге Т. Мюнхенская функциональная диагностика развития. Первый год жизни. – Мн.: «Открытые двери», 1997.
3. Хельбрюгге Т. Мюнхенская функциональная диагностика развития. Второй и третий годы жизни. – Мн.: «Открытые двери», 1997.
4. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. – М.: Медицина, 1981. – 272 с.
5. Галанов А.С. Психическое и физическое развитие ребенка от рождения до года. – М.: АРКТИ, 2001.
6. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: «Полиграф сервис», 1998. – 336 с.
7. PORTAGE. Программа раннего обучения / М. Уайт, Р. Камерон. – NFER-NELSON.

Ранняя комплексная помощь, осуществляемая в условиях центра и семьи, проводится по следующим основным **направлениям**: *сенсорное развитие, физическое развитие, эмоциональное развитие, речевое развитие, социальное развитие, включая приобщение ребенка к предметной, игровой деятельности и самообслуживанию.*

В основе ранней помощи лежат междисциплинарный межведомственный подход к организации практической деятельности специалистов, поэтапность реализации процесса сопровождения семьи и системность формирования развивающей среды в условиях как образовательного учреждения, так и семьи.

Комплексное пролонгированное обследование ребенка является первоначальным этапом работы. В его процессе выявляется наличие факторов медицинского, генетического и социального риска, происходит функциональная идентификация, определяется фактический уровень психофизического развития ребенка.

Систематизированное диагностическое обследование с упорядоченной фиксацией результатов служит базисом для организации «командной» работы специалистов, так как оно позволяет не только выявить латентные отклонения от нормативных показателей, но и проследить взаимосвязь между формированием отдельных функциональных областей. Таким образом, координация работы специалистов различных профилей происходит с учетом индивидуальных специфических нарушений у ребенка, дает возможность системно прогнозировать дальнейший план действий, становится основой для определения содержания, форм и методов раннего обучения.

Комплексное обследование индивидуальной структуры нарушений развития предполагает определение степени первичного дефекта, характеристик патологических синдромов, сопутствующих заболеваний, соматического состояния ребенка, характера влияния социальных факторов на уровень его развития. При этом социальные факторы играют определяющую роль в составлении картины. Проблема пато-

генных воздействий социальной среды в раннем возрасте приобретает особое значение, так как из-за незрелости детского мозга может привести к выраженным отклонениям психофизического развития. Вредные факторы, нарушающие взаимодействие ребенка с социумом, особенно в первые дни и месяцы жизни, тормозят, деформируют процесс созревания мозга, патологически влияют на функционирование сложной системы межанализаторных связей.

Разведение в структуре дефекта симптомов болезни и проявлений дизонтогенеза имеет большое значение для дифференциации методов медикаментозной коррекции и психолого-педагогических мероприятий, направленных на профилактику вторичного дефекта, «социального вывиха» (Л.С. Выготский), возникающего вследствие взаимодействия ребенка с неадекватной средой. Поэтому важнейшее значение в ранней комплексной диагностике приобретает **социальный блок**.

Не менее значимым является **медицинский блок**, относящийся к компетенции врача-клинициста. В процессе медицинской диагностики выявляются структура ведущего нарушения и осложняющих его расстройств, специфика течения патологического процесса, устанавливается клинический диагноз с учетом этиологии, патогенеза, преимущественной локализации поражения или задержки созревания центральной нервной системы. Определяются психоневрологический, соматический и антропометрический статусы ребенка, прогнозируются сроки и методы медицинской коррекции (от срочного хирургического вмешательства до пролонгированного восстановительного лечения).

Психолого-педагогический блок, составляющий компетенцию специалистов из области специальной педагогики и психологии, представляет собой диагностику актуального уровня развития ребенка по основным **функциональным областям**: 1) общие движения, 2) сенсорное развитие, 3) формирование речи, 4) зрительно-моторная координация, 5) эмоциональное развитие, 6) возможности и навыки самообслуживания.

Анализ результатов комплексного диагностического обследования позволяет сделать необходимые организационные и научно-практические обобщения.

Основополагающие критерии оценки уровня сформированности функций исходят из представления о том, что процесс созревания биологической структуры организма ребенка как базиса для оцениваемых умений и навыков имеет сугубо индивидуальный темп. Сроки созревания могут быть весьма вариативны в силу множества факторов, определяющих рост и развитие детского организма. Задержанное или опережающее развитие в раннем возрасте приобретает решающее значение при проектировании определенного объема помощи. Только такое понимание проблемы дает возможность не «маркировать» ре-

бенка как отстающего или как вундеркинда.

Естественно, вариативные рамки должны укладываться в директивные сроки, допустимые для формирования той или иной функции. Кроме того, процесс созревания функции определяется количественными и качественными изменениями от момента ее появления в недифференцированном виде до момента ее полноценного становления. Именно поэтому представляется целесообразным привязывать момент обнаружения функции не к определенному возрасту, а к периоду, ограниченному 2–3 месяцами. Срок появления той или иной функции определяется как фактический возраст, который может коррелировать с паспортным, а может иметь тенденцию как к ретардации, так и к акселерации. Акселерация и ретардация в свою очередь могут быть как общими, распространяющимися на все функциональные области, так и парциальными, действующими в пределах одной или нескольких областей.

Результаты комплексного диагностического обследования становятся основой для разработки индивидуальной программы развития. Свидетельством необходимости специальной программы развития служат такие **показатели комплексного диагностического обследования**, как:

1) *несоответствие уровня развития ребенка нормативным данным;*

2) *Наличие медицинских заключений, указывающих на принадлежность ребенка к группе риска по возможности возникновения задержки или отставания в развитии;*

3) *неблагополучие социальной ситуации развития.*

На заключительном этапе обследования осуществляются прогнозирование развития ребенка, выбор стратегии конструирования его индивидуальной программы развития, а также определение организационных форм обслуживания ребенка и семьи – консультирование, домашнее визитирование, посещение дневного детского центра или группы кратковременного пребывания.

Индивидуальная программа развития содержит данные о потребностях ребенка, о реабилитационном потенциале семьи, а также информацию об уровне развития ребенка в различных областях. В ней подробно раскрыты основные направления работы с ребенком и семьей, перечислены конкретные мероприятия по каждому из них, а также указаны сотрудники, ответственные за их проведение. Анализ эффективности прохождения индивидуальной программы развития осуществляется в виде периодического промежуточного контроля (контрольный срез) и как заключительный мониторинг на последнем ее этапе.

Система целенаправленных социально-педагогических мероприятий по ранней стимуляции развития ребенка в условиях семьи и по включению родителей в образовательный процесс не только по-

вышает качественный уровень развития малыша и способствует его социальной активности, но и нивелирует негативные переживания родителей, формирует оптимистические установки по отношению к будущему. Современные исследования показали наличие глубоких связей между психологической обстановкой в семье, уровнем взаимодействия между родителями и ребенком, эффективностью программ ранней помощи и перспективами развития ребенка.

Благоприятное сочетание компенсаторных возможностей организма в раннем возрасте с правильно подобранной программой своевременной педагогической помощи и эффективными формами ее организации может в значительной мере, а иногда и полностью, нейтрализовать действие первичного дефекта на ход психофизического развития ребенка, является мощным фактором профилактики и предупреждения детской инвалидности.

1.4. Раннее распознавание отклонений речевого развития у детей

Проблема ранней диагностики и коррекции развития детей с нарушениями речи в современной литературе представлена недостаточно. Большое распространение получили традиционные представления о том, что логопедическое воздействие целесообразно применять в случаях выраженного отставания речевого развития от возрастных нормативов. Исключение составляют лишь категории детей с врожденными дефектами артикуляционного аппарата, с детским церебральным параличом и другими рано диагностируемыми отклонениями психомоторного развития. Для этой группы нарушений имеются соответствующие методические рекомендации.

Недостаточно разработаны вопросы выявления и диагностики отклонений в развитии речевой деятельности у детей с сохранными предпосылками интеллектуального развития и нормальным слухом, большая часть которых квалифицируется как группа риска по речевой патологии в возрасте 4–5 лет. Развитие и функционирование логопедических учреждений также ориентировано на этот возраст.

В настоящее время наметилась тенденция к более раннему и углубленному обследованию психомоторного и коммуникативного развития ребенка, позволяющему своевременно выявить и скорректировать ранние признаки речевого недоразвития.

Установлены наиболее *значимые показатели лингвистического развития детей*, позволяющие рано определить отставание или нарушение анатомо-физиологических предпосылок речевой деятельности. К ним относятся:

- понимание речи в сенсомоторном периоде развития и

характер последовательных стадий овладения импрессивной речью;

- долингвистическая вокальная продукция (возраст и этапы вокализации, репертуар согласных звуков, организация лепетных звуков по типу итерации, структура слогов, просодия);

- первые комбинации жеста и слова; речевые акты утверждения и просьбы (отдельными словами; двусловные высказывания); появление коммуникативных намерений;

- начало активной речи (объем словаря и особенности детских номинаций; ранний синтаксис; аккомпанирующая речь; мотивированность речи действием или ситуацией);

- овладение фонемным строем речи (последовательное образование дифференциации фонем по акустическим и артикуляционным признакам; характер фонетических трансформаций).

Эти характеристики сопоставляются с данными клинико-психологического обследования и особенностями социальных и педагогических условий формирования речи ребенка.

Решить однозначно вопрос, является ли отсутствие нормативных для данного возраста языковых единиц показателем речевой патологии в форме общего недоразвития речи или темповым отставанием, в младшем дошкольном возрасте достаточно трудно. Необходимы динамическое наблюдение за характером и темпом развития различных компонентов речевой деятельности в процессе неоднократного обследования и акцентуация логопеда на положительных изменениях под влиянием коррекционной работы.

К признакам риска задержки речевого развития относятся:

после 1,6 года – отсутствие или очень малый пассивный словарь; отсутствие специфического детского активного словаря (со словами «языка нянь», протословами, застывшими фразами, искаженными нормативными словами); отсутствие лексико-семантических сверхгенерализаций и коммуникативных жестов;

после 2 лет – малый пассивный словарь; очень малый специфический детский активный словарь; отсутствие лексико-семантических сверхгенерализаций; голофразы (отсутствие двусловных высказываний);

после 2,6 года – слоговая элизия; замена гласных (кроме Ы на И); тенденция к конечному открытому слогу; большой разрыв между пассивным и активным словарем; слова «языка нянь»; предложения «телеграфного стиля»;

после 3 лет – большое количество фонетических ошибок, кроме типичных замен согласных и метатезиса; отсутствие предлогов; отсутствие формообразовательных инноваций; длительное сосуществование предложений, грамматически правильно и

неправильно оформленных.

Целесообразно выделение групп различной степени риска по нарушению дальнейшего речевого развития: 1) *группа высокого риска*; 2) *группа риска*. В *группу высокого риска* должны быть включены дети, у которых в первые 3 месяца жизни в результате углубленного клинико-инструментального обследования были выявлены структурные нарушения со стороны головного мозга. В *группу риска* должны быть включены недоношенные (особенно с экстремально низкой массой тела), дети с нарушениями со стороны дистантных анализаторов (зрительного и слухового), длительно сохраняющимися нарушениями мышечного тонуса.

Обоснование коррекционной работы с детьми группы риска предполагает тщательно собранный анамнез с углубленным анализом периода доречевого развития («непосредственного зачатка речи»); многоаспектное логопедическое обследование; неврологическое и нейропсихологические обследования; оценку возрастной нормативности выявленных симптомокомплексов; наблюдения логопеда и воспитателя за процессом коммуникации детей со взрослыми и между собой; постоянную фиксацию положительных сдвигов в общении.

Методическая схема психолого-педагогического наблюдения за ребенком в процессе его обучения и воспитания может быть сопоставлена с результатами нейропсихологического обследования ВПФ – различных видов праксиса, слухомоторной координации, зрительного гнозиса, слухоречевой и зрительной памяти и др.

На основе обобщения полученных данных можно разрабатывать основные направления раннего коррекционного воздействия и программы по коррекции речевого недоразвития, включающие развитие импрессивной стороны речи, фонетического строя речи, словарного запаса, элементарных форм долингвистической и монологической речи; формирование коммуникативной функции с использованием накопленного словарного материала.

2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ

И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

2.1. Принципы организации и осуществления ранней комплексной помощи

Организация и осуществление ранней комплексной помощи детям с особенностями психофизического развития предполагают опору на следующие *принципы*:

- *нормализации жизни детей* в возрасте до трех лет: обеспечение приоритета семьи в воспитании ребенка, создание условий для осуществления ребенком качественного жизненного цикла (суточного, недельного, месячного, годового), не ограничивающего активность, способствующего развитию, ранней социализации, интеграции в обществе с первых месяцев жизни;

- *онтогенетический*, основанный на учете общих закономерностей онтогенеза и предполагающий соотнесение уровня развития ребенка с условно-нормативными показателями конкретного возрастного периода, определение исходной позиции для начала ранней комплексной помощи и разработки содержания индивидуальной программы развития ребенка, программы работы с семьей;

- *удовольствия*, стимулирование позитивных гедонических (чувственных) переживаний, в условиях эмоционального общения и совместной деятельности с окружающими людьми;

- *комплексности характера работы* с семьей и опоры на *системный анализ* фактов развития ребенка в условиях междисциплинарного взаимодействия специалистов и в тесном сотрудничестве с родителями, последовательное осуществление коррекционной работы на коммуникативно-деятельностной, полисенсорной основе с учетом структуры нарушения психического и (или) физического развития ребенка;

- *создания в семье и образовательном учреждении развивающей социальной и предметно-пространственной среды*, обеспечивающей достойное качество жизни и не ограничивающей активность ребенка в овладении социальными отношениями, познании окружающего мира;

- *учета индивидуальных особенностей личности и ее образовательных потребностей*, определение уровня актуального и зоны ближайшего развития с опорой на взаимосвязь психических функций и личностных образований, понимание трудностей ребенка и своевременное фиксирование его достижений;

- *педагогического оптимизма и направляющего участия*

взрослого в совместной деятельности с ребенком и его родителями, позитивное видение развития ребенка и прогностическая оценка содержания, последовательности и результатов коррекционной работы; направляющее участие взрослых в совместной деятельности с ребенком, установление обратной связи, расширение контактов ребенка с окружающими людьми;

- *педагогической этики* в процессе работы педагога с ребенком и семьей в рамках институционального (статусно-ориентированного общения), соответствие педагога требуемым личностным, специальным и профессиональным характеристикам.

2.2. Стратегия действия специалистов на разных этапах онтогенеза

При определении методических основ ранней комплексной помощи учитываются индивидуальные особенности ребенка и позиция родителей. Принимается во внимание, что развитие ребенка происходит *поступательно* и обусловлено целенаправленным обучением и воспитанием, *общением и активностью* в деятельности. Этот процесс зависит не только от индивидуальных способностей ребенка, но и от характера повседневного взаимодействия ребенка с окружающим миром. Наиболее полно возможности развития ребенка реализуются в условиях благоприятной («без барьеров») окружающей среды с опорой на ведущий вид деятельности в конкретный период развития. Потенциал развития и компенсаторные механизмы остаются нереализованными, если имели место ограничения активности ребенка в повседневной жизни, негативный опыт социального взаимодействия, которые в большинстве случаев приводят к неблагоприятному варианту развития.

Стратегия действий специалистов и родителей по оказанию ребенку ранней комплексной помощи предполагает продвижение вперед «шаг за шагом» с учетом принципа «одной трудности» в обучающей игровой ситуации, при отборе программного материала на игровое занятие.

Не допускается интенсификация развития ребенка, важны тщательный анализ и сосредоточенность на конкретных моментах коррекционно-развивающей работы, учет достижений и трудностей ребенка на каждом этапе.

Вовлечение родителей в процесс оказания помощи ребенку обеспечивает позитивную эмоциональную поддержку, возникновение чувства удовольствия от общения с близкими людьми, систематичность, последовательность, непрерывность и преемственность развивающих игровых занятий.

На первом этапе игрового занятия с ребенком важно вызвать у

него интерес (любопытство) к совместной деятельности со взрослым, используя элементы занимательности, сюрпризности, неожиданности. Затем, с опорой (по возможности) на ведущую деятельность, осуществляются расширение опыта ребенка об окружающем мире, обучение его в соответствии с программой занятия, обобщение и систематизация его опыта. На заключительном этапе могут быть использованы игровые упражнения для закрепления опыта и релаксации.

К основным *правилам организации игровых занятий* можно отнести следующие:

- опора на ведущий вид деятельности с учетом структуры нарушений психофизического развития;
- режим двигательной активности;
- частая повторяемость программного материала и перенос опыта в знакомые и изменяющиеся обучающие ситуации;
- игровая форма упражнений и заданий;
- положительный эмоциональный фон занятия;
- взаимосвязь игровых занятий с повседневной жизнью;
- опора на достижения ребенка и своевременное направляющее участие взрослого при устранении возникающих трудностей.

2.3. Цель и содержание ранней комплексной помощи детям с особенностями психофизического развития

Целью ранней комплексной помощи является нормализация жизненного цикла детей в возрасте до трех лет, предотвращение и (или) устранение ограничений активности в процессе развития, воспитания и обучения детей, работа с родителями.

С учетом условно-нормативных возрастных показателей развития детей в первые три года жизни и индивидуальных характеристик конкретного ребенка *содержание* коррекционной работы *включает: физическое развитие* (охрана и укрепление здоровья, нормализация двигательной сферы, стимулирование двигательной активности, коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата и т.д.); *социально-эмоциональное развитие* (формирование личностных качеств, социального поведения, предметной и игровой деятельности, доречевое развитие, формирование языковой системы, коммуникативных функций речи, коррекция нарушений речи, стимулирование речевой деятельности, коррекция нарушений эмоционального развития, преодоление возбудимости и заторможенности и т.д.); *психическое развитие* (нормализация сенсорной и мыслительной деятельности,

формирование представлений об окружающем мире, коррекция имеющихся нарушений познавательной деятельности, исправление неправильных представлений и т.д.).

На *первом году* жизни особое внимание уделяется доречевому развитию и развитию основного вида деятельности – эмоционального общения, формированию привязанности, стимулированию развития эмоций, оздоровлению, физическому развитию (моторики артикуляционной, тонкой и общей), сенсорному развитию, формированию предпосылок предметной деятельности, исходных навыков самообслуживания и личной гигиены.

На *втором году* жизни, наряду с указанными выше направлениями работы, в условиях предметной деятельности, эмоционально-личностного общения обеспечивается развитие речи, формирование навыков социального взаимодействия – «взрослый–ребенок», «ребенок–ребенок», формирование коммуникативных навыков, предметных действий, совершенствование умений и навыков самообслуживания, развитие познавательной сферы и предпосылок игровой деятельности.

На *третьем году* жизни особое внимание уделяется совершенствованию коммуникативных навыков в условиях социального взаимодействия с окружающими людьми, создаются условия для совершенствования предметной и развития игровой деятельности, наглядного мышления и, в целом, познавательной деятельности.

Представленное по годам жизни содержание ранней помощи рассматривается в качестве базового компонента, значимого для развития большинства детей. Вместе с тем, достижения детей с особенностями психофизического развития в указанных областях не обязательно должны появляться в указанное время и в указанной последовательности. Варианты развития, в значительной мере, обусловлены индивидуальными различиями, структурой психофизических нарушений, а также благоприятной или неблагоприятной окружающей средой.

Содержание ранней помощи отражается в следующих *документах*: 1) *индивидуальных программах развития (для детей)*; 2) *программах работы с семьей*.

При составлении *индивидуальной программы на ребенка* учитываются не только биологический возраст, условно-нормативные возрастные показатели, но и, прежде всего, индивидуальные особенности социального, психического, физического развития ребенка, ведущий вид деятельности в рассматриваемый период, достижения, трудности и возможности развития ребенка, обусловленные структурой имеющихся психофизических нарушений.

Программа работы с семьей предусматривает: педагогическое

просвещение родителей, изучение и анализ среды семейного воспитания, особенностей детско-родительских отношений, оказание родителям психологической помощи и обучение навыкам взаимодействия с ребенком, способам ухода за ним, специальным приемам коррекционно-развивающей работы. Осуществляется систематическая оценка эффективности оказываемой помощи и определяются направленность и содержание дальнейшей работы.

Ранняя помощь ребенку с вовлечением родителей в процесс коррекционной работы позволяет не только вывести развитие ребенка на новый качественный уровень жизни, но и в значительной мере определяет прогресс его интеграции в обществе.

2.4. Организационная структура ранней комплексной помощи

Семья является наиболее благоприятной средой для развития личности ребенка и ухода за ним. Вместе с тем, необходимо добиваться ослабления противоречия между целенаправленным воспитанием в условиях государственных образовательных учреждений и нередко стихийным характером семейного воспитания.

Ранняя помощь организуется в порядке, установленном Законом «Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании)» (статья 30) [42]. Организационная структура ранней помощи обусловлена необходимостью решения следующих *задач*:

- максимальный учет образовательных потребностей семьи, в которой воспитывается ребенок с особенностями развития;
- стимулирование ответственности родителей за воспитание и исправление нарушений психофизического развития ребенка;
- осуществление на практике междисциплинарного подхода в оказании семье и ребенку психолого-педагогической помощи.

Главным условием решения указанных задач является взаимодействие всех заинтересованных министерств и ведомств, на базе которых может осуществляться ранняя помощь. Она оказывается ребенку с первых дней жизни и может осуществляться как на дому, так и в государственных организациях (учреждениях образования, здравоохранения, социальной защиты), учреждениях частной формы собственности, региональных благотворительных общественных организациях, создавших для этого специальные условия.

В системе учреждений Министерства образования ведущая роль отводится *центрам коррекционно-развивающего обучения и реабилитации* (ЦКРО и Р), которые выполняют организующую, координирующую, научно-методическую, диагностирующую, образовательную и контролирующую функции при осуществлении

ранней помощи. Она может также оказываться в дошкольных детских домах, дошкольных учреждениях (специальном дошкольном учреждении, специальной группе, диагностической и интегрированной группе для детей раннего возраста) и других учебно-воспитательных учреждениях, создавших для этого необходимые условия.

Форма оказания ранней помощи определяется в зависимости от возраста ребенка, тяжести нарушения и возможностей его дальнейшей динамики развития. Для детей, которые не могут посещать учреждения специального образования, с учетом тяжести нарушений развития проводятся игровые занятия на дому. Ранняя помощь на дому осуществляется с периодичностью не реже одного раза в неделю (в месяц – для сельской местности). На основе сотрудничества родителей и междисциплинарной команды специалистов оказывается коррекционная помощь ребенку, консультирование и обучение родителей методам помощи ребенку в семье. С учетом потребностей ребенка в коррекционно-образовательных услугах организуются его посещения учреждения, в условиях которого оказывается комплекс услуг ранней комплексной помощи.

В учреждениях, создавших условия, ранняя комплексная помощь организуется в виде индивидуальных (преимущественно первый год жизни), групповых занятий. Индивидуальные и групповые занятия проводятся в присутствии родителей с периодичностью, обусловленной структурой нарушения развития и образовательными потребностями ребенка не менее 1–2 раз в неделю (месяц) с продолжительностью занятия от 15 до 30 мин (с учетом возраста, индивидуальных особенностей и работоспособности детей). Ранняя комплексная помощь реализуется последовательно на трех этапах ее осуществления.

Задачи первого этапа

1. Выявление детей в возрасте до трех лет с особенностями психофизического развития с учетом обращения родителей, информации роддомов, поликлиник, неврологических отделений для новорожденных и др. Выявление детей осуществляется в ЦКРО и Р с последующим определением содержания и объема ранней комплексной помощи, изучением осведомленности родителей о состоянии достижений и проблем развития ребенка, необходимых условиях его жизнедеятельности.

Первичное психолого-педагогическое изучение (скрининг-диагностика) развития ребенка осуществляется по заявлению родителей. Его проводят учителя-дефектологи, психологи ЦКРО и Р, а также специалисты по раннему возрасту тех учреждений, где созданы необходимые условия и есть рассматриваемый контингент детей, а

также на дому.

Скрининг-диагностика (от англ. *screening* – «просеивание») позволяет выявить *подозрения* на отклонения в развитии. Основным методом на этом уровне является *скрининг по факторам риска*. Выявление у ребенка двух и более факторов риска значительно повышает риск возникновения у ребенка отклонений в развитии. Выделяют следующие **факторы риска**:

- возраст родителей, в том числе возраст матери старше 40 лет, особенно при первой беременности;
- патологическое течение беременности у женщин (токсикозы беременности, хронические соматические и гинекологические заболевания, инфекционные заболевания, анемия беременных, функциональные поражения почек, печени и других органов, эндокринные заболевания, артериальная гипертензия);
- инфекционные заболевания у женщин в период беременности (краснуха, токсоплазмоз, герпес, цитомегаловирусная инфекция, гепатит С и другие);
- тяжелая гипоксия плода;
- асфиксия новорожденного;
- внутриутробная или неонатальная инфекция у детей (сразу же после родов и в первые дни и недели жизни);
- глубокая степень недоношенности;
- низкая и экстремально низкая масса тела при рождении;
- переносимость;
- тяжелое гипоксически-ишемическое поражение ЦНС;
- тяжелое гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС;
- внутричерепная родовая травма у детей;
- гемолитическая болезнь новорожденных;
- синдром дыхательных расстройств у детей или другая патология, потребовавшая проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в неонатальном периоде;
- хирургическое вмешательство в неонатальном периоде по любой причине;
- патологический характер гипербилирубинемии у детей (в том числе с «затянувшейся» желтухой);
- нарушения темпа роста и развития в первые месяцы жизни по неустановленной причине;
- наследственные нарушения слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата, речи.

Существуют скрининговые методики, направленные на выявление возможных нарушений слуха и зрения, а также определение уровня развития ребенка.

Скрининговая оценка психомоторного развития ребенка

проводится с помощью нормативной методики *«Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни»* (авторы Э.Л. Фрухт, К.Л. Печора, Г.В. Пантюхина) [15]. С помощью данной диагностики проверяется состояние 8 линий развития: зрительных и слуховых ориентировочных реакций, эмоций и социального поведения, общих движений, действий с предметами, понимания речи, подготовительных этапов активной речи, навыков и умений в процессе кормления. Каждый ребенок оценивается по показателям своего возраста. В заключении специалисты отражают, в чем и насколько задерживается развитие ребенка, соответствует оно норме или выше нормативных показателей, а также имеются или отсутствуют отклонения в поведении.

В оценке психомоторного развития возможно использование специальной скрининговой шкалы (Денверская шкала) либо шкал-вопросников для родителей (*KID<R>* и *RCDI-2000*). Шкалы-вопросники описывают разнообразные типичные формы поведения детей первых лет жизни. Так, *шкала KID<R>* (Kent Infant Development Scale – Кентская шкала развития младенцев) является русской версией американской шкалы, разработанной Ж. Рейтер с сотрудниками и распространенной к настоящему времени в ряде стран Западной и Восточной Европы (Испания, Нидерланды, Венгрия, Чехия и др.). Вся совокупность 252 пунктов называется полной шкалой. Устанавливаются оценки возрастов развития младенца в каждой из областей («профиль развития»), а также возраст развития и процентильный ранг в группе типично развивающихся сверстников по полной шкале. Шкала описывает поведение ребенка, характерное для первых 16 месяцев жизни. Пункты шкалы сгруппированы по 5 областям: когнитивная, движения, язык, самообслуживание, социальная. Шкала *KID<R>* русифицирована в Санкт-Петербургском институте раннего вмешательства [17].

Шкала RCDI-2000 – русская адаптация шкалы Child Development Inventory (CDI), разработанной доктором Г. Айртоном, она является возрастным продолжением шкалы *KID<R>*. Шкала позволяет оценивать возраст развития детей от 15 месяцев до 3,5 года в шести областях: социальная, самообслуживание, крупные движения, тонкие движения, развитие речи, понимание языка. Вопросник, включающий 216 пунктов, описывает обычные элементы поведения детей до 3,5 года и заполняется человеком, который давно и подолгу наблюдает за ребенком и общается с ним (любой член семьи, воспитатель в доме ребенка и др.). Устанавливаются оценки возрастов развития ребенка и процентильный ранг в каждой из областей.

KID<R> и *RCDI-2000* весьма удобны для скрининга развития,

поскольку вопросники родители заполняют дома, а ввод в компьютер и распечатка результатов занимают не более 5 минут. На этапе скрининга основным результатом является решение о наличии или отсутствии отставания в развитии. В обеих программах за границу отставания и границу легкого отставания приняты соответственно 4-й и 15-й процентиля, при этом в KID<R> решение об отставании принимается только по полной шкале, а в RCDI-2000 – по каждой области отдельно.

Скрининговым целям может служить **оценочная шкала** определения состояния новорожденного в течение первых минут жизни (через минуту после рождения и повторно через пять минут), предложенная **Верджинией Апгар** (1953). Многочисленные клинические исследования подтверждают данные, свидетельствующие о том, что чем ниже оценка по шкале Апгар при рождении и через пять минут, тем больше вероятность нарушений в нервно-психическом и физическом развитии детей. Состояние здоровья новорожденных оценивается по **пяти клиническим признакам**: сердцебиение, дыхание, мышечный тонус, рефлекторная возбудимость, цвет кожных покровов. Максимальное количество баллов, которые можно набрать, – 10. Оценка в 7 и более баллов считается нормальной, ниже 7 баллов говорит о том, что те или иные системы организма ребенка еще не полностью функционируют и он нуждается в повышенном внимании и постоянном наблюдении. При оценке ниже 4 баллов необходимо немедленное подключение к системе жизнеобеспечения. Балльная оценка шкалы Апгар имеет некоторую прогностическую ценность в отношении дальнейшего развития ребенка [20].

Для скрининг-диагностики слуха ребенка применяются следующие методики:

1. Обследование с помощью специального портативного аудиометра – звукоореактотеста (ЗРТ-01).
2. Метод «гороховых проб» (авторы – А.А. Невская, Л.И. Леушина).
3. Обследование слуха с помощью шепотной речи.
4. Методика Л.В. Неймана.

Скрининг зрительных функций включает:

- 1) проверку устойчивости бинокулярной фиксации с помощью офтальмологического фонарика;
 - 2) проверку характера и объема прослеживающих движений глаз;
 - 3) проверку полей зрения;
 - 4) приблизительную оценку остроты зрения (с помощью мелких крупинок).
2. Ребенок с выявленными нарушениями развития в ходе

скрининговой диагностики направляется (при необходимости) на **дифференциальную диагностику** (медико-психолого-педагогическое обследование) в ЦКРО и Р, где осуществляются междисциплинарная оценка и определение причин выявленных нарушений развития, а также определение образовательного маршрута для ребенка, возможностей медицинской и психолого-педагогической помощи, ориентированной на предупреждение и коррекцию отклонений в развитии ребенка.

Комплексная медико-психолого-педагогическая диагностика проводится неврологом, психологом и педагогом-дефектологом.

Невролог анализирует данные неврологического обследования и клинического обследования слуха, зрения и нервной системы.

Психолог исследует характер детско-родительских отношений, уровень исследовательской активности ребенка, степень понимания родителями проблем и потребностей ребенка.

Педагог-дефектолог, используя нормативную методику оценки нервно-психического развития, определяет, насколько ребенок отстает или опережает норму развития.

Обобщая полученные данные, специалисты определяют причину нарушений в развитии, диагноз и возможные перспективы развития.

При необходимости на первом году жизни (не реже 2 раз в год) осуществляется медико-психолого-педагогическое обследование с целью уточнения результатов дифференциальной диагностики, определения эффективности оказанной ребенку ранней помощи и качества консультирования семьи, прогнозирования направлений дальнейшего медико-психолого-педагогического сопровождения.

Задачи второго этапа

1. На основе результатов дифференциальной (при необходимости – углубленной) диагностики составляется **индивидуальная программа развития**, отражающая междисциплинарное взаимодействие специалистов, оказывающих помощь ребенку, а также программа работы с родителями. Продумывается ресурсное обеспечение развивающей образовательной среды в семье и учреждении, создавшем условия для оказания ранней помощи.

2. **Коррекционная работа** осуществляется в соответствии с индивидуальной программой развития ребенка, в тесной взаимосвязи с родителями. В процессе работы проводятся текущий, итоговый контроль и оценка достижений и трудностей ребенка, определение эффективности психолого-педагогической работы с родителями.

Задачи третьего этапа

1. Анализ результатов изучения эффективности оказываемой ранней помощи и внесение *необходимых корректив в работу междисциплинарной команды специалистов*, в индивидуальную программу с учетом достижений и трудностей ребенка в обучении.

2. Оптимизация содержания программы работы с родителями и развивающей образовательной среды в семье.

3. Определение последующего индивидуального образовательного маршрута ребенка в соответствии с его возможностями и особыми образовательными потребностями.

2.5. Условия эффективности ранней комплексной помощи

Эффективность ранней комплексной помощи обеспечивается:

- востребованностью ранней коррекционной помощи со стороны семьи ребенка, педагогов и других социальных партнеров;
- своевременным выявлением нарушений в психофизическом развитии детей и обеспечением педагогической, психологической, социально-медицинской помощи детям и их родителям;
- педагогическим просвещением родителей и включением их в процесс раннего обучения и воспитания детей;
- сохранением единого образовательного пространства, приведением форм и содержания ранней помощи в соответствие с потребностями семьи и структурой современных услуг в системе специального образования, здравоохранения и социальной защиты.

Эффективность ранней комплексной помощи определяется также системностью и качеством выполняемых ею *функций*, к которым относятся:

– *оздоровительная* (охрана жизни и укрепление здоровья ребенка, профилактика соматических отклонений его здоровья, предупреждение возникновения вторичных нарушений на фоне основных с целью предупреждения или ослабления имеющихся отклонений развития);

– *диагностическая* (раннее выявление нарушений развития у детей в процессе скрининг-обследования и последующей дифференциальной диагностики);

– *коррекционно-компенсаторная* (обеспечение своевременной адекватной коррекционно-развивающей помощи для формирования компенсаторных способностей у ребенка, исправления или ослабления имеющихся психофизических нарушений);

– *консультационная* (психолого-педагогическое просвещение, содействие укреплению семьи, ранней социализации и развитию детей, реализации прав ребенка и родителей в получении адекватных

потребностям коррекционно-образовательных услуг);

– *информационно-аналитическая* (рекламно-пропагандистская деятельность, контроль и оценка качества оказываемой ранней помощи, определение путей повышения ее эффективности).

Критериями оценки эффективности и качества ранней комплексной помощи являются:

- степень выявления и охвата детей с особенностями психофизического развития, прежде всего, с признаками явных нарушений психического и (или) физического развития;

- результативность оказания ранней помощи детям, педагогического просвещения и консультирования родителей;

- вариативность услуг и типов учреждений, оказывающих раннюю помощь;

- достаточность ресурсного оснащения ранней помощи.

Указанные выше мероприятия, высокая эффективность и качество ранней коррекционной помощи позволят улучшить социально-психологический климат в семье, социальную компетенцию ребенка и его готовность к последующей ступени образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксенова, Л.И. Маленькие ступеньки, ведущие в большую жизнь / Л.И. Аксенова // Дефектология. – 1999. – № 3. – С. 69–72.
2. Аксенова, Л.И. Программа ранней комплексной диагностики уровня развития ребенка от рождения до 3 лет / Л.И. Аксенова, А.А. Лисеев, Н.Ш. Тюрина, Е.В. Шкадаревич // Дефектология. – 2002. – № 2. – С. 3–27.
3. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста / Е.Ф. Архипова. – М.: Астрель, 2006.
4. Баряева, Л.Б. Обучение сюжетно-ролевой игре детей с проблемами интеллектуального развития / Л.Б. Баряева, А.П. Зарин. – СПб., 2001.
5. Борисенко, М.Г. Руководство для практических психологов и других специалистов, работающих с детьми раннего дошкольного возраста: метод. пособие / М.Г. Борисенко, О.Е. Камышникова, Т.В. Кирьянова, Н.Н. Рачковская. – СПб.: «Паритет», 2002. – 64 с.
6. Бурдыко, Л.Ф. Основные принципы разработки содержания программы ранней комплексной помощи детям, обучающимся в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации / Л.Ф. Бурдыко. – Дефектология. – 2007. – С. 44–46.
7. Винарская, Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: периодика раннего развития: эмоциональные предпосылки освоения языка / Е.Н. Винарская. – М.: Просвещение, 1987. – 160 с.
8. Волосова, Е.Б. Раннее детство: познавательное развитие: метод. пособие / Е.Б. Волосова, Л.Н. Павлова, Э.Г. Пилюгина. – М., 1993.
9. Выготский, Л.С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка / Л.С. Выготский // Психология. – 1995. – Вып. 1. – С. 55–77.
10. Галанов, А.С. Психическое и физическое развитие ребенка от одного года до трех лет: пособие для работников дошкольных образовательных учреждений и родителей / А.С. Галанов. – М.: АРКТИ, 1999.
11. Галигузова, Л.Н. Ранний возраст: развитие процессуальной игры / Л.Н. Галигузова // Дошкольное воспитание. – 1993. – № 4. – С. 41–47.
12. Гаспарова, Е.М. Роль социального опыта в игре детей раннего и дошкольного возраста / Е.М. Гаспарова // Вопросы психологии. – 1984. – № 6. – С. 38–42.
13. Голубева, Л.Г. Развитие и воспитание детей раннего возраста: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.Г. Голубева, М.В. Лещенко, К.Л. Печора; под ред. В.А. Доскина, С.А. Козловой. – М., 2002.
14. Громова, О.Е. Детский лексикон / О.Е. Громова. – М.: Сфера, 2004.

15. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития / под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Полиграф сервис, 1998. – 336 с.

16. Джонсон-Мартин, Н. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями / Н. Джонсон-Мартин [и др.]; под ред. Н.Ю. Барановой. – СПб.: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, КАРО, 2005. – 335 с.

17. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения: сб. метод. рекомендаций. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2000. – 239 с.

18. Дунаева, З.Н. К вопросу об организации медико-психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с отклонениями в развитии / З.Н. Дунаева, Л.И. Ростягайлова // Дефектология. – 2003. – № 4. – С. 33–36.

19. Екжанова, Е.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего дошкольного возраста с неярко выраженными отклонениями в развитии / Е.А. Екжанова, Е.А. Стребелева. – СПб.: Речь, 2008.

20. Зайцева, Л.А. Раннее выявление отклонений в развитии детей / Л.А. Зайцева, О.В. Доронин // Дефектология. – 2007. – № 5. – С. 23–29.

21. Зворыгина, Е.В. Первые сюжетные игры малышей / Е.В. Зворыгина. – М., 1988.

22. Зворыгина, Е.В. Я с удовольствием играю / Е.В. Зворыгина, Г.Г. Григорьева, Н.П. Кочетова, Д.В. Сергеева [и др.] // Кроха: пособие по воспитанию, обучению и развитию детей до трех лет. – М.: АРКТИ, 2001. – С. 143–161.

23. Иванова, Е.А. Раннее домашнее сопровождение / Е.А. Иванова. – СПб.: Речь, 2003.

24. Инструкция о порядке выявления детей с особенностями психофизического развития // Зборнік нарматыўных дакументаў Міністэрства адукацыі Рэспублікі Беларусь. – 2006. – № 16. – С. 3–11.

25. Калинина, Е.М. Концептуальная модель ранней коррекционно-педагогической помощи детям в Республике Беларусь / Е.М. Калинина // Дефектология. – 2004. – № 4. – С. 48–56.

26. Кожевникова, Е.В. Что такое раннее вмешательство / Е.В. Кожевникова [и др.] // Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании: хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» / сост.: Н.Д. Соколова, Л.В. Калининкова. – М.: Аспект, 2005. – С. 121–126.

27. Кожевникова, Е.В. «Абилитация младенцев» – первая программа раннего вмешательства / Е.В. Кожевникова, Л.А. Чистович // Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании: хрестоматия по курсу

«Коррекционная педагогика и специальная психология» / сост.: Н.Д. Соколова, Л.В. Калининкова. – М.: Аспект, 2005. – С. 126–129.

28. Корнев, А.Н. Основные показатели психической зрелости в раннем возрасте и признаки риска / А.Н. Корнев // Современные подходы к диагностике и коррекции речевых расстройств: метод. материалы науч.-практ. конф. «Центральные механизмы речи», посв. памяти проф. Н.Н. Трауготт; отв. ред. М.Г. Храковская. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2001. – С. 268–279.

29. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания: метод. пособие / под ред. Е.А. Стребелевой. – 2-е изд. – М., 2004.

30. Коррекционно-педагогическая работа с детьми до трех лет с особенностями психофизического развития: пособие для педагогов-дефектологов / Е.А. Винникова [и др.]; под ред. М.В. Былино, Ю.Н. Кисляковой. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2009. – 136 с.

31. Коррекционно-развивающая работа с детьми раннего возраста с интеллектуальными и двигательными нарушениями развития: программа и метод. рекомендации / авт.-сост. Ю.В. Жаврид. – Минск, 2000.

32. Коррекционно-развивающая работа с детьми раннего и младшего дошкольного возраста / под ред. Н.В. Серебряковой. – СПб.: Речь, 2005.

33. Лубовский, В.И. Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития / В.И. Лубовский // Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании: хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» / сост.: Н.Д. Соколова, Л.В. Калининкова. – М.: ООО «Аспект», 2005. – С. 110–115.

34. Любина, Г.А. Детская речь: пособие для педагогов дошкол. учреждений / Г.А. Любина. – Минск: Науч.-метод. центр учеб. кн. и средств обучения, 2002. – 224 с.

35. Ляксо, Е.Е. Развитие речи: от первых звуков до сложных фраз / Е.Е. Ляксо. – СПб.: Речь; М.: Сфера, 2010. – 190 с.

36. Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): советы педагогам и родителям по подготовке и обучению детей с особыми проблемами в развитии / Е.М. Мастюкова. – М.: Гуманитарный издательский центр «ВЛАДОС», 1997. – 304 с.

37. Михайленко, Н.Я. Как играть с детьми / Н.Я. Михайленко, Н.А. Короткова. – М., 2001.

38. Михайленко, Н.Я. Формирование предпосылок сюжетно-ролевой игры у детей раннего возраста / Н.Я. Михайленко, Н.В. Пантина // Дошкольное воспитание. – 1975. – № 3. – С. 37–43.

39. Мишина, Г.А. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития: метод. рекомендации / Г.А. Мишина // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 60–64.

40. Мухамедрахимов, Р.Ж. Первая в России районная служба раннего вмешательства / Р.Ж. Мухамедрахимов // Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании: хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» / сост.: Н.Д. Соколова, Л.В. Калининкова. – М.: ООО «Аспект», 2005. – С. 129–136.

41. Мюнхенская функциональная диагностика развития / Т. Хелльбрюгге, Ф. Лайоси, Д. Линара [и др.]. – Мн., 1997.

42. Об образовании лиц с особенностями психофизического развития (специальном образовании), 18 мая 2004 г., № 285-3 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2004. – № 2/1034.

43. Обучение и воспитание детей в условиях центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: учеб.-метод. пособие / С.Е. Гайдукевич [и др.]. – Минск: УО «БГПУ им. М. Танка», 2007. – 144 с.

44. Павлова, Л.Н. Воспитание и обучение детей раннего возраста / Л.Н. Павлова. – М., 1986.

45. Павлова, Л.Н. Знакомим малыша с окружающим миром: кн. для работников дошкол. учреждений / Л.Н. Павлова. – М., 1987.

46. Печора, К.Л. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях / К.Л. Печора, Г.В. Пантюхина, Л.Г. Голубева. – М., 1986.

47. Питерси, М. Маленькие ступеньки: программа ранней педагогической помощи детям с синдромом Дауна / М. Питерси, Р. Трилор. – М.: Ассоциация «Даун Синдром», 2001.

48. Питерси, М. Маленькие ступеньки: программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии: пер. с англ. / М. Питерси, Р. Трилор. – М., 1998. – Кн. 3–8.

49. Положение о центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, 16 декабря 2004 г. // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2004. – № 71, 8/840.

50. Психолого-педагогическая диагностика. Ранний возраст: метод. рекомендации / сост.: Н.В. Кастюк, В.А. Шинкаренко. – Мн., 2005.

51. Разенкова, Ю.А. Выявление проблем в развитии детей раннего возраста / Ю.А. Разенкова, Ю.Ю. Коваленко // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – № 2. – 2008. – С. 54–60.

52. Разенкова, Ю.А. Содержание индивидуальных программ развития детей младенческого возраста с ограниченными возможностями,

воспитывающихся в Доме ребенка / Ю.А. Разенкова // Дефектология. – 1998. – № 3. – С. 57–63.

53. Ранняя диагностика отклонений в психофизическом развитии детей: метод. рекомендации / авт.-сост. Т.А. Григорьева [и др.]. – Мн.: НИО, 2000. – 69 с.

54. Реут, М.Н. Развитие службы ранней помощи проблемным детям / М.Н. Реут // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2005. – № 6. – С. 3–6.

55. Рычкова, Н.А. Деадаптивное поведение детей: диагностика, коррекция, психопрофилактика: учеб.-практ. пособие / Н.А. Рычкова. – М., 2000.

56. Специальная педагогика / под ред. Н.М. Назаровой // Педагогические системы специального образования. – М.: Изд. центр «Академия», 2008. – 400 с.

57. Степура, Н.А. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии / Н.А. Степура, Л.Ф. Бурдыко, И.А. Носко. – Мозырь: Белый ветер, 2007. – 147 с.

58. Стребелева, Е.А. Методические рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей (2–3 лет): ранняя диагностика умственного развития / Е.А. Стребелева. – М., 1994.

59. Стребелева, Е.А. Подходы к созданию единой системы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии детей / Е.А. Стребелева. – Дошкольное воспитание. – 1998. – № 1. – С. 70–73.

60. Сулеменова, Р.А. О системе раннего выявления детей с риском отставания в развитии / Р.А. Сулеменова // Дефектология. – 1999. – № 3. – С. 58–64.

61. Сулеменова, Р.А. О создании системы ранней коррекционной помощи детям с нарушениями развития / Р.А. Сулеменова // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 69–75.

62. Ткачева, В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии: практикум по формированию адекватных отношений / В.В. Ткачева. – М., 2000.

63. Филиппович, И.В. Технология консультирования семей по проблемам развития ребенка раннего возраста: учеб.-метод. пособие / И.В. Филиппович. – Минск: Веды, 2001.

64. Шматко, Н.Д. Ранняя помощь детям с отклонениями в развитии. Успехи и опасения / Н.Д. Шматко // Дефектология. – 2003. – № 4. – С. 11–17.

65. Юртайкин, В.В. Организация ранней помощи детям – структура, содержание, формы / В.В. Юртайкин [и др.] // Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании: хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» / сост.: Н.Д. Соколова, Л.В. Калининкова. – М.: ООО «Аспект», 2005. – С. 136–141.