

**Министерство образования и науки Республики Татарстан**

**Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего  
образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет»  
Институт психологии и образования  
Кафедра дефектологии и клинической психологии**

**Муниципальное бюджетное образовательное учреждение «Детский сад № 12  
комбинированного вида» Ново-Савиновского района г. Казани**

**МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ  
СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ  
«ШАГ ЗА ШАГОМ»  
НА БАЗЕ ДОШКОЛЬНОЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

*Методические рекомендации*

Казань  
2019

**ББК 74.100.264**  
**88.413 - 99**  
**УДК 373.2.015.324**  
**М74**

**Рецензенты:**

**Шаяхметова Р.И.**, кандидат педагогических наук, доцент начальник отдела развития дополнительного образования Министерства образования и науки РТ

**Артемьева Т.В.**, кандидат психологических наук, доцент кафедры дефектологии и клинической психологии Института психологии и образования КФУ

**Петручик Т.Б.**, заведующий МБДОУ «Детский сад № 151 комбинированного вида» Ново-Савиновского района г. Казани.

**Научный консультант:**

**Ахметзянова А.И.**, заведующий кафедрой дефектологии и клинической психологии Института психологии и образования КФУ  
кандидат психологических наук, доцент

**Хуснутдинова Р.М.**

М74 Модель организации Службы ранней помощи «Шаг за шагом» на базе дошкольной образовательной организации: методические рекомендации / Р.М. Хуснутдинова, Э.В. Зинатуллина, А.А. Твардовская, Н.А. Булякова, С.Н. Комарова, Д.Р. Лазарева, В.В. Турусова; под редакцией Ахметзяновой А.И. — Казань: Отечество, 2019 — 164 с.  
ISBN 978-5-9222-1292-2

В методических рекомендациях представлены ключевые положения ранней помощи в России и ряде зарубежных стран. Основное внимание уделено описанию разработанной модели Службы ранней помощи в дошкольной образовательной организации и алгоритму ее внедрения, систематизирован методический материал Службы, нормативно-правовая основа ее оказания, дана аннотация адаптированной основной образовательной программы, представлены фрагменты индивидуальных программ ранней помощи.

Методические рекомендации предназначены для руководящих и педагогических работников дошкольных образовательных организаций, окажут помощь начинающим специалистам, родителям, а также специалистам, по роду деятельности связанным с оказанием услуг ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.

**ББК 74.100.264**  
**88.413 - 99**  
**УДК 373.2.015.324**

ISBN 978-5-9222-1292-2

© Хуснутдинова Р.М., Зинатуллина Э.В., Твардовская А.А., Булякова Н.А., Комарова С.Н., Лазарева Д.Р., Турусова В.В., 2019

## Содержание

Введение	5
1. Организационно-методические основы Службы ранней помощи	6
1.1. Служба ранней помощи: понятие, виды услуг	6
1.2. Опыт работы Служб ранней помощи в России и за рубежом	8
1.3. Подходы, принципы и технологии работы Службы ранней помощи.	27
2. Модель Службы ранней помощи «Шаг за шагом» на базе дошкольной образовательной организации	40
2.1. Цели и задачи структурно-функциональной модели «Шаг за шагом»	40
2.2. Функции Службы ранней помощи в рамках структурно-функциональной модели «Шаг за шагом»	43
2.3. Алгоритм поступления ребенка в Службу ранней помощи в рамках структурно-функциональной модели «Шаг за шагом»	45
2.4. Составление индивидуальной программы ранней помощи	46
2.5. Работа специалистов в Службе ранней помощи	49
2.6. Формы работы с семьей и ребенком в Службе ранней помощи на базе дошкольной образовательной организации	59
2.7. Перечень необходимой документации при организации Службы ранней помощи на базе дошкольной образовательной организации	63
Список использованной литературы	65
Приложение 1. Реестр нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность Службы ранней помощи в России	70
Приложение 2. Примерное положение о структурном подразделении по оказанию услуг ранней помощи	74
Приложение 3. Аннотация к адаптированной основной образовательной программе Службы ранней помощи	78
Приложение 4. Примерный договор с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи	107
Приложение 5. Первичная анкета для родителей	112
Приложение 6. Итоговая анкета-опросник для родителей детей, посещающих Службу ранней помощи	114
Приложение 7. Анамнестическая карта ребёнка	115
Приложение 8. Карта первичной комплексной оценки физического и	

психического развития детей от 1 до 3 лет	117
Приложение 9. Бланк протокола углубленной оценки функциональных возможностей ребенка раннего возраста на основе Международной классификации функционирования	124
Приложение 10. Бланк индивидуальной программы ранней помощи	136
Приложение 11. Фрагмент индивидуальной программы ранней помощи «Социализация»	142
Приложение 12. Фрагмент индивидуальной программы ранней помощи «Абилитация»	145
Приложение 13. Фрагмент индивидуальной программы ранней помощи «Поддержка»	149
Приложение 14. Программа родительского клуба раннего развития детей с ограниченными возможностями здоровья и детей группы риска «Мать и дитя»	153

## Введение

Ранняя психолого-педагогическая помощь определяется как комплекс диагностических, коррекционно-развивающих и организационно-методических мероприятий, нацеленных на создание оптимальных условий психического и социального развития ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, стимуляции его потенциальных возможностей в процессе специально организованного взаимодействия ребенка с родителями и окружающим миром.

Создание Службы ранней помощи в составе образовательных организаций особенно актуально в связи с тенденцией к увеличению числа детей-инвалидов в раннем возрасте и необходимостью получения семьей не только социальных, медицинских, но и образовательных услуг. Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий позволит обеспечить профилактику необратимых изменений в организме, предупредить инвалидизацию и, следовательно, улучшить социальную адаптацию ребенка к обучению, труду, жизни в семье и обществе.

Особый статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья подчеркивается всеми существующими нормативными правовыми документами, регламентирующими специфику содержания и организации образовательной деятельности в дошкольных образовательных организациях. Создание Службы ранней помощи на базе образовательной организации сегодня осуществляется в условиях практического отсутствия информации об особенностях составления и реализации программ ранней помощи, не описаны механизмы соединения в структуре и содержании программ новых нормативных требований и накопленного опыта в широкой практике сопровождения детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья. Эта ситуация обусловила реальную необходимость создания методического обеспечения организации Службы ранней помощи на базе дошкольной образовательной организации, определяющего порядок организации, структуру Службы и содержание адаптированной образовательной программы для детей раннего возраста в соответствии с ФГОС ДО.

Методические рекомендации призваны помочь руководящим и педагогическим работникам дошкольных образовательных организаций в создании Службы ранней помощи для разных групп детей с ограниченными возможностями здоровья. Методические рекомендации состоят из двух основных частей, раскрывающих нормативные правовые, научные и методические основания авторской модели Службы с описанием ее задач и функций, форм работы с семьей и необходимой документацией, фрагментами индивидуальных программ ранней помощи и аннотации адаптированной основной образовательной программы.

# 1. Организационно-методические основы Службы ранней помощи

## 1.1. Служба ранней помощи: понятие, виды услуг

Особенностям организации образовательного процесса для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов сегодня уделяется большое внимание. Это связано с современными тенденциями развития общества и содержанием поставленных на государственном уровне задач по обеспечению реализации прав детей на физическое, интеллектуальное, психическое, духовное и нравственное развитие. [36]

Ранняя помощь – комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг, оказываемых на межведомственной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на раннее выявление детей целевой группы, содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, включению в среду сверстников и интеграции в общество, а также на сопровождение и поддержку их семей и повышение компетентности родителей (законных представителей). При наличии у ребенка выраженных нарушений функций организма и (или) значительных ограничений жизнедеятельности, приводящих к тому, что ребенок не может быть в полном объеме включен в систему получения образовательных услуг, возможно продолжение оказания таких услуг до достижения ребенком возраста 7–8 лет. [28]

В соответствии с Рекомендациями Министерства образования и науки Российской Федерации органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования от 13 января 2016 г. № ВК-15/07 главными условиями эффективного функционирования Служб ранней помощи выступают: максимальное приближение Службы к месту жительства ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, ребенка-инвалида, ребенка группы риска; функционирование на основе междисциплинарного взаимодействия специалистов; семейно-центрированный характер деятельности. [17]

Сегодня Службы могут работать в системах здравоохранения, социальной защиты, образования, открыты для детей с сенсорными нарушениями, с генетическими заболеваниями, с расстройствами двигательной сферы, а также функционировать по типу стационарных, мобильных, дистанционных или в виде домашнего визитирования. [17]

Развитие системы ранней помощи осуществляется на основе следующих принципов:

- межведомственное взаимодействие по компетенции органов управления и учреждений различных ведомств, от деятельности которых зависит полнота и развитие системы ранней помощи, исключающее дублирование функций, в том числе взаимодействие с общественными организациями, профессиональными сообществами, неправительственными организациями;

- управление системой ранней помощи, обеспечивающее её

устойчивость, развитие, высокое качество, методологическую и организационную целостность;

- доступность ранней помощи (территориальную, финансовую, по времени обслуживания);

- открытость и прозрачность ранней помощи для потребителей и общества в целом;

- непрерывность и длительность ранней помощи с предоставлением необходимых услуг в режиме сопровождения ребенка и семьи до их завершения;

- приоритет оказания услуг ранней помощи в естественных для ребенка ситуациях — по месту проживания ребенка (в том числе в учреждении проживания и воспитания), а также в других местах регулярного пребывания ребенка и семьи;

- обеспечение преемственности в сопровождении ребенка и семьи. [17]

Направления работы Службы ранней помощи:

1. Диагностическое направление, в рамках которого осуществляется деятельность по обследованию ребенка, выявлению его особенностей развития и потребностей в ранней помощи, а также изучение потребностей и ресурсов семьи.

2. Коррекционно-развивающее направление — обеспечивает помощь в выборе индивидуального образовательного маршрута на базе межведомственного взаимодействия; разработку и реализацию коррекционно-развивающих программ в работе с детьми раннего возраста.

3. Консультативное направление — предполагает реализацию специальных программ обучения родителей и включение их в коррекционно-педагогический процесс.

4. Информационно-просветительское направление — обеспечивает поддержку общественных инициатив, направленных на совершенствование гарантий свободного развития ребенка в соответствии с его возможностями.

В системе ранней помощи на этапах функционирования системы ранней помощи оказываются следующие услуги:

1. На этапе выявления ребенка, нуждающегося в ранней помощи, и направления в Службу ранней помощи: выявление детей целевых групп; направление в Службу ранней помощи.

2. На этапе вхождения ребенка из семьи в целевую группу получателей ранней помощи: координация получения услуг ранней помощи, информирование о программах ранней помощи в регионе; оценка развития ребенка и среды для разработки комплексной индивидуальной программы сопровождения ребенка и семьи; разработка индивидуальной программы сопровождения ребенка и семьи.

3. На этапе реализации индивидуальной программы сопровождения ребенка и семьи: сопровождение реализации индивидуальной программы сопровождения ребенка и семьи; консультирование и обучение членов семьи; социально-психологические услуги; психологическая помощь ребенку и

семье; формирование и развитие социально-бытовых навыков ребенка; формирование и развитие речи, навыков общения; развитие двигательной активности; использование вспомогательных технологий и оборудования, а также поддержка развития детей с нарушениями слуха, с нарушениями зрения. Предполагаются также медицинские, транспортные, патронажные и иные услуги. [17]

К потенциально нуждающимся в получении услуг ранней помощи относятся следующие категории детей:

1. Дети-инвалиды в возрасте от рождения до трех лет.

2. Дети в возрасте от рождения до трех лет, не имеющие статуса «ребенок-инвалид», у которых выявлено стойкое нарушение функций организма или заболевание, приводящие к нарушениям функций организма, или выявлена задержка развития.

3. Дети в возрасте от рождения до трех лет, воспитывающиеся в государственных (муниципальных) учреждениях, в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

4. Дети в возрасте от рождения до трех лет, находящиеся в трудной жизненной ситуации, которые выявлены организациями социального обслуживания, помощи семье и детям.

5. Дети в возрасте от рождения до трех лет, родители которых обеспокоены развитием и поведением ребенка. [21]

## **1.2. Опыт работы Служб ранней помощи в России и за рубежом**

Современные научные исследования показывают критическое значение первых двух-трех лет жизни в развитии ребенка. Трудно переоценить роль семьи, отношений с матерью, раннего опыта и социального окружения в формировании личности ребенка и развитии его мозга. В связи с этим программы ранней помощи стали семейно-ориентированными, направленными на помощь всей семье, а не только ребенку с нарушениями. Команда специалистов помогает семье создать оптимальные условия для развития ребенка, поддерживает родителей, помогает им преодолеть трудности в воспитании ребенка с особыми потребностями. При такой поддержке родители имеют реальную возможность оставить ребенка в семье, обеспечив ему оптимальные условия для роста и развития, а не отдать его в специализированное учреждение, лишив главного — родительской любви и заботы. Семье, воспитывающей ребенка с особыми потребностями, также необходима помощь, для того чтобы адаптироваться к полноценной жизни в обществе. Такую специальную помощь семье и ребенку общество и государство могут предоставить посредством организации системы Службы ранней помощи. [13]

В последние годы в России получены результаты многолетних научных исследований, которые ярко высвечивают потребность и актуальность создания системы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии (Е.Р. Баенская, Е.А. Екжанова, Е.В. Кожевникова, С.Б. Лазуренко, И.Ю.



Левченко, Н.Н. Малофеев, Г.А. Мишина, Р.Ж. Мухамедрахимов, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, Л.И. Фильчикова, Н.Д. Шматко и др.). [20]

По мнению, Н.М. Аксариной, Л.И. Божович, Дж. Боулби, Л.А. Венгер, Л.С. Выготского, А.В. Запорожец, В.С. Мухиной ранний возраст признается одним из самых значимых в плане становления ряда психических функций ребенка. Система ранней помощи обеспечивает возможность максимально широкого охвата детей с нарушениями в развитии на ранних этапах онтогенеза, что способствует предупреждению возникновения вторичных нарушений в развитии, а также наиболее эффективному использованию сенситивных периодов становления высших психических функций для их восстановления и развития. [16]

За минувшие десятилетия в Российской Федерации стремительно увеличилось количество детей, которым остро необходима комплексная поддержка физического, соматического и психического здоровья. [3] В соответствии с Распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 года № 1839-р начата реализация Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года (далее — Концепция) (Приложение 1). Обеспечение своевременной и комплексной помощи детям раннего возраста и их семьям предполагает организацию структур, поддерживаемых государством. В России, как и во всем мире, побудительными причинами для осознания необходимости ранней помощи детям и семьям, стали следующие факторы:

- рост числа детей, имеющих нарушения развития уже при рождении;
- рост числа социально не благополучных семей (семьи с одним родителем, семьи с крайне низким уровнем дохода, семьи, не обеспеченные жильем и проч.);
- увеличение количества социальных сирот из числа детей с проблемами здоровья и нарушением развития.

Для решения этой задачи создаются вариативные формы дошкольного образования: центры игровой поддержки ребёнка, консультативные пункты, лекотеки и Службы ранней помощи для детей, воспитывающихся в условиях семьи и родителей (законных представителей).

Но, несмотря на высокую значимость услуг ранней помощи, на территории России опыт организации таких вариативных форм представлен неравномерно. Начиная с середины 90-х годов, Министерством образования и науки РФ в качестве приоритетной выдвигается задача создания системы ранней помощи детям с проблемами в развитии. Путем развития системы медико-психолого-педагогического патронажа и ее реализации на базе функционирующих психолого-медико-педагогических центров и психолого-медико-педагогических консультаций и Служб происходит формирование системы ранней диагностики нарушений развития и ранней комплексной помощи. [3] Так, в 1992 году был создан Санкт-Петербургский негосударственный институт раннего вмешательства, ставший методическим центром по формированию городской системы Служб раннего

вмешательства, осуществивший подготовку кадров и отработку зарубежных инновационных технологий с учетом российских особенностей. Активно идет становление ранней помощи детям в некоторых регионах страны (Самарская область, Калининградская область, Республика Марий Эл, Красноярский край, Новгородская область).

Разработанная Разенковой Ю.А. модель межведомственного взаимодействия организаций, оказывающих услуги в области ранней помощи, с организациями здравоохранения, социальной защиты населения, образования, негосударственными (немуниципальными) организациями является частью базовой регионально-муниципальной модели ранней помощи и опирается на следующие принципы:

- Принцип государственно-общественного подхода в модели взаимодействия и социального партнерства Службы/отдела ранней помощи (консультационного центра и иных форм оказания ранней помощи) с различными организациями и ведомствами, предполагающий кооперацию усилий всех участников процесса взаимодействия и партнерства, включая родителей, специалистов различного профиля, государственные и общественные организации на основе сочетания как централизованного управления, так и поддержки творческой инициативы на местах.
- Принцип самоорганизации, определяющий нелинейный характер становления и развития модели партнерства и взаимодействия Службы/отдела ранней помощи (консультационного центра и иных форм) с различными организациями и ведомствами, отсутствие запретов на возможные пути ее становления и функционирования, сочетающиеся с собственными тенденциями развития модели в регионе.
- Принцип опережающей инновационной стратегии управления моделью, построенный на нелинейных взаимодействиях.
- Принцип непрерывности и преемственности, обеспечивающий необходимую степень участия организаций и их специалистов на различных этапах социальной поддержки семьи ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья. Позволяет реализовать преемственные связи между организациями образования, здравоохранения и социальной защиты населения как на этапе выявления и направления нуждающихся детей и их семей в систему ранней помощи, так и на этапе оказания ранней помощи и перехода в систему дошкольного образования.
- Принцип иерархичности — означает, что система партнерства и взаимодействия должна функционировать на различных уровнях, соподчиненных как минимум в организационном и методическом отношениях: на региональном, муниципальном, на уровне отдельной организации. Соблюдение данного принципа обеспечивает эффективное управление системой.
- Принцип открытости партнерства и взаимодействия Службы/отдела

ранней помощи (консультационного центра) с различными учреждениями и ведомствами, предполагающий обмен опытом между субъектами взаимодействия как внутри, так и вне модели.

- Принцип мобильности, позволяющий организовать и обеспечить необходимыми ресурсами социальную поддержку семей в кратчайшие сроки и максимально приближенно к месту жительства семьи.

Регионально-муниципальная система взаимодействия и партнерства организаций, оказывающих услуги в области ранней помощи, с организациями здравоохранения, социальной защиты населения, негосударственными и неправительственными организациями является значимой частью модели ранней помощи в регионе и ее территориях. [23]

Например, в **Новосибирской области** развитие системы ранней помощи осуществляется при содействии Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, с 2009 г., созданные Службы доказали свою эффективность и востребованность. Поэтому одним из основных направлений программы «За равные возможности» и долгосрочной целевой программы «Семья и дети» на 2012–2015 годы стало как создание и поддержка новых Служб, так и дальнейшее развитие сети Служб ранней помощи и лекотек. В настоящее время в области функционирует 8 Служб ранней помощи на базе 7 учреждений социального обслуживания населения и городской общественной организации инвалидов «Общество «ДАУН СИНДРОМ». Службы действуют в рамках принятых в учреждениях регламентирующих документов: приказов, положений и минимальных стандартов оказания услуг ранней помощи. В Службах сформированы междисциплинарные команды специалистов, что позволяет выработать единый профессиональный взгляд на процесс абилитации или реабилитации детей, использовать единые принципы и подходы в работе с детьми, имеющими проблемы или отклонения в развитии.

Деятельность Служб ранней помощи направлена на решение следующих задач: проведение медико-психолого-педагогического обследования детей целевой группы и их семей; оказание комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи, коррекционно-развивающей поддержки детям целевой группы, социально-психологической и образовательной поддержки их родителям на основании индивидуальных программ помощи; включение родителей в процесс реабилитации и абилитации детей; осуществление работы по адаптации и социализации детей целевой группы, обеспечение преемственности в сопровождении детей в учреждениях здравоохранения, социальной защиты и образования; разработка, формирование и закрепление принципов межведомственного взаимодействия в вопросах ранней диагностики отклонений в развитии, ранней помощи детям целевой группы. [34]

В рамках программы, реализуемой в **Вологодской области** при поддержке Фонда, проводится работа по внедрению технологии раннего вмешательства в работу 15 учреждений социального обслуживания области. Ключевую роль в разработке, апробации новых подходов, технологий и

методов оказания ранней помощи детям с нарушениями развития играет бюджетное учреждение социального обслуживания «Реабилитационный центр «Преодоление».

В **Курганской области** проведена работа по созданию Службы раннего сопровождения детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья с неврологическими заболеваниями, с нарушениями зрения в структуре двух государственных учреждений социальной защиты населения. В рамках деятельности Служб применялись технологии комплексной помощи детям раннего возраста с перинатальной энцефалопатией, комплексной помощи семье ребенка раннего возраста в диаде «мать – дитя», психомоторной абилитации детей раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы. Занятия проводились в присутствии мам, которые обучались формам эффективного взаимодействия с детьми, имеющими двигательные, речевые, эмоциональные нарушения. [34]

Отдельную роль в развитии системы ранней помощи детям занимают города **Москва** и **Санкт-Петербург**, аккумулирующие исследовательскую, научно-практическую деятельность ряда крупнейших научно-исследовательских центров, усилия специалистов учреждений системы здравоохранения, образования, социальной защиты населения, а также вклад мощных социально ориентированных некоммерческих организаций, оказывающих высокопрофессиональную раннюю помощь детям с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с инвалидностью. Данная деятельность постоянно совершенствуется. [34]

В **Республике Татарстан** оказание ранней помощи централизовано обеспечивается в основном на базе учреждений здравоохранения. В период с 2009 г. по 2013 г. поэтапно создана сеть кабинетов раннего вмешательства (на базе 9 учреждений здравоохранения и 1 реабилитационного центра).

Основными задачами кабинетов раннего вмешательства являются:

- 1) раннее выявление нарушений нервно-психического, моторного и сенсорного развития у детей путем изучения анамнеза, медицинского обследования и педагогической диагностики нервно-психического развития;
- 2) обеспечение междисциплинарной командой комплекса услуг, связанных с коррекцией обнаруженных нарушений;
- 3) оказание ранней коррекционной медико-психолого-педагогической помощи;
- 4) консультирование и обучение педагогов и родителей приемам занятий с ребенком.

На сегодняшний день Министерством труда, занятости и социальной защиты реализуется программа развития ранней помощи с целью создания условий для предоставления услуг ранней помощи на межведомственной основе, раннего выявления нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности, оптимального развития и адаптации детей, интеграции семьи и ребенка в общество, профилактики или снижения выраженности ограничений жизнедеятельности, укрепления физического и психического здоровья, повышения доступности образования для детей целевой группы.

Так, в 2017 году распоряжением Кабинета Министров РТ от 20.06.2017 № 1352-р образована межведомственная рабочая группа по развитию системы ранней помощи в РТ, утвержден план мероприятий по реализации в республике Концепции развития ранней помощи в РФ и подпрограмма «Развитие ранней помощи в Республике Татарстан» на 2017–2020 годы». [27]

Сотрудниками ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» Е.Б. Айвазян и Т.П. Кудриной проведено исследование потребностей семей, воспитывающих детей первых трех лет жизни, что, по мнению авторов, является значимым фактором для проектирования и дальнейшего развития системы ранней помощи в регионах. В исследовании приняло участие 1314 родителей детей из Москвы и Московской области, Самарской, Курской, Новгородской областей, Красноярского края, из них 386 родителей типично развивающихся детей и 922 родителя детей с различными ограничениями в состоянии здоровья как посещающих, так и не посещающих ДОО и Службы ранней помощи. Инструментарием, обеспечивающим сбор данных, стал анкетный опрос родителей, а также их глубинное интервью относительно предпринимаемых мер по решению проблем семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида.

Результаты исследования показали, что факторами, оказывающими наибольшее влияние на состав и структуру потребностей семей с детьми раннего возраста, является место их проживания, социальный статус семьи. Так, семьи, проживающие в городах, больше заинтересованы в различных видах психологической помощи, а также в информации о специалистах и услугах в области ранней помощи. Напротив, семьи, живущие в сельской местности, значимо чаще указывают на актуальность материальной помощи и льгот (в частности, получения необходимых медикаментов), тогда как потребность в информации об услугах ранней помощи, а также заинтересованность в самой помощи, в частности психологической, оказывается невыраженной. [1]

### **Опыт Службы ранней помощи в США**

Службы ранней помощи в США, ориентированные на помощь детям в семьях групп риска, осуществляют свою деятельность по следующим направлениям: оценка уровня развития ребенка; консультация семьи, специальная система образования родителей, организация развивающей среды для младенцев; охват образованием различных сфер развития младенца (социальных навыков, эмоционального развития, зрительного и слухового восприятия, первых предметных действий, развития предпосылок понимания речи и активной речи). [26]

Эффективность работы Служб ранней помощи в США принято оценивать по следующим критериям: время включения ребенка и семьи в практику ранней помощи — эффективным периодом является период с первых дней жизни ребенка до трех месяцев; интенсивность ранней помощи — чем активнее оказывается поддержка семье и ребенку, тем значительнее

результаты развития ребенка; создание всех необходимых условий для развития возрастных навыков у малыша; охват программой различных сфер развития ребенка; учет индивидуальных различий детей в скорости и темпе освоения навыков; поддержка окружающей среды, способствующей развитию ребенка.

Параллельно с социально-педагогически ориентированными Службами ранней помощи развивалась система раннего психотерапевтического воздействия или психотерапевтического вмешательства, направленная на одновременную работу с родителями и младенцами. [26]

Робин Мак-Уильям, директор Центра исследований проблем ребенка и семьи Института детства Сискин (Чаттануга, штат Теннесси, США), автор модели, которая стала основой множества действующих программ ранней помощи в США, отмечает обязательные компоненты программы эффективной ранней помощи:

1. Выявление экологии семьи путем составления экологической карты.
2. Оценка функциональных потребностей семьи путем проведения интервью с анализом всех составляющих домашнего распорядка.
3. Предоставление трансдисциплинарных (интегрированных) услуг одним специалистом.
4. Осуществление эффективных домашних визитов, направленных на поддержку семьи.
5. Коллегиальные консультации в центрах групповых занятий для обеспечения индивидуализированных услуг в рамках принятого там распорядка.

Автором описаны проблемы, характерные для предыдущего поколения программ ранней помощи. Первая проблема связана с уклоном в сторону чрезмерной специализации, предполагавшей, что каждая потребность требует своей услуги. Вторая проблема — следование ошибочному представлению «чем больше, тем лучше». При этом «больше» — это большее количество часов работы специалистов в неделю или большее число услуг. Исследования показывают, что ни то, ни другое не улучшает результат. Третья проблема — стремление к профессионализму в обсуждаемой сфере. Это стремление привело к появлению дистанции между специалистами и родителями. Студентов и сотрудников Служб призывают не присоединяться к жизни семьи, чтобы судить о происходящем объективно. Мак-Уильям убежден: «Нам следует подойти к семье как можно ближе, а затем, если необходимо, установить дистанцию». Четвертая проблема заключается в том, что домашние визиты часто носят характер консультаций, подобных тем, которые проводятся в центре; их просто переносят на дом. В таких случаях специалист скорее выполняет функцию педагога, работающего с ребенком, а не того, кто помогает семье работать с ребенком самостоятельно в промежутке между визитами.

Эти критические соображения и привели к созданию обсуждаемой модели. Она включила в себя много прежних идей и ряд новых. Выделим принципы, лежащие в ее основе:

1. Влияние на ребенка оказывают регулярно ухаживающие за ним взрослые, специалисты же могут влиять на семью.

2. Дети учатся на протяжении всего дня.

3. Все занятия с ребенком, предусмотренные программой ранней помощи, проводятся в промежутках между визитами специалиста.

4. Ребенку необходима максимально возможная ранняя помощь со стороны близких, а не максимально возможное количество услуг со стороны специалистов.

5. Цели, зафиксированные в программе поддержки семьи, должны быть приняты и органично присвоены родителями. Если же им говорят, что они должны осуществлять какую-то загадочную раннюю помощь, которая не вписывается в их рутинные дела, особенно когда цели ставятся на основании результатов тестирования, но не имеют к жизни семьи прямого отношения, родители вряд ли станут проводить необходимые меры в жизнь. [4]

Представленная модель предполагает осуществление трансдисциплинарных, т. е. проводимых одним специалистом, домашних визитов, которые, по заключению автора, являются наилучшим способом помочь ухаживающим взрослым достичь компетентности и уверенности в себе.

Составление экологической карты помогает решить сразу несколько задач. Необходимо показать семье, что специалисты интересуются ею, а не только ребенком. Им нужно установить дружеские, заинтересованные отношения с семьей. Для первой встречи необходим метод, отличный от заполнения диагностической таблицы.

Экологическая карта может выглядеть следующим образом (рис. 1).

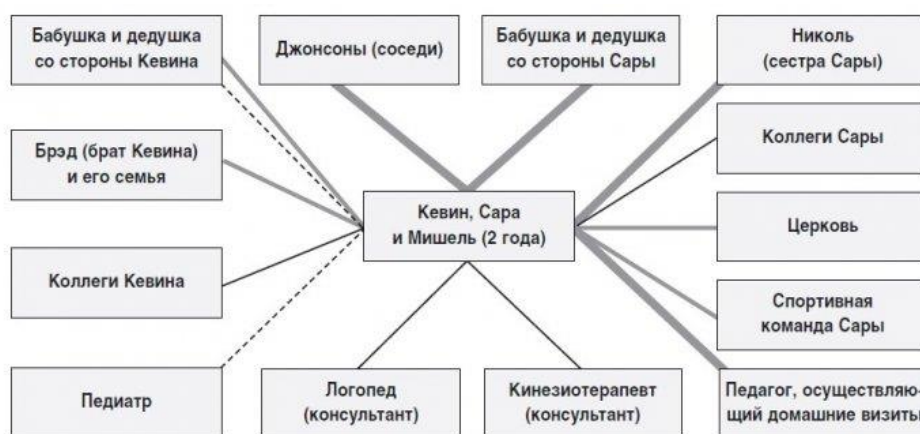


Рис. 1. Пример экологической карты Службы ранней помощи (по Р. Мак-Уильям)

Первыми на ней — в центре — отображаются те члены семьи, которые живут с ребенком. Мак-Уильям отмечает: «Никаких вопросов по поводу внутрисемейных отношений я не задаю. Я стараюсь поместить сверху тех, кто неформально поддерживает семью. Обычно задаются вопросы о семье мамы, о семье папы, о соседях, друзьях семьи, друзьях мамы и папы». Вдоль средней линии, обозначающей среднюю степень поддержки, могут

помещаться друзья по церкви и сослуживцы родителей. В нижнем ряду указываются те, кто оказывает формальную поддержку: врачи, педагоги, специалисты и финансовые агентства.

Для того чтобы приблизительно определить степень поддержки со стороны этих людей или организаций, можно задать родителям вопросы «Как часто вы встречаетесь и разговариваете с ними?», «Хорошо ли вы с ними ладите?», «Кому вы позвоните, если произойдет что-то необычное?» и т. п.

Толщина линий характеризует три степени поддержки. Самая широкая линия соединяет родителей с теми, кто более всего поддерживает их, линия чуть тоньше означает среднюю степень поддержки, самая тонкая ведет к людям или организациям, которые присутствуют в жизни семьи, но не могут оказать ей достаточно большой дополнительной помощи. Пунктиром мы обозначаем источники стресса. К кому-то могут вести две линии. Так, родители мужа очень хорошо нянчат свою внучку, но бабушка постоянно учит маму, как ей нужно ее воспитывать, и это является фактором сильного стресса.

Важно оценить все аспекты функционирования семьи в рамках домашнего распорядка. Поэтому первым делом следует провести интервью. Для того чтобы результатом этого интервью стали формулировки целей, определяющих конкретные достижения ребенка, требуется свой метод. Ожидается, что результаты вмешательства выразятся в таких важных для семьи факторах, как увеличение участия ребенка в повседневной деятельности, повышение его самостоятельности, улучшение социальных навыков. Необходимо также запустить процесс, в ходе которого приоритеты семьи будут отражены в индивидуальном плане ее поддержки. Такого рода планы все еще излишне сфокусированы на ребенке. Ожидаемые результаты должны быть достаточно широки и в то же время достаточно специфичны. Их важно сформулировать так, чтобы их можно было измерить.

В процессе проведения интервью автор выделяет пять шагов:

1. Подготовка семьи и специалистов центра групповых занятий к проведению интервью.
2. Собственно интервью.
3. Отбор семьей ожидаемых результатов вмешательства.
4. Формулирование целей и стратегий специалистом при участии семьи.
5. Возвращение к списку и его пересмотр в последующие месяцы.

Подготовка состоит в том, что специалисты просят семью и сотрудников того центра, который посещает ребенок, подумать обо всех событиях и видах деятельности, которые составляют его повседневную жизнь, и попробовать оценить, насколько хорошо ребенок функционирует в каждом случае. Они просят семью также решить, где лучше организовать интервью.

Интервью обычно проводит один человек, но если есть возможность привлечь второго сотрудника, который бы вел записи, то процесс проходит глаже. Советы во время интервью не даются.



Данный процесс предполагает большое доверие к решениям, которые принимает семья. Но здесь важно заметить: даже если тестирование выявило, что малыш не владеет каким-то конкретным навыком, это не обязательно имеет значение для его жизни. Поэтому первым делом специалисту следует спросить, является ли то, что беспокоит родителей, функциональной проблемой. Во время беседы выявляется, как правило, 6—10 ожидаемых результатов.

Рассматриваемая модель предполагает прикрепление к семье одного ответственного специалиста. План его работы строится вокруг функциональных потребностей семьи.

Специалист встречается с семьей 1 раз в неделю в режиме домашних визитов. Однако за его спиной — команда профессионалов, и в зависимости от потребностей ребенка, семьи и самого специалиста эта команда может участвовать в совместных визитах.

Таким специалистом может быть педагог широкого профиля, профессионал в области детского развития или более узкий специалист, например эрготерапевт, логопед или кинезиотерапевт. Если в Службе ранней помощи есть сотрудники всех этих профессий, что чаще всего и бывает, то служебные обязанности обычно распределяются так, что специалист общего профиля более всего работает с прикрепленными к нему семьями, время от времени по мере необходимости консультируя другие семьи, а более узкие специалисты больше консультируют, но при этом могут работать в качестве ответственных специалистов с небольшим количеством семей.

Мак-Уильям называет 6 преимуществ такого подхода:

1. Семья получает сильную поддержку со стороны одного сотрудника и не должна знакомиться с множеством разных специалистов.
2. Программа, составленная для ребенка и его семьи, координируется и не рассыпается на фрагменты.
3. Семья принимает у себя одного специалиста один раз в неделю.
4. Профессионалы, особенно узкие специалисты, могут обслужить больше семей.
5. Стоимость работы всей системы снижается, так что больше семей могут быть обслужены в более гибком режиме.
6. В отношении ребенка можно ожидать достижения как минимум части тех результатов, которые были бы достигнуты при мультидисциплинарном подходе, но в отношении семьи результаты будут лучше, а услуги — менее затратные.

Мак-Уильям, описывая свою семейно-центрированную, базирующуюся на домашних визитах модель ранней помощи, говорит о том, что эта помощь включает эмоциональную, материальную и информационную составляющие. В своем исследовании программ, предоставляющих семейно-центрированные услуги, автор выявил 5 необходимых характеристик: позитивный характер, отзывчивость, ориентацию на всю семью, дружелюбие и тонкость восприятия. Эти характеристики определяют и характер поведения специалиста, и то, о чем он будет говорить с семьей. Они могут

рассматриваться как опорные точки эмоциональной поддержки. Практическая поддержка включает, с одной стороны, оборудование и материалы, с другой — финансовую помощь. Информационная поддержка предполагает предоставление информации четырех типов:

- 1) о развитии ребенка;
- 2) о нарушении, выявленном у ребенка;
- 3) об услугах и ресурсах;
- 4) о том, как взаимодействовать с ребенком.

Домашние визиты, которые концентрируются на прямой поддержке развития ребенка без внимания к другим важным факторам, узки и в чем-то могут быть непоследовательными. Представленный подход логически включает терапию и специализированное обучение в общий контекст.

Специалист, ответственный за домашние визиты, посещает ребенка и в центре для групповых занятий. Здесь естественными ухаживающими взрослыми будут воспитатели и дошкольные педагоги. Исследование, посвященное оценке эффективности разных типов занятий с ребенком в дошкольном учреждении, от наиболее сегрегационных (один на один) до самых инклюзивных (в большой группе), показало, что максимально эффективным методом является метод индивидуализированных занятий в рамках принятого распорядка, за которыми следуют групповые занятия. Специалисту, посещающему дошкольное учреждение, важно быть уверенным в том, что между его визитами педагоги и воспитатели поддерживают запланированные для семьи меры ранней помощи.

В заключение Мак-Уильям отмечает, что в результате использования пятикомпонентной модели ранней помощи в естественных условиях ожидается повышение качества жизни семьи вследствие большей удовлетворенности ее членов своей повседневной жизнью и большим участием в ней ребенка, улучшением его самостоятельности и социальных отношений. [26]

### **Опыт Службы ранней помощи в Швеции**

Основные социально-культурные тенденции в преобразовании системы помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья в Швеции были связаны с рекордным экономическим подъемом страны в 60-е годы прошлого столетия. На волне экономического подъема в 1967 году принимается новый закон о попечении, заботе и уходе за инвалидами и лицами с выраженными нарушениями умственного развития, представивший и закрепивший гарантии государства в праве на образование и труд, а также обозначивший принцип интеграции и ее цель — максимальное включение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в жизнь общества. Национально-культурные, религиозные, политические и законодательные традиции и культурно-исторический опыт терпимого отношения к калекам, инвалидам или иным людям, идеи христианского милосердия и благотворительности, опыт законодательных инициатив в сфере прав человека вместе с политической стабильностью страны на

протяжении длительного периода времени, высоким уровнем развития экономики и качества жизни, по мнению Н.Н. Малофеева, создали в это время благоприятную почву для провозглашения политики интеграции в социальной сфере страны. [13]

В 1993 году парламент Швеции принял закон, по которому большая часть финансовых средств для организации помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья передавалось в муниципалитеты. Особый акцент в законе был сделан на равноправии в противовес особому отношению, ущемляющему права инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья и их семей. В связи с этим в 2005 году в Швеции были предложены следующие меры для обеспечения равного доступа к системе ранней помощи всех нуждающихся детей и их семей: а) существование законодательных оснований на государственном и муниципальном уровнях, гарантирующих право на получение ранней помощи детьми и их семьями; б) доступность информации для родителей и специалистов; в) четкое определение целевых групп, имеющих право на получение ранней помощи. [13]

В 80-х годах прошлого века государственный сектор в Швеции был децентрализован, поэтому система ранней помощи в стране в значительной степени построена по территориальной (муниципальной) модели. Согласно отчету, представленному официальными органами власти Швеции в Европейское агентство по развитию специального образования, в структуре муниципальной модели были выделены три уровня оказания ранней помощи со своими целями, задачами и функциями.

Первичный уровень системы представлен детскими службами здоровья, социальными службами и детскими дошкольными учреждениями, которые помимо функций профилактики, оздоровления, лечения, социального обслуживания, заботы, ухода и воспитания осуществляют выявление детей с нарушениями в развитии, а также профилактику возможных проблем в их развитии. Детские службы здоровья посещают все семьи с детьми от рождения до 6 лет. Эти службы предлагают базовые программы, состоящие из различных методов скрининга развития ребенка. Рост, здоровье и общее развитие отслеживаются педиатрической медсестрой в ходе регулярных проверок (диспансеризации). Записи о здоровье ребенка производятся в стандартной, используемой по всей стране форме. Проверки начинаются с первых десяти дней с посещения семьи на дому. Медицинская сестра дает советы по уходу за ребенком и его безопасности. В течение первых 2-3 месяцев, как правило, родители с ребенком посещают службу здоровья раз в неделю. При этих визитах производятся осмотр ребенка, консультирование и иммунизация. Регулярно педиатр производит структурированный осмотр ребенка. Далее скрининг развития осуществляется через определенные интервалы времени. В силу необходимости семья может встретиться с психологом или логопедом. Цели детских служб здоровья определены Шведским национальным отделом здравоохранения и социального обеспечения в 1981 г.:

- а) уменьшение смертности, заболеваемости и инвалидности среди детей;
- б) уменьшение вредоносных факторов и воздействий на родителей и детей;
- в) поддержка родителей в выполнении их роли, что создает, таким образом, благоприятную среду для развития всех детей.

Если в детской службе здоровья, в результате проведенных диагностических мероприятий, у ребенка выявляется наличие какого-либо нарушения, его направляют в детскую клинику или в детский реабилитационный центр. В каждом муниципалитете существует свой реабилитационный центр. В крупных городах их может быть несколько. Аналогичная ситуация и с психиатрическими больницами. Регулярное посещение детской службы здоровья является зоной ответственности родителей. Родители сами решают, когда ее посещать и как часто. За последнее время возросло понимание важности поддержки семей, особенно в кризисных ситуациях (социальные и эмоциональные проблемы) и семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. В результате родительские группы организуются в рамках детских служб здоровья и подобных им службах. Детские службы здоровья сотрудничают с социальными службами, дошкольными учреждениями и школами, медицинскими учреждениями и центрами реабилитации. Услуги детских служб здоровья и детских центров реабилитации бесплатны для семей. Они относятся к государственной системе здравоохранения. Финансируются из местных бюджетов. Детские службы здоровья играют ключевую роль в оказании помощи семьям с новорожденными детьми, предоставляя медицинские услуги, а также информацию, поддержку и выполняя просветительскую функцию по отношению к семье ребенка. Кроме детских служб здоровья на первичном уровне ранней помощи ежедневную заботу о семьях и их финансовую поддержку обеспечивают службы социальной защиты населения. Многие муниципалитеты предоставляют различные услуги и организуют различную поддержку семьям: семейное консультирование, встречи семей, лекции и прочее. Службы социальной защиты охватывают семьи с детьми до 20 лет, нуждающиеся в социальной или финансовой поддержке или сопровождении. Службы сотрудничают с медицинскими и образовательными учреждениями (сотрудники которых обязаны сообщать о любых подозрениях в семейном неблагополучии ребенка). Все дети от 1 года до 6 лет могут посещать дошкольные образовательные учреждения. Родителей поощряют принимать активное участие в жизни таких учреждений. Дошкольные образовательные учреждения финансируются муниципалитетом, 15 часов в неделю предоставляется родителям бесплатно. Закон об образовании Швеции гласит, что дети прикрепляются к системе заботы о детях в возрасте от 1 года до 12 лет (после поступления в школу это принимает форму досуговых центров), если родители учатся или работают. До 1998 года система заботы и попечения о детях находилась в ведении министерства здравоохранения, но с 1998 года забота о детях, досуг, обязательное и дальнейшее образование перешли к министерству

образования Швеции.

Дети с ограниченными возможностями здоровья прикрепляются вне зависимости от занятости родителей, поскольку дошкольные образовательные учреждения считаются одной из основных частей шведской системы ранней помощи. До полутора лет дети, как правило, воспитываются дома (система социального страхования предоставляет одному из родителей возможность не работать в этот период), далее большинство детей переходят в различные детские сады. E. Vjorck-Akesson, M. Granlund указывают, что примерно 49% детей в возрасте одного года посещают образовательное учреждение, к 2 годам 91%, между 3 и 5 годами 98%. До поступления в школу дети с ограниченными возможностями здоровья могут быть выявлены в рамках этих детских учреждений, которые вместе с детскими службами здоровья и социальными службами для обычных семей составляют первичный уровень предупреждения нарушений в развитии у детей. В 1998 году государственные детские сады были переведены в сферу ответственности министерства образования. E. Vjorck-Akesson, M. Granlund, анализируя систему ранней помощи Швеции, особо подчеркивают, что высокое качество работы всех детских садов — наилучшая помощь таким детям. Поэтому в Швеции прилагается много усилий для улучшения качества функционирования всей системы заботы о детях. [25] С 2001 года все педагоги детских садов получают некоторую подготовку в области специального образования, даже те, которые в этом не специализируются. Существуют программы, готовящие консультантов для учителей по вопросам обучения детей с ограниченными возможностями здоровья.

На втором уровне системы ранней помощи подключаются детские центры абилитации, детские психиатрические клиники и социальные службы. Центры абилитации являются отдельными муниципальными структурами. Основная работа центра строится исходя из разработанной в Швеции концепции абилитации. Сутью концепции является не только многостороннее лечение, не только коррекция имеющихся проблем в развитии ребенка, «но и возможность научить ребенка достигать важные функциональные цели альтернативными путями, если обычные пути заблокированы, и адаптировать окружающую среду для компенсации отсутствующих функций» (Л. Люндквист). [25] Развитие системы детской абилитации в Швеции подчинено принципу обеспечения равных прав всех детей, включая детей с ограниченными возможностями здоровья. Направление ребенка в центры абилитации и другие специализированные службы может быть инициировано родителями, педагогами, врачами и/или социальными службами. Однако без согласия родителей не может быть произведено обследование ребенка, за исключением случаев, когда ставится под сомнение их состоятельность в качестве родителей.

Если на момент поступления в детский сад ребенок уже состоит на учете в центре, то для него выделяется личный помощник (ассистент), который будет сопровождать и помогать ребенку в детском саду. Также ассистент при поступлении в детский сад может быть выделен детям, нуждающимся в

специальном уходе (например, когда ребенку требуется особая диета при сахарном диабете).

В детском абилитационном центре ребенок может получить комплексную междисциплинарную помощь — медицинскую, социальную, педагогическую и психологическую. Некоторые дети в наиболее тяжелых случаях направляются в детские психиатрические клиники. Слово «абилитация» происходит от латинского понятия «habilis», означающего «быть в состоянии что-либо делать, совершать». «Абилитация — развитие у ребенка функций, изначально отсутствующих или нарушенных, предотвращение появления у ребенка с нарушениями ограничений активности (жизнедеятельности) и возможности участия в жизни общества». В центрах усилия специалистов направлены на предотвращение и уменьшение различных проблем и трудностей, вызванных основным нарушением у ребенка. В них обслуживаются дети от 0 до 18 (20) лет. В начале сотрудничества организуется встреча семьи и междисциплинарной команды специалистов, на которой обсуждается предстоящая процедура диагностики. Далее команда специалистов встречается с семьей для обсуждения результатов диагностики и для принятия решений о возможных путях, средствах и методах помощи. В ходе реализации индивидуальных программ помощи эти процедуры могут повторяться. Обучение родителей является частью работы центра. Иногда специалисты осуществляют надомное сопровождение семьи (домашние визиты), особенно на начальных этапах, когда семье требуется помощь в адаптации их повседневной жизни к потребностям ребенка, а также в случае особо тяжелых нарушений у ребенка.

Часто в структуре абилитационного центра Швеции находится лекотека — библиотека игрушек. Лекотека, как подразделение более крупной структуры, решает вопросы, связанные с удовлетворением особых образовательных потребностей ребенка и психологической поддержкой его семьи. Особый акцент в деятельности лекотек сделан на роли игры и игрушки в развитии ребенка, а также на поддержку и поощрение игрового взаимодействия ребенка и его семейного окружения. Концепция лекотеки возникла в Скандинавских странах в середине 60-х годов, а первая лекотека была создана инициативной группой родителей и преподавателей в Стокгольме. Детские центры абилитации сотрудничают с образовательными учреждениями, где воспитываются дети с ограниченными возможностями и отвечают за обучение их сотрудников непедagogическим аспектам работы с особыми детьми. Сотрудники образовательных учреждений консультируются у специалистов центров по вопросам адаптации ребенка к повседневной жизни.

На третичном уровне оказания ранней помощи поддержка особых детей и их семей приобретает более косвенные формы, помощь ориентирована преимущественно на социальное окружение ребенка: медицинские консультации для персонала образовательных учреждений, специальное обучение для учителей дошкольных учреждений и другое. Социальные службы оказывают помощь в повседневном функционировании в

соответствии с законом о поддержке инвалидов, по которому условия жизни инвалидов должны быть аналогичны таковым у обычных людей. Муниципалитет отвечает за выполнение этого закона: обеспечивает вспомогательными технологиями семьи, в школе предоставляет персонального помощника, обеспечивает транспортом, временным уходом в случае необходимости. Современная система ранней помощи в Швеции ориентирована на концептуальную модель, называемую «Модель системного развития» (M.Guralnik и др.). [37] Однако не все базовые принципы этой модели, по мнению E. Vjorck- Akesson, M. Granlund (2005), в равной степени качественно реализованы и представлены в системе ранней помощи Швеции. [38] Так, в концепции предполагается, что при вхождении семьи с особым ребенком в систему помощи должна быть проведена многоаспектная оценка как развития ребенка, так и оценка семьи ребенка. [25]

В Швеции продолжительность помощи лучше всего обеспечена для детей с выявленными отклонениями в развитии и медицинскими диагнозами. Между тем, родители отмечают, что сталкиваются с препятствиями при попытках обеспечить длительную и непрерывную специализированную помощь ребенку со сложными, множественными нарушениями в развитии. Проще дело обстоит с теми заболеваниями, при которых помощь оказывается на базе госпиталей и центров абилитации. Одной из главных проблем шведской децентрализованной системы, как указывают E. Vjorck-Akesson, M. Granlund, является обеспечение координации деятельности различных служб, включенных в систему ранней помощи. [38] Они указывают, что различные представители администрации в различных сферах могут ссылаться друг на друга, и во многих ситуациях трудно разобраться, кто же должен взять на себя основную ответственность за координацию служб и услуг, предоставляемых семье. С другой стороны, различные организации внутри системы ранней помощи фокусируются на различных типах проблем и, таким образом, собирают разные типы информации. И никакая организация не отвечает за создание целостной картины на основе всей собранной информации. В результате решения принимаются на основе фрагментарной информации. В связи с этим, по отзывам родителей, самой трудной для них является задача координации рекомендаций различных специалистов и получаемых услуг от различных учреждений. Дополнительные осложнения могут быть связаны с тем, что взаимодействие между различными службами должно осуществляться с согласия родителей, которые не всегда по разным причинам могут в полной мере взять на себя ответственность. Несмотря на децентрализованный характер системы ранней помощи в Швеции, министерство здравоохранения и социального обеспечения несет ответственность за единый уровень качества медицинских услуг и социальной помощи по всей стране, а министерство образования за качество предоставляемых образовательных услуг. Трудности реализации этого единства связаны с тем, что, обладая значительными полномочиями, муниципалитеты могут по-разному претворять в жизнь спускаемые сверху указания. Многими исследователями, в том числе E. Vjorck-Akesson, M.

Granlund, подчеркиваются различия в организации системы ранней помощи в США и Швеции. Основное различие между ранней помощью в США и Швеции связано с тем, на каких принципах эти системы основаны — на правах или на потребностях. В США деятельность служб основана на праве человека получить к ним доступ, если у него выявлены какие-либо специфические проблемы, являющиеся «критерием доступа» в эти службы. В США не существует практики обучения всех вообще детей раннего возраста или ухода за ними, организация этого процесса полностью ложится на семью. Дети получают право доступа к соответствующим службам только после выявления у них определенных проблем или отнесения их к группе риска. Таким образом, большая часть Служб ранней помощи в США является специализированной и фокусируется на специфических группах детей или на отдельных детях. Семья может получать мало услуг, если не заявляет о своих правах. В Швеции существует система раннего обучения и ухода для всех детей, включая детей с ограниченными возможностями здоровья. Дополнительные услуги предоставляются семье по мере надобности. Ресурсы распределяются между детьми в соответствии с их потребностями и на основе решений, принимаемых муниципальным сообществом. [25]

### **Опыт Службы ранней помощи в Испании: опыт Каталонии**

Трудно понять и однозначно оценить становление системы ранней помощи в Испании и путь, который она прошла в своем развитии, без анализа ситуации в стране в 70-е гг. XX в. Демократия в Испании была восстановлена в 1976 г. Тем не менее, как и можно было предположить, этому предшествовало несколько лет постепенных политических и культурных изменений, перехода от диктатуры к либерально-демократической политике. Основными вехами на этом пути были первые с 1939 г. всеобщие выборы в государственный парламент, которые произошли в стране в 1977 г., и назначение правительства автономных областей в 1979 г.

Преподаватели, в основном из США, в конце 70-х гг. прошлого века начали проводить серии обучающих семинаров для родителей и специалистов по проблемам ранней помощи. Все это было проявлением частных инициатив со стороны испанских специалистов и родительских ассоциаций, которые под влиянием практики США организовывали первые Службы ранней помощи. Зачастую специалисты этих первых Служб ранней помощи получали профессиональную поддержку и профессиональное сопровождение непосредственно от преподавателей Университета Вашингтона (США). [26]

В 80-е гг. политические и социальные изменения в стране привели к тому, что государственные структуры взяли на себя ответственность за организацию системы ранней помощи: было принято решение об открытии государственных центров ранней помощи, а также о финансировании негосударственных центров, которые к этому времени накопили значительный опыт в оказании комплексной помощи особому ребенку и его семье. Все это означало начало создания сети центров ранней помощи. Все



центры начинали свою работу с создания междисциплинарной команды специалистов, как правило, включающей в себя психологов, детских неврологов, физиотерапевтов, логопедов и социальных работников. В Испании, как и во многих других европейских государствах, существует децентрализованная система органов власти. Автономные области Испании обладают достаточной свободой и полномочиями. Например, в Каталонии декрет об учреждении сети центров ранней помощи был выпущен в 1985 г. В настоящее время они полностью финансируются правительством автономной области. Однако эта модель не была реализована в других автономных областях Испании, и общая картина сегодня представляет собой фрагментарную систему оказания помощи с разными типами зависимости от правительства в вопросе финансирования. [26]

На данный момент в Каталонии существует развитая система ранней помощи. Опыт работы специалистов, университетское обучение и результаты исследований создают единую, полностью сложившуюся базу. Службы на местах осуществляют помощь детям от рождения до поступления в школу, помощь оказывается всем семьям с особыми детьми, нуждающимся в профессиональной поддержке и консультации для достижения настолько нормального развития ребенка, насколько это возможно. В системе ранней помощи в Каталонии используются основные компоненты «Модели системного развития» (M. Guralnik и др.), а именно: процедуры скрининг-диагностики развития детей и направление в систему ранней помощи; процесс мониторинга за развитием детей групп биологического и социального риска; всесторонняя междисциплинарная оценка развития ребенка и функционирования его семьи; разработка и реализация целостной программы ранней помощи; планирование перехода в другие программы и другие учреждения по окончании оказания ранней помощи. [26]

Скрининг-диагностика развития детей представляет собой программы регулярного контроля, через которые проходят все дети. Этот контроль является общим и, как правило, осуществляется педиатрами или медсестрами. Тем не менее существуют определенные различия между частным и государственным секторами. В частном секторе контроль за развитием детей возложен на врача-педиатра, а в государственном секторе это обычно поручается медсестрам. Инструментами, которыми пользуются при проведении этого контроля, являются протоколы, направленные на выявление признаков нарушения или задержки в развитии ребенка. Протоколы заполняются при направленном осмотре ребенка и интервьюировании родителей. Если родители сами выявляют проблему, которую пропустили педиатры или медсестры, они могут обратиться в Службу ранней помощи самостоятельно. Они будут либо приняты в центре, либо направлены в Службу для проведения процедуры соответствующей диагностики.

То же происходит, если потенциальная проблема выявляется образовательными или социальными учреждениями (например, детским садом). В этом случае специалисты этих учреждений также могут составить

запрос на проведение процедуры диагностики для ребенка в центре ранней помощи. По чьей бы инициативе ребенок ни был направлен (специалистами здравоохранения, родителям или сотрудниками образовательного учреждения), далее он либо будет наблюдаться, либо получать помощь в центре ранней помощи.

Однако в отлаженной системе направления ребенка в Службы ранней помощи существуют определенные трудности. В соответствии с проведенным в Каталонии исследованием, 50% больниц не знают, как направить ребенка в систему ранней помощи. Существует тенденция откладывать направление в систему ранней помощи или направлять семью с ребенком только к педиатру.

Направления в Службы ранней помощи из образовательных учреждений лучше координированы. Специалисты этих учреждений регулярно направляют детей в Службы ранней помощи и сообщают о своем полном удовлетворении от взаимодействия с этой системой.

Некоторые обстоятельства медицинского (например, недоношенность и низкий вес при рождении) или социального (насилие, недостаток ухода) характера приводят к автоматическому включению ребенка и его семьи в программу наблюдения и контроля или же непосредственно в программу ранней помощи.

В Каталонии дети, не направленные в центр ранней помощи, но у которых выявлены некоторые маркеры неблагоприятного развития, включаются в программу контроля (мониторинга) и периодически наблюдаются и консультируются специалистами в центре ранней помощи или в медицинском, или образовательном учреждении. В случае необходимости ребенок немедленно направляется в центр ранней помощи.

На данный момент практика подобного контроля и наблюдения за развитием детей со стороны специалистов центров ранней помощи не является широко распространенной и реализуется не всеми Службами и не во всех автономных областях Испании. Также контроль может осуществляться реже, чем нужно, или с использованием недостаточно чувствительного инструментария, что существенно снижает эффективность системы ранней помощи для детей из групп биологического и социального риска.

Оценка развития ребенка осуществляется специалистами диагностических Служб. При этом специалисты, проводящие оценку, могут не иметь специализации по детскому возрасту, особенно раннему. Их задача — определение степени нарушений в медицинской, психологической или социальной сфере и принятие решения о длительности требуемой помощи. Эта оценка имеет, в первую очередь, юридическое значение и позволяет семье получить доступ к системе ранней помощи и рассчитывать на финансовую поддержку. В отличие от других стран, например США, это необходимый этап, предваряющий вход семьи с ребенком с ограниченными возможностями здоровья непосредственно в систему ранней помощи. Далее, принимая во внимание результаты проведенной диагностики, специалисты центра ранней помощи проводят свою собственную оценку, тесно связанную

с планом оказания помощи. Фактически помощь начинает оказываться одновременно с проводимой диагностикой, результаты которой по мере их получения уточняют характер этой помощи.

Следует подчеркнуть, что в Испании семьи не имеют возможности выбрать центр ранней помощи, так как в соответствии с местом жительства они приписаны к определенной муниципальной службе. Чиновники оправдывают такую систему способностью каждого центра оказывать помощь и отсутствием специализации у центров по конкретному типу проблем. Хотя отдельные специализированные центры все же существуют в отдельных автономных областях Испании.

В начале работы с семьей проводятся подробные интервью, направленные на выявление того, что больше всего беспокоит родителей, как они воспринимают своего ребенка, какие между ними существуют взаимоотношения. Интервью, как правило, проводится в присутствии ребенка, что позволяет специалистам непосредственно наблюдать характер взаимодействия членов семьи и ребенка. Специалисты и родители согласовывают свои представления о специфике и сроках предстоящей работы.

Когда в силу возраста ребенок должен перейти из системы ранней помощи в общеобразовательную школу, все условия этого перехода и потребности ребенка обсуждаются на встрече специалистов и родителей.

В 2000 г. группа специалистов из разных автономных областей Испании составила доклад о системе ранней помощи («Libro Blanco»), который, как предполагалось, станет ориентиром для политиков и специалистов в создании единого подхода и единой модели помощи. Основная проблема формирующейся системы ранней помощи в Испании, обозначенная в докладе, состоит в отсутствии единой политики разных министерств (здравоохранения, образования, социального обеспечения), несущих ответственность за эту социальную сферу, и механизмов координации деятельности системы ранней помощи как на уровне всей Испании, так и на уровне автономных областей. Предполагается, что созданная ассоциация специалистов в системе ранней помощи сможет оказывать постоянное давление на представителей власти для продвижения идеи о необходимости единой социальной политики и разработки надежных механизмов координации деятельности различных служб и центров в автономных областях Испании. [26]

### **1.3. Подходы, принципы и технологии работы Службы ранней помощи**

Методологической основой Службы ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья являются следующие **подходы**.

1. Системный подход к процессу развития ребенка, базирующийся на теории функциональных систем и системогенеза (П.К. Анохин), теории системной организации высшей психической деятельности, системного

структурно-динамического изучения психического развития ребенка (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия). «Системный подход означает учет всех актуальных и потенциальных образовательных возможностей, потребностей ребенка в процессе педагогического сопровождения, а также всего контекста его ближайшего окружения, его актуальной жизненной ситуации и истории его жизни». [12]

2. Гуманистический подход к педагогической работе, когда «внимание должно быть направлено не на недостаток, дефект как таковой, а на самого ребенка, отягощенного этим недостатком, на его особую социальную и образовательную ситуацию» (Л.С. Выготский). Такой подход подразумевает направленность педагогической работы на разностороннее и гармоничное развитие личности ребенка, создание оптимальных условий для его равноправного участия в жизни общества (Ш.А. Амонашвили, У. Бронфенбреннер, Д.М. Маллаев, Н.Н. Малофеев, О. Шпек, Е.А. Ямбург и др.). Основой работы с детьми раннего возраста с ОВЗ является оптимистический прогноз, который базируется на гуманистическом подходе. [6]

3. Индивидуальный подход в ранней помощи. Предполагает ориентацию не на диагноз ребенка, а на уникальную совокупность его ресурсных и проблемных свойств (психофенотипа, в терминах теории процессуального анализа и в терминах международной классификации функционирования). Индивидуализация — это учет в процессе обучения индивидуальных особенностей детей во всех его формах и методах с целью активного управления ходом развития умственных и физических возможностей. Индивидуальный подход утверждает ценность и неповторимую уникальность каждого человека, а также право ребенка на безоценочное принятие, уважение, удовлетворение потребностей и учет интересов, получение удовольствия от доступных ему форм активности, обеспечение его комфорта и безопасности. Индивидуализация обучения предполагает разработку *образовательного маршрута* на каждого ребенка с учетом степени проявления нарушения, индивидуально-типологических особенностей, компенсаторных возможностей. [9]

4. Комплексный подход к изучению и развитию психики ребенка, единство диагностической и коррекционной помощи детям с трудностями в развитии, основанный на положениях теории Л.С. Выготского. Комплексный (междисциплинарный) характер коррекционной работы предусматривает параллельное воздействие «команды» специалистов на двигательную сферу, познавательную и речевую деятельность, включение их в единую организационную модель и владение единой системой методов и форм коррекционной работы (М. Акош, Г.В. Дедюхина, Е.Т. Лильин, Е.М. Мастюкова, А. Пето, К.А. Семенова, Е.А. Стребелева и др.). [22]

5. Дифференцированный подход. Является одним из основных в работе с детьми раннего возраста с ОВЗ, предусматривает создание благоприятных условий развития детей, учитывает как индивидуальные характеристики каждого ребенка, так и его особенности, свойственные детям с определенным типом нарушения (Т.А. Власова, В.И. Лубовский, У.В. Ульенкова и др.). Под

дифференциацией подразумевается учет индивидуальных особенностей в той форме, когда дети группируются на основании каких-либо особенностей развития. Дифференцированный подход необходим детям раннего возраста, так как они в силу неоднородности дефекта имеют разные возможности. Дифференцированный подход предполагает всестороннее изучение детей и разработку соответствующих мер педагогического воздействия с учетом выявленных особенностей. Дифференцированное коррекционное воздействие предусматривает учет в коррекционной работе вариативности и специфичности структуры нарушения, а также уровня развития детей. На основании данного подхода осуществляется распределение детей на подгруппы, подбирается вариативное содержание, методы и средства обучения, различные виды помощи детям (направляющая, стимулирующая или обучающая). [4]

6. Компетентностный подход. Педагогическая практика показывает, что наиболее качественные образовательные результаты достигаются только при интенсивном вовлечении ребенка в интересующую его деятельность. При этом ребенок мобилизует ориентировочно-исследовательскую активность, внимание, память, исполнительные действия, управляющие функции, обеспечивающие избирательность, гибкость, программирование и контроль. В формировании устойчивой системы связей, обеспечивающей значимую деятельность, вовлекаются практически все отделы головного мозга. Таким образом формируются функциональные домены (термин из теории процессуального анализа), являющиеся материальной основой компетенций ребенка. Компетенции по своей природе не имеют стандартного, однозначно определенного содержания, но имеют комплексную мозговую организацию, позволяющую ребенку самостоятельно наращивать и использовать в вариативной манере свой опыт специфической деятельности в соответствии с текущей обстановкой. Компетентностный подход может быть применен уже с первого полугодия жизни ребенка, с момента отчетливого появления признаков интегративной деятельности: комплекса оживления и ситуативного целенаправленного поведения (протодиалог, дотягивание и захват предметов с последующим ротовым обследованием). [10]

7. Деятельностный подход. Развитие детей раннего возраста с ОВЗ осуществляется в процессе различных видов деятельности с опорой на ведущий для каждого возраста и доступный для овладения данному ребенку, с учетом его психофизических особенностей и структуры нарушения. Как пишет Л.С. Выготский, «в основу процесса должна быть положена личная деятельность ученика... Научная школа есть непременно “школа действий”. Наши действия, движения — суть наши учителя». [6] Поэтому приоритетным является *овладение* ребенком определенными доступными и *необходимыми* для самостоятельной жизни в обществе *практическими действиями*. Психокоррекционная работа должна строиться не как простая тренировка умений и навыков ребенка, не как отдельные упражнения по совершенствованию психической деятельности, а как целостная осмысленная деятельность, органически вписывающаяся в систему повседневных

жизненных отношений ребенка. Психокоррекционный процесс должен проводиться с учетом основного, ведущего вида деятельности ребенка. Однако, учитывая специфику и задачи психокоррекционного процесса, следует ориентироваться не только на ведущий тип деятельности ребенка, но и на тот вид деятельности, который является личностно значимым для ребенка. Особенно это важно при коррекции эмоциональных нарушений у детей. Эффективность коррекционного процесса в значительной степени зависит от использования продуктивных видов деятельности ребенка (например, рисование, конструирование и др.).

8. Мультисенсорный подход. Предполагает опору на все сохранные анализаторы и развитие компенсаторных возможностей ребенка. Включает в себя технологию сенсорной интеграции, состоит из сенсорной стимуляции и адаптации мозговых реакций в зависимости от неврологических потребностей ребенка. В работе обычно задействованы все части тела, которые подвергаются вестибулярной, проприоцептивной, тактильной стимуляции. Главная задача — насытить окружающую обстановку такими предметами, которые предоставляли бы ребенку возможность видеть, слышать, осязать, ощущать вкусы и запахи, познавать устойчивость своего тела, развивать двигательные умения. Предусматривается максимальное обогащение сенсорного опыта ребенка. В процессе обучения используется комплекс методов и приемов для формирования целостного образа об объектах и явлениях окружающего мира. [5]

Основные **принципы**, определяющие систему и последовательность коррекционно-развивающей работы Службы ранней помощи:

1. Принцип раннего диагностического изучения ребенка. Л.С. Выготский рассматривал этот принцип как один из неперменных, подчеркивая, что «наряду с первичными нарушениями, вытекающими из структуры дефекта, существуют вторичные, третичные и т. д. осложнения, как бы сложная надстройка над основной картиной развития». В связи с этим ученый поднимал вопрос о своевременной диагностике недоразвития и поиске «специальных средств», «обходных путей», ранней коррекционной помощи детям с различными вариантами дизонтогенеза, пока не возникли социально- личностные образования вторичной и третичной природы.

2. Принцип ранней медико-психолого-педагогической коррекции — основан на учете сензитивных периодов развития ребенка и предполагает оказание специальной помощи каждому ребенку раннего возраста ОВЗ на основе единства обследования и коррекции в специально организованных условиях. Раннее выявление патологии и своевременное коррекционное педагогическое воздействие в младенческом и раннем возрасте позволяют уменьшить, а в некоторых случаях и исключить психоречевые и моторные нарушения у детей с ОВЗ в старшем возрасте. Необходимость ранней коррекционной работы у детей с ОВЗ вытекает из особенностей детского мозга — его пластичности и универсальной способности к компенсации нарушенных функций, а также в связи с тем, что наиболее оптимальными

сроками созревания всех функциональных систем являются первые три года жизни ребенка.

3. Принцип сотрудничества ДОО с семьей. Сотрудничество, кооперация с семьей, открытость в отношении семьи, уважение семейных ценностей и традиций, их учет в образовательной работе являются важнейшим принципом. Сотрудники ДОО должны знать об условиях жизни ребенка в семье, понимать проблемы, уважать ценности и традиции семей воспитанников. Важно партнерство во взаимодействии с родителями, когда совместно поставлены актуальные для семьи цели, родители активно и ответственно включаются в работу. Развитие ребенка происходит постоянно, и для активной работы, для получения результата — важно обсудить с родителями, как решать поставленные педагогами задачи в домашней жизни.

4. Принцип единства диагностики и коррекции нарушений. Предполагает осуществление комплексной и систематичной поэтапной диагностики особенностей развития каждого ребенка, на основании которой составляется индивидуальная программа обучения, отслеживается динамика развития и уровень овладения программным материалом. Это позволяет варьировать и уточнять содержание программы на всех этапах обучения.

5. Принцип коммуникативной направленности. Предусматривает развитие коммуникативных навыков в различных ситуациях взаимодействия со взрослым. При этом предусматривается возможность выбора альтернативных средств коммуникации (пиктограммы, Блисс-символы, жесты и др.). При этом развитие навыков речевого (словесного) общения определяется как необходимое условие расширения коммуникативных связей.

6. Принцип сетевого взаимодействия с организациями социализации, образования, охраны здоровья и другими партнерами, которые могут внести вклад в развитие и образование детей, а также использование ресурсов местных сообществ, благотворительных фондов, реабилитационных центров для обогащения детского развития. Принцип предполагает, что ДОО устанавливает партнерские отношения не только с семьями детей, но и с другими организациями и лицами, которые могут способствовать обогащению социального и/или культурного опыта детей, приобщению детей к национальным традициям, содействовать проведению совместных проектов, экскурсий, праздников, а также удовлетворению особых потребностей детей, оказанию психолого-педагогической и/или медицинской поддержки в случае необходимости.

7. Принцип комплексного воздействия — включает взаимодействие специалистов разного профиля, создание единой объединённой системы научно-практических служб: педагогической, психологической, медицинской. Этот принцип обеспечивает принятие в отношении каждого ребёнка объективных решений, основанных на данных диагностики и учитывающих её результаты всеми участниками процесса сопровождения. Необходима согласованность действий логопеда, дефектолога, психолога, врача и инструктора ЛФК и других, их общая позиция при обследовании, постановке

диагноза и медико-педагогической коррекции. С целью подбора наиболее эффективных и адекватных приемов коррекции важно учитывать взаимосвязь двигательных, психических и речевых расстройств детей раннего возраста с ОВЗ.

8. Принцип постоянства и предсказуемости. Детям раннего возраста с ОВЗ важен четкий режим дня, последовательность и постоянство в своих реакциях на поведение ребенка (особенно дурное) и постоянство окружающей обстановки, чтобы понимать, что происходит вокруг них, и уметь предсказывать события: это дает им чувство уверенности и безопасности, помогает ребенку строить свое поведение, соотносить его с обстоятельствами жизни. Ребенку раннего возраста с ОВЗ трудно самому разобраться в событиях (он не знает, что делает, например, каждый день после ужина), с ним полезно регулярно говорить, что происходило сегодня, что будет завтра. Многим детям помогают карточки с изображениями действий и событий, последовательность которых служит наглядным расписанием дня. [31]

9. Принцип личностно-развивающего и гуманистического взаимодействия взрослых (родителей, законных представителей, педагогических и иных работников ДОУ) и детей. Такой тип взаимодействия предполагает базовую ценностную ориентацию на достоинство каждого участника взаимодействия, уважение и безусловное принятие личности ребенка, доброжелательность, внимание к ребенку, его состоянию, настроению, потребностям, интересам. Личностно-развивающее взаимодействие является неотъемлемой составной частью социальной ситуации развития ребенка в организации, условием его эмоционального благополучия и полноценного развития.

10. Принцип иерархический. Базируется на положении Л.С. Выготского о ведущей роли обучения в психическом развитии ребенка. Реализация этого принципа означает целенаправленное формирование психологических новообразований, требует максимальной активности ребенка и носит опережающий характер, так как коррекция направлена не на актуальную зону, а на зону ближайшего развития ребенка.

11. Принцип — каузальный. Реализация этого принципа в психокоррекционной работе направлена на устранение причин и источников отклонений в психическом развитии ребенка. Например, первопричиной эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с ОВЗ могут быть как социальные факторы, так и биологические, а нередко сочетание обоих факторов. В зависимости от первопричины разрабатывается стратегия психокоррекции. Если причиной эмоционального неблагополучия ребенка являются семейные конфликты, неадекватные стили семейного воспитания больного ребенка, то психокоррекционный процесс должен быть направлен на нормализацию семейных отношений. Если причиной эмоциональных нарушений является резидуально-органическая недостаточность ЦНС, то главным звеном психологической коррекции должно быть снижение



эмоционального дискомфорта ребенка специальными методами психорегулирующих тренировок на фоне медикаментозной терапии.

12. Принцип создания вариативных условий для реализации ребенком значимой для него активности. И дома, и на занятиях со специалистами ему предлагаются такие виды деятельности, которые он может выполнить сам или с помощью взрослого. Если эта деятельность нравится ребенку, он видит ее результат и стремится снова и снова его достичь, почувствовать свои возможности. Специалисты на занятиях предлагают ребенку разнообразные игры, которые впоследствии сменяются заданиями, а дома родители активно закрепляют полученные навыки. Необходима такая организация среды (быта, воспитания), которая могла бы максимальным образом стимулировать развитие ребенка, сглаживать негативное влияние заболевания на его психическое состояние.

13. Принцип безоценочного принятия, эмпатии и эмоционального расположения к ребенку при взаимодействии. Все процедуры по физическому уходу (переодевание и др.) проводить с проявлениями тепла и нежности к ребенку. Дать понять родителям, что их ребенок «такой как есть» может быть принят другими людьми, и от взаимодействия с ним другой человек может получать удовольствие. Это позволит значимым для ребенка взрослым глубже и полнее ощутить собственные родительские чувства и улучшить каждодневное взаимодействие с ребенком.

В работе Службы ранней помощи имеется широкий опыт использования **технологий**, обеспечивающих комплексное сопровождение детей раннего возраста с ОВЗ. Применение современных индивидуально-направленных коррекционно-развивающих технологий ранней помощи расширяют спектр позитивных педагогических воздействий и создают условия для успешного преодоления имеющихся проблем развития.

1. Здоровьесберегающие технологии.
2. Игровые технологии (коррекционно-развивающие игры и упражнения).
3. Технологии взаимодействия ДООУ и семьи.
4. Кинезиологические технологии.

### ***1.Здоровьесберегающие технологии.***

Система здоровьесберегающих технологий облегчает привыкание к среде, позволяет укреплять системы организма, что важно для дальнейшего развития.

К здоровьесберегающим технологиям относятся:  
— *Миофункциональная техника* — это профилактика в детском возрасте более сложной деформации или нарушения функции перiorальных и лицевых мышц. Техника включает упражнения для мышц лица и языка, формирование привычек для правильного положения языка, улучшения дыхания, жевания и глотания. Миофункциональная техника затрагивает все лицевые мышцы; голову и шею, учит дышать через нос и держать язык в

точке покоя в куполе неба. Если мы можем провести профилактику (поскольку это именно нарушение с самого начала), мы получаем большое преимущество.

— Различные виды *логопедического массажа*, разработанные Е.Ф. Архиповой, Е.В. Новиковой, О.Г. Приходько, Е.А. Дьяковой: ручной массаж, зондовый, точечный, перекрестный точечный, вибрационный. Артикуляционная гимнастика: пассивная, пассивно-активная, активная, с функциональной нагрузкой, со вкусовым и тактильным подкреплением. Такая гимнастика направлена на увеличение объема и амплитуды, точности и соразмерности артикуляционных движений, отработку основных артикуляционных позиций и их переключения. Работая над подвижностью органов артикуляции ребенка, логопед помогает не только формированию произносительной стороны речи, но и улучшению качества жевания. [2]

— *Развитие или формирование фонационного дыхания* с использованием методик, разработанных Е.Ф. Архиповой, Е.В. Лавровой, элементы дыхательной гимнастики А.Н. Стрельниковой. Для работы с детьми с ОВЗ это очень актуальная задача, так как у них в раннем возрасте встречается смешанный тип дыхания, чаще в случаях спастики и уплощения грудной клетки при отсутствии контроля за положением рта. Необходимый объем воздуха им проще вдыхать одновременно носом и ртом. Цель работы над этой задачей на начальном этапе — добиться ротового выдоха, разделить носовое и ротовое дыхание. Решение проблемы важно не только для активизации речевых вокализаций, но и для формирования безопасного типа питания. Правильное дыхание помогает избежать вдыхания остатков пищи, задержавшихся в ротовой полости во время кормления.

— *Сенсорная комната* — это специально организованное пространство с множеством разного рода стимуляторов, воздействующих на органы чувств: зрение, слух, обоняние, осязание, вестибулярный аппарат. В зависимости от формы основной патологии и сопутствующих заболеваний детей раннего возраста с ОВЗ, занятия в сенсорной комнате способствуют активизации различных функций центральной нервной системы за счет создания обогащенной мультисенсорной среды, стимуляции ослабленных сенсорных функций (зрение, осязание, слух), развитию двигательных функций, созданию положительного эмоционального фона, повышению мотивации к произвольной предметной деятельности, снятию мышечного и психоэмоционального напряжения. В сенсорной комнате все эти задачи могут решаться в единой структуре занятия.

## **2. Игровые технологии (коррекционно-развивающие игры и упражнения).**

Игровые технологии обладают средствами, активизирующими и интенсифицирующими деятельность детей. В их основу положена педагогическая игра как основной вид деятельности, направленный на усвоение общественного опыта. Ребенок с тяжелыми нарушениями развития — прежде всего ребенок. Основным способом его досуга является игра. Очень важно создавать для ребенка с любой тяжестью нарушений такие

условия, в которых он мог бы доступным ему способом играть. Из-за двигательных и сенсорных нарушений ребенка родителям бывает сложно выполнить эту задачу без помощи специалистов: подобрать для игры позу, в которой предметы находились бы в поле зрения ребенка; положение рук, в котором ему было бы удобно манипулировать предметами; да и навыки игры нужно формировать заранее, начиная с самых простых, предметно-манипулятивных игр, переходя к более сложным сюжетным играм, играм с правилами.

Специфику игровой технологии в значительной степени определяет игровая среда:

Используем с детьми раннего возраста с ОВЗ:

1. *Игры с предметами.*

— Игры с природными материалами. Игры с водой, песком, другими сыпучими природными материалами предполагают выполнение различных игровых действий в зависимости от возраста и особенностей развития детей: совместные действия детей и взрослых; действия по подражанию и образцу, предложенному взрослым; самостоятельные действия, которые отражают собственный замысел детей.

— Игры с бытовыми и бросовыми материалами. [28]

• Арт-терапевтические техники и инструменты в первую очередь направлены на расширение спектра возможностей установить с ребенком игровое взаимодействие. Сфера искусства, ее атрибуты непосредственно связаны с возможностями воображения, подражания, изображения и трансформации. Именно с этими свойствами связано их применение как вспомогательных материалов и инструментов, в поддержке личностного и эмоционального развития ребенка.

• Изобразительные техники, материалы и инструменты. Использование изобразительных техник, обеспечивает «поле» для организации и поддержания взаимодействия, помогает вовлечь ребенка в процесс обследования незнакомого материала и его свойств. Для поддержки личностного развития может иметь значение результативная сторона процесса. Для очень многих детей процесс рисования или взаимодействия с жидкими и мягкими материалами — источник интенсивных положительных эмоций. И возможно применение изо-терапевтических методик и материалов для аффективной тонизации. Поскольку изобразительная деятельность непосредственно связана (в подавляющем большинстве случаев) с ручными манипуляциями, соответствующие методы и техники можно использовать для развития тонкой моторики. С детьми раннего возраста с ОВЗ используются следующие изобразительные техники и формы взаимодействия:

а) «Живопись пальцами». Осуществляется на бумаге и картоне больших размеров и различной фактуры с использованием овощных соков, пальчиковых красок, жидкой глины, разведенной гуаши — в зависимости от возраста и возможностей ребенка (В.Оклендер «Окна в мир ребенка», Э.Ф. Коль, Е.П. Топалова «Художники в памперсах»);

б) «Каракули». Техника выполняется с использованием графических

изобразительных средств. Произвольные линии и формы создаются ребенком на большом листе бумаги. Технику можно значительно модифицировать и использовать с очень разными целями, в зависимости от изменения поведения взрослого. Например, хорошо известная педагогам-психологам «игра в догонялки карандашами» — одна из модификаций «каракулей»;

в) «Монотипия». Создание живописных изображений методом оттиска следов на листе плотной бумаги. На водонепроницаемую поверхность (возможно использование плотного картона) любым способом наносится некоторое количество краски разных цветов. Затем с использованием ватманской (или мелованной) бумаги делается живописный оттиск. Монотипия применяется именно в тех случаях, когда необходимо, используя изобразительные материалы, создать у ребенка ощущение успеха от результатов собственной продуктивной деятельности;

г) лепка из пластичных материалов (соленое тесто, глина, пластилин). В рамках программы мы практикуем совместное с ребенком изготовление теста. Тем самым обеспечивая возможность изучения этого материала. При работе с керамической глиной широко используются инструменты, которыми можно воздействовать на глину, оставляя на ее поверхности привлекательные для ребенка следы. Пластичные материалы применяются для изображения простых доступных ребенку форм действий с этим материалом (отщипывание кусочков, лепка колбасы, шара, сказочных персонажей, поделок, например с использованием форм и раскрашиванием этих засохших фигурок).

2. *Дидактические игры.* Имеют большое значение в развитии взаимодействия взрослых и детей (А.А. Катаева и Е.А. Стребелева, Ю.А. Разенкова и др). Главным условием использования традиционных дидактических игр является желание ребенка играть.

3. *Музыкальные игры, песенки-потешки* — способствуют развитию подражания, понимания речи, самостоятельного использования средств коммуникации, обращения внимания на взрослого (умение слушать, смотреть на говорящего), ответов на обращения, соблюдения очередности в кругу и при взаимодействии пары взрослый — ребенок. Важный момент — поощрение инициативы ребенка во взаимодействии. Музыкальные элементы в занятиях также способствуют сенсорному развитию, развитию ориентировки, движений. На индивидуальных и групповых занятиях с детьми и родителями могут быть использованы движения под музыку, игра на музыкальных инструментах, пение, хороводные танцы. Также вместе с песенками могут быть использованы элементы пальчиковых игр. Существенными чертами этих танцев является то, что все видят всех, что есть моменты, когда все держатся за руки, что в тексте песен есть повторяющиеся части. Важно, чтобы сам музыкальный контекст содержал в себе элементы реальных движений и ритмов. [11]

Важной особенностью игровых технологий является проникновение игровых моментов во все виды деятельности детей: труд и игра, организованная образовательная деятельность и игра, повседневная бытовая

деятельность, связанная с выполнением режима и игры.

### **3. Технологии взаимодействия ДООУ и семьи.**

Образовательный процесс невозможен без сотрудничества с родителями. И в этом мне помогают технологии взаимодействия ДООУ и семьи. Способами реализации данной технологии являются: опрос, анкетирование, консультации, наглядная информация, круглые столы, мастер-классы, совместные праздники, индивидуальные беседы, душевные разговоры.

— Технология направляемой ребенком интеракции (НРИ) предполагает обучение родителей на начальном этапе тому, как стимулировать социальное поведение ребенка и в то же время снизить риск появления дезадаптивных реакций. Направляемая ребенком интеракция (НРИ) является первым из двух этапов лечения, основанного на использовании интерактивной психотерапевтической модели (*Eyberg S. and Boggs S., 1989*). [33]

— Технология психолого-педагогической помощи семье И.И. Мамайчук. [14]

— Технология психологической помощи семьям с детьми, имеющими особенности развития, В.В. Ткачевой. [29]

— Технология Е.В. Устиновой по преодолению эмоциональных нарушений у дошкольников с церебральным параличом в процессе оптимизации их отношений с родителями. [30]

— Методика Э. Мазанек. Методика Эвы Мазанек представлена как психолого-педагогическая реабилитация, выступающая в качестве одного из разделов комплексного подхода, включающего лечебную, логопедическую работу, обучение кормлению, лечебную физкультуру. Первоначально проводится обследование, далее — занятия в игровой форме. Одновременно на занятиях обучаются и родители, которые затем дома занимаются с ребенком. Ведущим является сенсомоторное развитие и формирование наглядно-действенного мышления. Вся деятельность сопровождается речью. [35]

### **4. Кинезиологические технологии.**

— Игровая кинезиотерапия — представляет коррекцию нарушений моторики, уменьшение неблагоприятных последствий гиподинамии.

Используются следующие виды физических упражнений:

а) гимнастические (упражнения, направленные на развитие мышечной силы, восстановление подвижности в суставах, развитие координации движений; они могут быть активные и пассивные; по характеру работы мышц статические упражнения с изометрическим сокращением и динамические при изотоническом мышечном сокращении);

б) лечебная гимнастика (обучение произвольному и дозированному напряжению и расслаблению мышц, нормализация координации и равновесия, снижение повышенного мышечного тонуса и устранение патологических синкинезий, увеличение мышечной силы, подвижности в суставах, улучшение координации движений, усиление суставно-мышечного чувства, восстановление двигательных навыков);

в) механотерапия (упражнения с использованием тренажеров и специальных устройств).

— Кондуктивная педагогика А. Пето (Венгрия, 1950). Системы восстановительного лечения и обучения детей, главным принципом которых является выработка самостоятельной активности и независимости ребенка, в ходе занятий осваиваются различные виды деятельности, необходимой в повседневной жизни.

— Нейроразвивающая система Б. и К. Бобат (1959). Создает систему положений и действий для формирования у ребенка с церебральным параличом правильных поз и движений. Терапия проходит в игровой форме, при этом техники лечения дают возможность ребенку самому осуществить новое движение, активируя его потенциальные возможности. [13]

— Войта-терапия (В. Войта, 1950). В основе лежит рефлекторная локомоция: путём активации двигательных рефлексов (ползания и поворота), при соблюдении заданных исходных положений и точек раздражения, формируются двигательные навыки, соответствующие возрасту ребёнка. [13]

— Метод динамической проприоцептивной коррекции (А.С. Барер, К.А. Семенова, 1994) основан на применении лечебно-нагрузочного костюма (модификации космического костюма).

— Модифицированная миллер-терапия. Методика интегрирует достижения миллер-терапии, которая заключается в стимуляции развития оральных навыков во время приема пищи и питья у детей раннего возраста с ОВЗ на основе знаний физиологии актов приема пищи и жидкости и условий стабильности тела (из бобат-концепции), техники модификации рутин, управление позициями взаимодействия, что помогает взрослому установить с ребенком реципрокное взаимодействие, способствуют развитию самостоятельности, формированию навыков самообслуживания и диалога.

— Концепция Кастильо Моралеса (КМ) — представляет собой комплексную физиотерапевтическую методику для детей с коммуникативными, сенсомоторными и орофациальными нарушениями. Кастильо Моралес разработал и усовершенствовал терапевтическую методику, основанную на сенсорно-моторных и орофациальных нарушениях. Главное, что выделял Кастильо Моралес, это поддержание способностей пациентов к общению. Суть подхода КМ состоит в том, чтобы работать со всем телом пациента, т. к. трудности в орофациальной области возникают из-за нарушений в сотрудничестве всей мышечной системы. В рамках концепции КМ речевая терапия охватывает лечение орофациального комплекса, включающего всё тело. Мимическая и артикуляционная мышечные системы имеют более тонкие и координированные движения, которые дают нам возможность есть и пить, а также возможность общаться. Одни и те же группы мышц участвуют и в физиологических процессах, и в производстве звуков речи. Поэтому трудности орофациальной регуляции приводят к нарушениям артикуляции. Соответственно, работа с маленькими детьми основывается на профилактике таких нарушений.

Проведенный анализ показал, что к настоящему моменту в Российской Федерации Службы ранней помощи созданы во многих регионах страны, междисциплинарные Службы ранней помощи открыты как на базе государственных организаций в системе здравоохранения, социальной защиты населения и образования, так и негосударственных организаций. Службы могут организовываться в любых, даже небольших, населенных пунктах. Практика показывает, что создание такой Службы не требует больших финансовых затрат. Благодаря организации сети Служб в различных населенных пунктах семьи, имеющие детей с функциональными нарушениями, могут получать помощь по месту жительства. Таким образом, ранняя помощь становится доступной.

## **2. МОДЕЛЬ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ «ШАГ ЗА ШАГОМ» НА БАЗЕ ДОШКОЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

### **2.1. Цели и задачи структурно-функциональной модели «Шаг за шагом»**

В 2018—2019 гг. в рамках реализации Региональной инновационной площадки «Модель организации Службы ранней помощи для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей группы риска на базе структурного подразделения Лекотека «Шаг за шагом» коллективом МБДОУ «Детский сад № 12 комбинированного вида» Ново-Савиновского района г. Казани, под научным руководством заведующего кафедрой дефектологии и клинической психологии Института психологии и образования КФУ кандидата психологических наук, доцента Ахметзяновой А.И., разработана, обоснована и апробирована модель реализации Службы ранней помощи.

Ранняя помощь оказывается семьям, воспитывающим детей с ограничениями жизнедеятельности или риском появления таких ограничений в возрасте с 1 до 3 лет следующих категорий:

- ребенок имеет статус «ребенок-инвалид»;
- у ребенка выявлено стойкое нарушение функций организма или заболевание, приводящие к нарушениям функций организма, задержка развития;
- ребенок воспитывается в семье, находящейся в трудной жизненной ситуации;
- ребенок относится к категории детей с ограниченными возможностями здоровья, что подтверждено заключением, выданным психолого-медико-педагогической комиссией;
- имеется беспокойство семьи по поводу развития, трудностей поведения и адаптации ребенка в возрасте до 3-х лет.

Целью Службы ранней помощи является предоставление психолого-педагогической помощи родителям, воспитывающим детей в возрасте от 1 до 3 лет с ОВЗ, в создании оптимальных условий для развития и обучения, адаптации ребенка в условиях семьи и общества.

Задачи:

1. Своевременное выявление детей раннего возраста с отставанием в коммуникативном, двигательном, когнитивном и социально-эмоциональном развитии.

2. Комплексная оценка основных областей развития ребенка (познавательной, социально-эмоциональной, двигательной, речевой, навыков самообслуживания); определение состояния психического здоровья ребенка, качественных особенностей его отношений с родителями и другими членами семьи; выявление основных потребностей ребенка и семьи.

3. Построение индивидуальных комплексных программ сопровождения на основе выявления потенциала развития ребенка.



4. Информационная и социально-психологическая поддержка родителей и семьи.

5. Обеспечение преемственности между Службой ранней помощи и дошкольными образовательными организациями, а также другими учреждениями системы здравоохранения и социальной защиты.

Структурно-функциональная модель деятельности Службы ранней помощи детям в возрасте от 1 до 3 лет в условиях ДОО представлена единством целевого, содержательного, организационного компонентов, отраженных в Адаптированной основной образовательной программе.

Главными условиями эффективного функционирования Службы ранней помощи (далее СРП) на базе ДОО:

— максимальное приближение СРП к месту жительства ребенка раннего возраста с ОВЗ;

— функционирование на основе междисциплинарного взаимодействия специалистов;

— семейно-центрированный характер деятельности.

Одновременно услуги в СРП оказываются 12 семьям, воспитывающим детей с ОВЗ раннего возраста. Услуги СРП оказываются бесплатно.

Наглядно модель представлена на рисунке 2.

**Структурно-функциональная модель службы ранней помощи «Шаг за шагом»**

**Цель:** предоставление медико-психолого-педагогической помощи родителям, воспитывающим детей в возрасте от 1 до 3 лет с ОВЗ, в создании оптимальных условий для развития и обучения, адаптации ребенка в условиях семьи и общества

**Задачи:** 1. Своевременное выявление детей раннего возраста с отставанием в коммуникативном, двигательном, когнитивном и социально-эмоциональном развитии;  
 2. Комплексная оценка основных областей развития ребенка (познавательной, социально-эмоциональной, двигательной, речевой, области самообслуживания); определение состояния психического здоровья ребенка, качественных особенностей его отношений с родителями и другими членами семьи; выявление основных потребностей ребенка и семьи;  
 3. Построение индивидуальных комплексных программ сопровождения на основе выявления потенциала развития ребенка;  
 4. Информационная и социально-психологическая поддержка родителей и семьи;  
 5. Обеспечение преемственности между службой ранней помощи и детскими дошкольными организациями, а также другими учреждениями системы здравоохранения и социальной защиты.

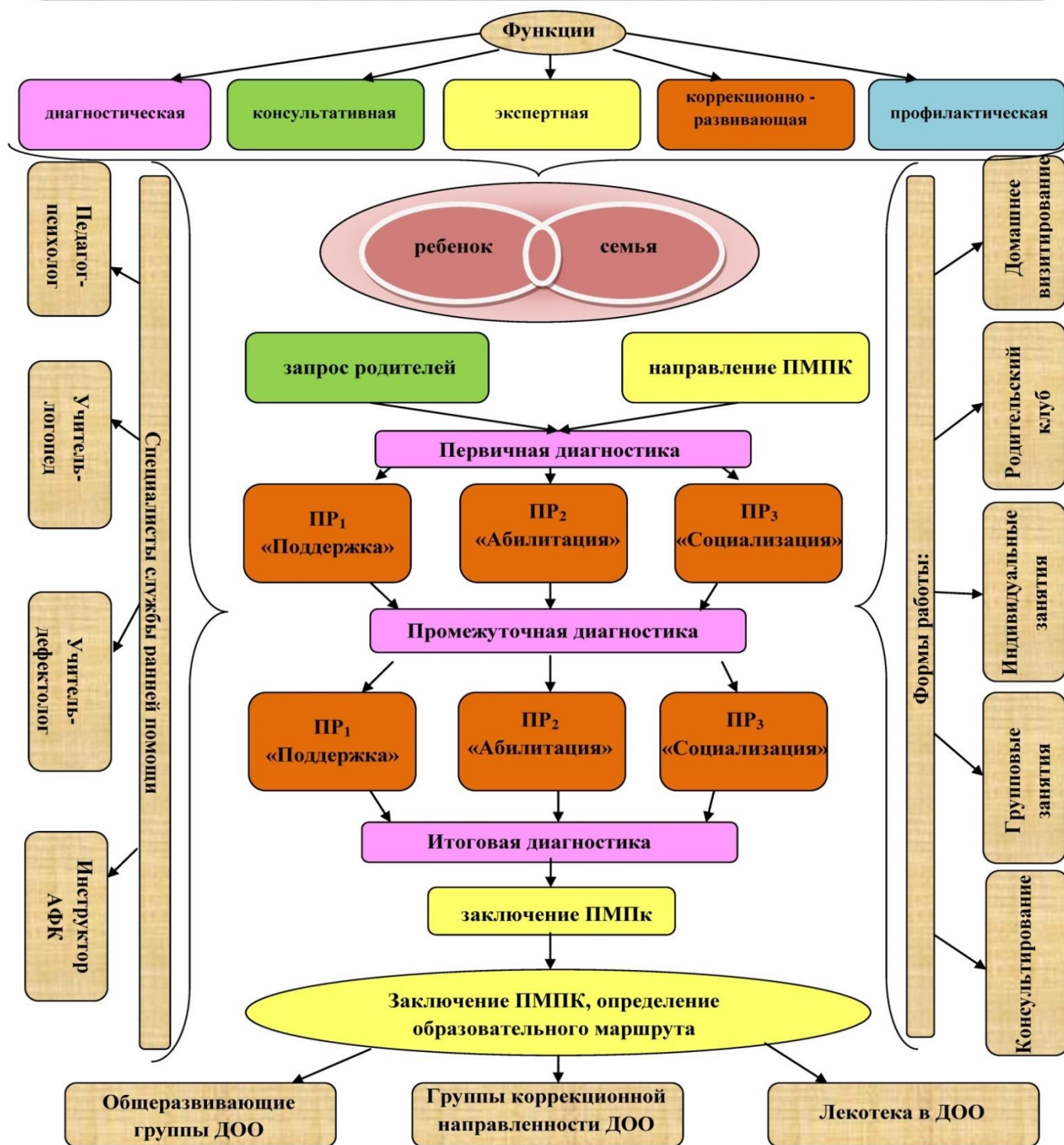


Рис.2. Структурно-функциональная модель Службы ранней помощи «Шаг за шагом»

## **2.2. Функции Службы ранней помощи в рамках структурно-функциональной модели «Шаг за шагом»**

Цель деятельности Службы ранней помощи достигается в процессе реализации функций: диагностической, консультативной, экспертной, коррекционно-развивающей, профилактической.

*Диагностическая функция* Службы обеспечивает определение уровня развития ребенка, его соответствие нормативным показателям ведущих для данного возраста линий развития. В зависимости от полученных результатов определяется характер психофизического развития — его нормативность, наличие опережения либо задержки, как в целом, так и по отдельным линиям. Реализуется диагностическая функция в ходе индивидуального обследования уровня функционирования ребенка на основе Международной классификации функционирования (далее МКФ), углубленной психолого-педагогической диагностики в ходе наблюдений за ребенком в естественной и специально организованной деятельности. Выделяем три вида диагностики: первичную, промежуточную и итоговую.

Субъектами диагностической деятельности являются ребенок с ОВЗ, специалисты Службы и родители ребенка. Роль родителей особенно значима при проведении наблюдений за ребенком в разнообразных естественных ситуациях. При этом заранее должны быть определены как задачи наблюдения, так и его конкретный предмет (способы деятельности, формы и характер взаимодействия с окружающими, интересы и др.). Результаты наблюдений помогают оценить динамику развития ребенка, а следовательно, и эффективность ранней психолого-педагогической помощи, оказываемой ребенку и его семье.

Диагностическая функция обеспечивает возможность прогнозирования дальнейшего развития ребенка, появления у него в будущем затруднений, обусловленных выявленными особенностями развития ребенка и социальной ситуацией воспитания. Учет характера испытываемых ребенком и его семьей трудностей позволяет определить наиболее оптимальные психолого-педагогические условия его воспитания и развития, содержание и объем необходимой семье психолого-педагогической помощи. Диагностическая функция является базовой по отношению ко всем остальным функциям Службы, определяя содержательную основу их реализации.

*Консультативная функция* направлена на создание необходимого информационного и мотивационного поля ранней помощи, активное включение родителей ребенка раннего возраста с ОВЗ в целенаправленный коррекционно-развивающий процесс. Ее адресатами являются не только родители детей, но и педагоги, сотрудники других структур, связанных с сопровождением детей с ОВЗ.

Содержание консультативной помощи может включать информацию о закономерностях развития ребенка в раннем возрасте, об индивидуальных особенностях развития ребенка, задачах, направлениях и средствах развивающего взаимодействия взрослых с ребенком, информацию об услугах

СРП. Обязательным является обучение членов семьи навыкам ухода, коммуникации, обучения и воспитания ребенка исходя из особенностей его развития; обучение родителей и членов семьи доступным приемам развития и адаптации. Консультативная помощь может ориентировать педагогов и родителей в научно-методических, нормативно-правовых и организационных аспектах ранней психолого-педагогической помощи, материально-технических условиях ее реализации.

Консультативная функция реализуется в процессе индивидуальных и групповых консультаций с родителями, педагогами. Консультации могут быть разовыми и регулярными. В первом случае они носят в основном информационный и рекомендательный характер. Регулярные консультации, проводимые с определенной периодичностью, кроме информационных, решают еще и обучающие, организационные задачи.

*Экспертная функция* предполагает деятельность педагогов и специалистов СРП, участвующих в разработке и реализации индивидуальной программы психолого-педагогической помощи ребенку и составляющих единую междисциплинарную команду. От слаженной деятельности членов такой команды зависит ее результативность. В процессе такого взаимодействия совместно определяются содержание психолого-педагогической помощи, ее продолжительность и формы осуществления. Взаимосвязь осуществляется в работе специалистов Службы ранней помощи прежде всего на ПМП консилиуме. Основная цель работы консилиума – совместное обсуждение специалистами развития ребенка, обследованного каждым из участников консилиума индивидуально, выработка рекомендаций по обучению и воспитанию ребенка для ведущего специалиста, решение вопроса об изменении образовательного маршрута.

*Коррекционно-развивающая функция* предполагает целенаправленную работу по изменению развивающей среды, адаптации ее к возможностям и потребностям ребенка с ОВЗ, создание психолого-педагогических условий преодоления имеющихся у ребенка трудностей в овладении способами и средствами взаимодействия с окружающими, в развитии психологических функций, а также в развитии у него новообразований, характерных для данного возраста, в овладении ребенком соответствующих форм деятельности и общения (обучение вербальной, дополнительной и альтернативной коммуникации, формирование навыков самостоятельного приема пищи и питья, других навыков самообслуживания).

Содержание коррекционно-развивающей работы определяется результатами углубленной психолого-педагогической диагностики. Реализуется коррекционно-развивающая функция в специально организованной предметно-пространственной среде, в ходе специально организованного взаимодействия взрослых (специалистов, родителей) с ребенком с ОВЗ. Такие занятия могут быть индивидуальными или групповыми и решать наряду с коррекционными задачи обучения родителей проведению коррекционной работы в домашних условиях, организации дома соответствующей коррекционно-развивающей среды.

Выбор конкретных методик и технологий при реализации коррекционно-развивающей функции относится к ответственности специалистов Службы ранней помощи и производится с согласия родителей.

*Профилактическая (абилитационная) функция* Службы обеспечивает профилактику возникновения отклонений в развитии ребенка вторичного характера, обусловленных несоответствием требований среды реальным возможностям ребенка. Возможность предвидеть появление у ребенка в дальнейшем тех или иных трудностей позволяет организовать среду развития ребенка, чтобы предотвратить их возникновение. Профилактика обеспечивает устранение и минимизацию возможных нарушений через целенаправленную стимуляцию развития тех функций, видов деятельности, характеристик эмоционально-волевой и личностной сфер, которые могут оказаться в зоне риска вследствие имеющегося первичного нарушения.

Профилактическая функция СРП тесно связана с основными функциями: диагностической, консультативной, экспертной, коррекционно-развивающей. Эффективность реализации профилактической функции в значительной степени обусловлена координацией деятельности всех субъектов СРП — специалистов Службы, родителей, а также специалистов внешних по отношению к ДОО организаций и служб разной ведомственной подчиненности, участвующих в решении проблем, связанных с развитием детей раннего возраста.

### **2.3. Алгоритм поступления ребенка в Службу ранней помощи в рамках структурно-функциональной модели «Шаг за шагом»**

**Поступление ребенка в Службу ранней помощи (СРП) на базе ДОО** возможно по двум маршрутам:

**1. По заключению ПМПК.**

Сотрудники ПМПК на этапе вхождения ребенка и семьи в целевую группу получателей ранней помощи выполняют:

- установление нуждаемости ребенка и семьи в услугах ранней помощи, информирование родителей (законных представителей) о программе ранней помощи и других региональных ресурсах в этой сфере;
- проводят углубленное обследование (оценку) развития ребенка и среды (семьи) для последующего составления индивидуального маршрута ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи;
- определяют совместно с родителями оптимальный вариант организации ранней помощи, оформляют заключение с указанием необходимых форм, методов и приемов психолого-педагогической коррекции в рамках реализации программы ранней помощи, а также прописывают необходимые специальные образовательные условия.

**2. По индивидуальному запросу от родителей напрямую в СРП.**

**При первичном обращении** родителей (законных представителей) в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи, (самостоятельно

или по направлению ПМПК) выполняются следующие действия заведующим ДОУ:

- регистрация обращения (Журнал регистрации);
- информирование о порядке предоставления услуг ранней помощи;
- информирование о правах получателей услуг (по запросу);
- предоставление информационных ресурсов об организации-поставщике услуг ранней помощи (по запросу);
- запись на первичный диагностический прием.

Максимальный срок ожидания зачисления в СРП 2 месяца. Зачисление в СРП осуществляется на основании решения ПМПК ДОО по письменному заявлению родителя (другого законного представителя) и оформления договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи.

При обращении в Службу ранней помощи семье назначается первичный прием, который проводит междисциплинарная команда специалистов.

**Первичный диагностический прием** предоставляется семье в течение 2-х недель с момента обращения. Перед первичным приемом в Службе ранней помощи родители заполняют анкету. На первичном приеме проходит сбор и анализ информации об условиях жизни семьи и ребенка; анализ медицинской документации; анализ индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (при наличии); оценка развития ребенка, выявление ограничений жизнедеятельности ребенка, определение ресурсных возможностей ребенка и семьи.

Задача первичного приема — определить примерные направления программы помощи семье, цели и методы углубленной оценки, ведущих специалистов для работы. По итогам первичного приема семья получает заключение, согласно которому ребенка либо зачисляют в программу Службы, либо даются общие рекомендации, и родители самостоятельно их используют.

Ведущим методом оценки на первичном приеме является наблюдение за ребенком и его ближайшим окружением в разных ситуациях. Поэтому в Службе ранней помощи процесс диагностики пролонгирован, т. е. может занимать несколько встреч разного формата. Оценочные процедуры на первичном приеме проводятся в ситуациях, максимально приближенных к естественным, с участием родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц.

Информация, полученная на первичном приеме, оформляется протоколом первичного приема. Результаты первичного приема подлежат обсуждению на ПМПК, по итогам которого составляется заключение о соответствии или несоответствии состояния ребенка критериям разработки ИПРП (индивидуальной программы ранней помощи).

#### **2.4. Составление индивидуальной программы ранней помощи**

Нет заранее прописанных программ для детей с определенными

нарушениями, каждая программа помощи конкретной семье индивидуальна. Существуют лишь общие подходы к организации помощи и ее этапы: проведение первичной оценки, оценка потребностей семьи и ребенка, выработка плана работы, периодическая оценка эффективности программы и пересмотр целей вмешательства, подготовка ребенка к переходу в другие программы.

**Индивидуальная программа ранней помощи** формируется междисциплинарной командой специалистов в соответствии с примерным перечнем услуг ранней помощи. Разработка индивидуальной программы ранней помощи и сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью и его семьи проводится специалистами Службы ранней помощи на основе углубленной психолого-педагогической диагностики совместно с его родителями (законными представителями, воспитателями) по определенному алгоритму:

1-й шаг — углубленное обследование ребенка. Оценочные процедуры для разработки ИПРП включают углубленную оценку функционирования и ограничений жизнедеятельности ребенка в контексте факторов окружающей среды, проводимую по доменам и категориям МКФ, в том числе оценку функций и структур организма ребенка, активности ребенка, а также вовлеченности и поведения ребенка и его родителей в естественных жизненных ситуациях.

К критериям наличия у ребенка ограничения жизнедеятельности относятся умеренные, тяжелые или полные ограничения/задержка развития в следующих доменах МКФ: обучение и использование знаний; общие задачи и требования; общение; мобильность; самообслуживание, межличностные взаимодействия и отношения.

2-й шаг — определение основных направлений ранней помощи, их приоритетности, содержательных аспектов, специальных условий и методов, сроков реализации. ИПРП составляется на срок не менее 6 месяцев, пересматривается регулярно не реже 1 раза в 3 месяца и может быть пролонгирована при отсутствии критериев ее завершения. Четко формируются цели и задачи программы. Родители с ребенком приезжают в Службу на занятия согласно установленному графику. Выбираются формы работ: индивидуальная или групповая. Цель программы — достижение конкретных результатов (развитие конкретных навыков и умений).

4-й шаг — документальное оформление программы.

Структура индивидуальной программы ранней помощи задается ИПРА ребенка-инвалида. Согласно приказу Минтруда России от 13.06.2017 № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.07.2017 № 47579), определена структура индивидуальной программы ребенка-инвалида.

ИПРП должна включать:

- формальные данные о ребенке — потребителе услуг ранней помощи;
- результаты оценочных процедур;
- цели ИПРП;
- перечень естественных жизненных ситуаций, в которых ИПРП реализуется;
- перечень услуг ранней помощи и количественные показатели их предоставления: длительность и периодичность оказания услуг, места и формы их предоставления;
- срок реализации ИПРП;
- фамилию, имя, отчество и контактные данные ведущего специалиста;
- фамилию, имя, отчество дополнительных специалистов.

При определении содержания программы нами выделены 3 варианта.

**Программа развития «Социализация»** — поддержка развития жизненных компетенций ребенка с ограниченными возможностями развития по основным областям (физическое развитие, включая развитие двигательных, слуховых и зрительных функций, познавательное развитие, общение, социальное взаимодействие, развитие адаптивных навыков, включая самообслуживание).

**Программа развития «Абилитация»** — направлена на развитие у ребенка функций, изначально у него отсутствующих или нарушенных, предотвращение возникновения стойких вторичных отклонений в психофизическом развитии. В первую очередь предназначена для детей, имеющих диагностированное состояние, которое с высокой вероятностью приведет к задержке в развитии (серьезные нарушения здоровья) или проживающих в условиях социального риска.

Цели программы: обучение детей различным навыкам (коммуникативным, когнитивным, двигательным, навыкам самообслуживания); вызывание или стимулирование речи; знакомство родителей с наиболее эффективными способами обучения детей; помощь родителям в нахождении наиболее адекватного способа взаимодействия со своим ребенком, учитывающего индивидуальные особенности и уровень его развития.

**Программа развития «Поддержка»:** оказание содействия в развитии детей раннего дошкольного возраста на основе организации игровой деятельности; обучение родителей и специалистов дошкольных образовательных учреждений способам применения различных видов игровых средств обучения; организация на их основе развивающих игр и игрового взаимодействия с детьми; консультирование родителей по созданию развивающей среды в условиях семейного воспитания, формированию оптимального состава игровых средств обучения, правилам их выбора; ознакомление родителей и специалистов дошкольных образовательных учреждений с современными видами игровых средств обучения

**Промежуточная и итоговая оценки результативности реализации**



**ИПРП** должны быть направлены на определение динамики целевых показателей ИПРП.

1) промежуточная и итоговая оценка результативности реализации ИПРП проводится с использованием тех же методов и методик, что и оценка при составлении ИПРП, а также включает в себя оценку удовлетворенности родителей (законных представителей), других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц полученными услугами;

2) промежуточная оценка результативности реализации ИПРП проводится не реже 1 раза в 3 месяца.

По результатам оказания услуг в СРП ребенок и семья могут перейти в образовательные организации. Алгоритм действия специалиста при подборе образовательного учреждения для ребенка:

1. Выбрать учреждение.

2. Подготовить пакет документов для ПМПК (заключения специалистов Службы ранней помощи, отражающие динамику развития, ресурсы ребенка и его семьи).

3. При необходимости встретиться с представителем ПМПК, представив ребенка и его семью, присутствовать на заседании ПМПК.

4. Если мнение специалиста Службы ранней помощи (родителей, законных представителей) совпадает с решением ПМПК, сопровождать ребенка и семью при переходе в другое образовательное учреждение с целью помощи в адаптации ребенка.

## **2.5. Работа специалистов в Службе ранней помощи**

В структуре Службы для реализации комплексного психолого-педагогического подхода необходимы следующие штатные единицы:

— педагог-психолог (1,5 ст.);

— учитель-логопед / специалист по ранней коммуникации (1 ст.);

— учитель -дефектолог (1 ст.);

— инструктор по АФК (1 ст.).

### ***Специалисты Службы ранней помощи:***

- Владеют знаниями об основных нормативно-правовых документах по оказанию ранней помощи детям до 3-х лет с ОВЗ.

- Владеют знаниями об этапах нормального развития всех сфер жизни ребенка до 3-х лет.

- Владеют навыками распознавания признаков отставания в развитии, нарушения развития, рисков возникновения негативных факторов, влияющих на развитие ребенка до 3-х лет.

- Обладают информацией о целевой группе получателей услуги.

- Владеют навыками использования диагностического инструментария для оценки развития ребенка до 3-х лет, навыками обработки и анализа результатов и составления на их основе психолого-педагогического заключения.

- Владеют знаниями о программах ранней помощи детям до 3-х лет с ОВЗ или риском возникновения нарушения развития.
- Владеют навыками выбора программы ранней помощи и разработки индивидуально ориентированной программы помощи для получателя услуги.
- Владеют знаниями и умеют работать с детьми с ОВЗ, в том числе с детьми, имеющими сложную структуру нарушений.
- Владеют навыками организации психолого-педагогического сопровождения ребенка и его семьи на основе ИПРП.
- Владеют навыками консультирования родителей по вопросам развития ребенка и его особенностям, а также различными подходами, которые используются в помощи детям с ОВЗ.
- Владеют знаниями о методах оценки, о программах, которые применяют в своей работе другие специалисты команды.
- Владеют умением работать в междисциплинарной команде, учитывать мнение коллег и согласованно работать с ними при оказании помощи детям и семьям.
- Владеют навыком представления случая для междисциплинарного обсуждения и подготовки материалов для профессиональной супервизии.
- Владеют навыками ведения профессиональной документации.
- Владеют навыками коммуникации с ребенком и семьей, поддержания с ребенком и членами его семьи равноправных партнерских отношений.
- Владеют навыками создания и поддержки безопасной и стимулирующей среды, оптимальной для хорошего самочувствия и развития ребенка, и умением консультировать родителей по ее организации дома.
- Владеют навыком выбора для ребенка дальнейшего образовательного маршрута и знают, как предлагать его семье.
- Владеют знаниями по нормативной правовой базе по соблюдению конфиденциальности и защите персональных данных ребенка и его семьи.

Далее рассмотрены требования к каждому специалисту Службы ранней помощи (уровень образования, дополнительные компетенции), основные направления и формы работы (характерные для данного специалиста, кроме общекомандных форм работы).

### **Педагог-психолог**

#### **Требуемый уровень образования**

Базовое: высшее образование по направлению подготовки «Специальное (дефектологическое) образование», профиль «Специальная психология», по специальности «Клиническая психология», специализация «Клинико-психологическая помощь ребенку и семье».

Дополнительное: повышение квалификации и профессиональная переподготовка в области раннего детского развития и ранней помощи.

#### **Компетенции**

1. Владеет знаниями об этапах нормального развития всех сфер жизни ребенка до 3-х лет.

2. Владеет навыком распознавания признаков отставания в развитии, нарушения развития, рисков появления негативных факторов, влияющих на развитие ребенка до 3-х лет.

3. Владеет знаниями о диагностическом инструментарии для проведения скрининга ребенка до 3-х лет, умеет применять эти инструменты в своей деятельности.

4. Владеет специальными диагностическими методиками для комплексной оценки развития ребенка и умеет провести диагностическое обследование, в том числе по рубрикам Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

5. Владеет навыками обработки и анализа результатов скрининга и составления на их основе психолого-педагогического заключения.

6. Владеет навыками консультирования родителей по вопросам развития ребенка, по его особенностям; использует различные подходы в помощи детям с ОВЗ.

7. Владеет навыком разработки ИПРП на основе психологической диагностики семьи и оценки взаимодействия в диаде родитель — ребенок.

8. Владеет навыками организации индивидуальных и групповых игровых занятий.

9. Владеет навыками работы с родителями, направленной на формирование специальных компетенций, необходимых для воспитания и обучения ребенка, нормализации детско-родительского взаимодействия, оказания помощи в решении психологических проблем в семье.

10. Умеет оценить ситуацию в семье и возможность участия в реализации ИПРП родителей и других взрослых, участвующих в воспитании ребенка.

11. Владеет навыками ведения профессиональной документации.

### **Направления работы**

Основной целью работы педагога-психолога в Службе ранней помощи является оказание помощи семьям с детьми, имеющим социально-эмоциональные проблемы.

В обязанности педагога-психолога входит оценка особенностей социально-эмоционального и когнитивного развития ребенка, оценка взаимодействия между ребенком и родителями. Работа психолога включает в себя также психологическую помощь и поддержку семьям, помощь в оптимизации отношений между родителями и ребенком, психологическую работу с детьми, имеющими социально-эмоциональные проблемы и нарушения в области психического здоровья, формирование основных способов усвоения общественного опыта, установление эмоционального контакта с близкими взрослыми, укрепление положительных эмоциональных связей, формирование различных форм общения (ребёнок — ребёнок; ребёнок — взрослый). Психолог также реализует профилактические программы для детей группы социального риска и их семей.

## Формы работы

1. Углубленная оценка особенностей социально-эмоционального развития ребенка и особенностей взаимодействия в паре «взрослый — ребенок».

2. Консультирование родителей по проблемам ребенка. Применяется, когда у ребенка нет значительных проблем в развитии, в то время как родители испытывают недостаток информации о том, как справиться с преходящими трудностями.

3. Индивидуальные и групповые занятия с диадой «родитель — ребенок».

4. Консультирование других специалистов Службы по проблемам работы с семьями, обучение специалистов способам общения с родителями, которые помогут оказать им необходимую поддержку.

5. Проведение групповых занятий с детьми и родителями (задачи: оптимизация детско-родительского взаимодействия, укрепление привязанности, первичная социализация, поддержка родителей).

Семья является средой развития ребёнка, и гармоничные отношения в этой среде способствуют успешному его развитию. Непосредственное эмоциональное общение с матерью становится ведущей деятельностью ребёнка раннего возраста. Общение в этот период должно носить эмоционально-положительный характер.

На первичном диагностическом занятии педагог-психолог изучает семью ребёнка и её проблемы, психологические особенности родителей, проявляемые во время обследования ребёнка: контактность, уровень активности, особенности эмоционально-волевой сферы ребёнка и т. д. А также собирает дополнительные сведения о ребёнке (игра, поведение, аппетит, сон и т. д.) и оформляет данные в виде протокола.

Используются следующие диагностические методики:

- Контроль за поведением детей раннего возраста (по рекомендациям).
- «Опросник родительских отношений» (ОРО).
- «Опросник для диагностики эмоционального неблагополучия детей» (ОДЭН).

Полученные данные используются при составлении общего заключения.

Консультирование родителей педагогом-психологом проводится:

- по результатам диагностики;
- по запросам родителей.

Получить знания о развитии, воспитании ребенка раннего возраста родители могут не только на индивидуальных занятиях, но и в виде различных групповых форм работы. Одной из таких форм является организация работы родительского клуба «Мать и дитя». Занятия включают в себя элементы тренинга и беседы с родителями по определённым темам. Такая форма работы расширяет кругозор родителей, позволяет им ещё глубже понять внутренний мир ребенка раннего возраста с ОВЗ.

## **Учитель-логопед / Специалист по ранней коммуникации**

### **Требуемый уровень образования**

Базовое: высшее образование по направлению подготовки «Специальное (дефектологическое) образование», профиль «Логопедия», по специальности «Логопедия».

Дополнительное: повышение квалификации и профессиональная переподготовка в области раннего детского развития и ранней помощи.

### **Компетенции**

1. Владеет знаниями о закономерностях развития коммуникации в раннем возрасте, в т. ч. невербальной коммуникации, особенностях восприятия речи и развития языка.

2. Владеет знаниями об основных этапах моторного функционирования челюстно-лицевой области (язык, губы, щеки, нижняя челюсть).

3. Владеет навыками оценивания орально-моторных навыков, навыков питания и знает особенности работы с детьми раннего возраста, имеющими нарушения в данной области, в том числе по рубрикам Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

4. Владеет знаниями по анатомо-физиологическим особенностям мышечной и костной систем, участвующих в голосообразовании и дыхании.

5. Владеет навыками оценивания функции голосообразования и дыхания и знает особенности работы с детьми, имеющими нарушения в данной сфере.

6. Владеет различными методами оценки развития коммуникации детей раннего возраста, формализованными методами наблюдения и умением проводить экспертную оценку.

7. Владеет знаниями о системе альтернативной коммуникации (жесты, пиктограммы и т. д.) и умеет их использовать в работе с детьми раннего возраста.

8. Владеет навыками организации и проведения групповых и индивидуальных занятий, направленных на развитие коммуникации (в т. ч. альтернативной), языка, на социальное развитие.

9. Владеет навыками консультирования родителей по социализации ребенка, развитию коммуникации.

10. Владеет навыками согласования и фиксирования результатов сопровождения ребенка.

11. Владеет навыками завершения отношений с ребенком и семьей после длительного периода сопровождения.

12. Владеет знаниями об организациях, оказывающих услуги детям и семьям, воспитывающим детей с ОВЗ, или риском нарушения развития, умеет передавать сведения о них семье.

### **Направления работы**

Цели работы логопеда (специалиста по ранней коммуникации) — помощь в развитии коммуникативных способностей ребенка, формирование средств общения, помощь в освоении дополнительных систем коммуникации

(картинки, жесты, символы, пиктограммы). Работает с детьми с нарушениями коммуникации, вызванными различными причинами.

В обязанности специалиста входят: оценка особенностей речевого, языкового и коммуникативного развития ребенка, консультирование семей по вопросам коммуникативного развития, проведение индивидуальных и групповых программ для детей с нарушениями коммуникации.

Логопед помогает ребенку наладить общение с окружающими теми средствами коммуникации, которые доступны ему в данный момент. Одновременно он учит близких людей понимать и использовать те же средства коммуникации, которые использует ребенок.

### **Формы работы**

1. Углубленная оценка особенностей коммуникативного развития ребенка.

2. Консультирование родителей по развитию коммуникации у детей (индивидуальное и групповое).

3. Занятия с парой «родитель — ребенок». Проводятся для детей, которые имеют отставание в коммуникативном развитии.

4. Консультирование специалистов Службы, педагогов, медицинских работников по проблемам развития коммуникации.

5. Проведение групповых занятий с детьми и родителями (задачи: социализация, развитие коммуникации).

Логопед является одним из ведущих специалистов команды системы ранней помощи. Но логопедическая работа с детьми первых лет жизни с отклонениями в развитии и их семьями в системе ранней помощи имеет свои особенности, которые отличают ее от логопедической работы с детьми дошкольного возраста:

1) диагностические и коррекционно-развивающие логопедические мероприятия являются составной частью общего психолого-педагогического воздействия в работе с детьми первых лет жизни с отклонениями в развитии и их семьями;

2) вариативные формы ранней помощи представляют собой нововведение, поэтому возникает проблема программного и методического обеспечения, в частности такого направления, как логопедическая работа с детьми первых лет жизни с отклонениями в развитии;

3) логопедическая работа с детьми первых лет жизни в системе ранней помощи предполагает не только абилитационное и реабилитационное воздействие на ребенка на занятиях, но и активное взаимодействие с родителями, включенными в психолого-педагогический процесс (систематическое консультирование родителей логопедом по вопросам речевого развития ребенка и создания необходимых условий для становления речевой функции в условиях семейного воспитания; подбор необходимых приемов коррекционно-развивающего логопедического воздействия и обучение этим приемам родителей; привлечение родителей к активному взаимодействию со своим ребенком на логопедических занятиях).

Работа логопеда с детьми от рождения до 3-х лет имеет свою специфику,

которая обусловлена возрастными особенностями. В период младенчества и раннего возраста основы речевой функции только закладываются, следовательно, о проявлении каких-либо речевых нарушений говорить в этом возрасте сложно. Первый год жизни ребенка рассматривается как доречевой период, и в это время одним из возможных проявлений дизонтогенеза является задержка доречевого развития; в раннем возрасте (на втором-третьем году жизни) начинается активное усвоение ребенком речевых средств коммуникации, и речевые проблемы в этом возрасте определяются как задержка речевого развития. Г.В. Чиркина и О.Е. Громова (2008) указывают, что термин «задержка речевого развития» применяется для описания раннего речевого развития с воздействием каких-либо негативных влияний и факторов. [32] Особое внимание следует уделять форме проявления задержки речевого развития: является ли она единственным показателем дизонтогенеза при нормальном становлении остальных линий развития или наблюдается при равномерном характере нарушений в других сферах (двигательной, сенсорной, эмоциональной и т. п.), представляет собой выраженную задержку речевого развития при парциальных нарушениях других психических функций, а может быть, является проявлением в структуре сложного дефекта.

При проведении обследования детей раннего возраста логопедом могут быть использованы диагностические материалы, предложенные в работах Ю.А. Разенковой (1998) [24], О.Г. Приходько (2009) [19], О.Е. Громовой (2004) [8] и др. Логопедическое заключение является компонентом общего психолого-педагогического заключения о развитии ребенка первых лет жизни, а коррекционно-развивающее логопедическое воздействие рассматривается как составляющее звено ранней комплексной дифференцированной помощи ребенку с отклонениями в развитии и его семье.

### **Учитель-дефектолог**

#### **Требуемый уровень образования**

Базовое: высшее образование по направлению подготовки «Специальное (дефектологическое) образование», профиль «Олигофренопедагогика», «Тифлопедагогика», «Сурдопедагогика», «Дошкольная дефектология», по специальности «Олигофренопедагог».

Дополнительное: повышение квалификации и профессиональная переподготовка в области раннего детского развития и ранней помощи.

#### **Компетенции**

1. Владеет знаниями об особенностях познавательного развития детей раннего возраста; необходимыми знаниями по всем областям развития ребенка раннего возраста, знаниями из смежных с педагогикой наук.

2. Владеет различными методами оценки познавательного развития детей раннего возраста, формализованными методами наблюдения и умением проводить экспертную оценку, в том числе по рубрикам

Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

3. Владеет навыками организации и проведения групповых и индивидуальных занятий, направленных на познавательное развитие и формирование навыков практической жизни.

4. Владеет навыками консультирования родителей по познавательному развитию ребенка и формированию у него навыков практической жизни.

5. Владеет навыками проведения домашнего визитирования с целью оценки потребности семьи в помощи.

6. Владеет навыками консультирования родителей по вопросам социальных прав и гарантий.

7. Владеет навыками организации и проведения анкетирования, опроса, использования других методов учета мнения родителей об эффективности программы.

8. Владеет навыками прогнозирования и планирования образовательного маршрута ребенка с нарушением развития.

9. Владеет навыками подготовки ребенка к поступлению в дошкольное образовательное учреждение.

10. Владеет навыками подготовки необходимой документации для ПМПК для продолжения образовательного маршрута ребенка.

11. Владеет навыками оформления статистического и аналитического отчетов.

### **Направления работы**

Основной целью работы учителя-дефектолога является оказание помощи семьям с детьми, имеющими проблемы в познавательной области.

В обязанности учителя-дефектолога входит: оценка особенностей когнитивного и языкового (коммуникативного) развития ребенка; определение доступного способа получения знаний. Учитель-дефектолог планирует и проводит индивидуальные и групповые занятия для детей с ОВЗ как в отдельных областях развития, так и с множественными нарушениями, а также с детьми группы риска. Цель таких занятий — дать ребенку возможность получать сведения об окружающем мире доступным ему способом, расширять количество знаний о самом себе, других людях, об окружающем мире.

В практике программ ранней помощи не принято деление на более узкую специализацию в соответствии с ведущим нарушением у ребенка (сурдо-, тифло-, олигофренопедагогов).

### **Формы работы**

1. Углубленная оценка особенностей когнитивного развития ребенка.

2. Консультирование родителей. Проводится по запросу родителей, если у ребенка нет значительных проблем в развитии, но у родителей не хватает знаний о способах развития ребенка или они тревожатся по поводу уровня его развития.



3. Занятия с парой «родитель — ребенок». Проводятся для детей, которые имеют отставание в познавательной области развития или в области понимания речи.

4. Консультирование других специалистов по подбору методов и приемов развития познавательной сферы.

5. Проведение групповых занятий с детьми и родителями (задачи: социализация, познавательное развитие через взаимодействие с родителями).

### **Инструктор по адаптивной физической культуре**

#### **Требуемый уровень образования**

Базовое: высшее образование по направлению подготовки «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья», профиль «Адаптивное физическое воспитание».

Дополнительное: повышение квалификации в области раннего детского развития и ранней помощи. Переподготовка в области физической реабилитации, эрготерапии.

#### **Компетенции**

1. Владеет методами оценки функционального состояния ребенка и окружающей его обстановки по рубрикам Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

2. Умеет формулировать конкретные краткосрочные и долгосрочные цели вмешательства, которые ориентированы на проблемы ребенка, потребности ребенка и семьи и направлены на улучшение функционирования ребенка. Планирует и проводит индивидуальную программу помощи.

3. Владеет необходимыми физиотерапевтическими приемами, включая приемы, направленные на обучение новым двигательным навыкам, развитию равновесия и мелкой моторики.

4. Умеет включать конкретные приемы физической терапии в игру ребенка, конструируя необходимые игровые ситуации.

5. Умеет обучать родителей необходимым приемам физической терапии.

6. Умеет составлять для каждого ребенка с тяжелыми двигательными нарушениями программу, направленную на профилактику вторичных осложнений, и обучать родителей правильным приемам позиционирования, обеспечения полного объема движений и использованию необходимого оборудования.

7. Умеет подбирать необходимые вспомогательные средства, специальное оборудование и приспособления.

8. Умеет адаптировать вспомогательные приспособления так, чтобы они соответствовали росту, весу и возможностям ребенка, самостоятельно изготавливать простейшие приспособления и при необходимости обучать этому родителей ребенка.

9. Владеет навыками подготовки необходимой документации для ПМПК для продолжения образовательного маршрута ребенка.

10. Владеет навыками оформления статистического и аналитического отчетов.

## **Направления работы**

Цель работы инструктора по адаптивной физической культуре — оказание помощи семьям, имеющим детей с двигательными нарушениями или риском их развития. Работа инструктора по адаптивной физической культуре направлена на повышение способности ребенка к движению и независимому функционированию, на профилактику вторичных нарушений.

В обязанности инструктора по адаптивной физической культуре входит: определение физического, функционального состояния ребенка, анализ позитивных и негативных факторов, влияющих на его развитие; разработка и проведение программы физической терапии с учетом особенностей работы других членов междисциплинарной команды. Физический терапевт осуществляет подбор и адаптацию специальных приспособлений, необходимых ребенку с двигательными нарушениями, соответственно росту, весу, возможностям ребенка и степени нарушений, обучает родителей использованию этих приспособлений. Инструктор по адаптивной физической культуре также периодически оценивает изменения, происходящие в функциональном состоянии ребенка в ходе проведения программы помощи.

### **Формы работы**

1. Углубленная оценка особенностей двигательного развития ребенка.
2. Консультирование родителей по вопросам двигательного развития ребенка; по вопросам подбора, адаптации и самостоятельного изготовления специальных приспособлений для детей с двигательными нарушениями, обучение родственников ребенка использованию этих приспособлений. Разработка совместно с семьей физиотерапевтического менеджмента.
3. Занятия с парой «родитель — ребенок» (улучшение контроля над положением тела в пространстве, развитие правильных образцов движений; нормализация мышечного тонуса, ограничение возможности развития неправильных моделей движения; профилактика двигательных нарушений и вторичных осложнений; организация условий для формирования двигательных навыков — подбор физиологических поз, вспомогательных средств).
4. Консультирование специалистов СРП по вопросам двигательного развития детей и организации занятий.

Все специалисты Службы ранней помощи должны: соблюдать этические нормы; уметь работать в команде, представлять случаи для разбора, участвовать в командных и профессиональных супервизиях; знать закономерности развития ребенка; иметь базовые знания по раннему вмешательству; владеть скрининговыми методами оценки зрения, слуха, уровня развития детей первых 3 лет жизни; уметь разрабатывать и оценивать эффективность программы ранней помощи; вести документацию соответствующего образца, представлять отчет о работе.

## **2.6. Формы работы с семьей и ребенком в Службе ранней помощи на базе дошкольной образовательной организации**

Структурно-функциональная модель Службы ранней помощи «Шаг за шагом» реализуется в следующих формах организации деятельности:

- первичный диагностический прием;
- индивидуальные коррекционно-развивающие занятия
- групповые коррекционно-развивающие занятия;
- домашнее визитирование;
- индивидуальные и групповые консультации;
- родительский клуб.

**Первичный диагностический прием** — это посещение семьей Службы ранней помощи впервые. Если на первую встречу родитель приходит без ребенка, а на вторую — с ребенком, обе встречи имеют статус «первичного приема». Рекомендуется осуществлять первичный прием педагогу-психологу.

### **Индивидуальные коррекционно-развивающие занятия**

Индивидуальное занятие – основная форма работы педагога в СРП с ребенком и его родителем (законным представителем) или другим членом семьи, преимущественно занимающимся воспитанием ребенка. На занятии могут также присутствовать другие члены семьи и лица, принимающие участие в воспитании ребенка. Индивидуальное занятие предполагает решение основных задач СРП: реализацию ИПРП, оценку динамики психического развития и психологического состояния ребенка, нормализацию детско-родительского взаимодействия и преодоление поведенческих проблем ребенка, решение психологических проблем ребенка и его окружения. Продолжительность встречи — до 40 минут: необходимо включать смену видов деятельности специалиста, родителя и ребенка. Для детей от 1,5 до 3 лет продолжительность одного занятия в структуре встречи не должна превышать 8—10 минут, допустимо проведение занятий в первую и вторую половину одного дня, максимальный допустимый объем недельной образовательной нагрузки — 10 занятий. Специалист планирует структуру индивидуального занятия для каждого ребенка в соответствии с содержанием поставленных задач и требованиями СанПиН.

В структуру индивидуального занятия могут входить:

- наблюдение за свободной игрой ребенка с целью оценки динамики психического развития и психологического состояния;
- сопровождение свободной игры ребенка с целью решения задач индивидуально-ориентированной программы и др.;
- наблюдение за совместной игрой ребенка и родителя, с целью обследования стратегий родительского поведения (образовательно-воспитательных компетенций);
- обучение родителей техникам стимуляции и поддержки развития ребенка, нормализации детско-родительских отношений, преодоления поведенческих проблем ребенка и др. во время совместной игры ребенка и родителя;

— совместная игра специалиста с ребенком и родителем с целью решения задач индивидуально-ориентированной программы, обучения родителей техникам стимуляции и поддержки развития ребенка и др.;

— индивидуальное занятие специалиста с ребенком с целью решения задач индивидуально-ориентированной программы;

— беседа с родителями: обсуждение результатов совместной работы, планирование работы на дому и др.

### **Групповые коррекционно-развивающие занятия**

Для решения задач индивидуально-ориентированной программы, связанных с социальной и коммуникативной сферами, занятие может проводиться для двух и более детей и их родителей — групповой игровой сеанс. Такая форма работы позволяет, в частности, включать в процесс сопровождения сиблингов.

Групповой игровой сеанс, так же как и индивидуальный, проводит один специалист. Задачи, решаемые на групповом игровом сеансе, прописаны в соответствующих разделах ИПРП. Другая программа групповой работы не используется. Групповой игровой сеанс для нескольких диад «ребенок — родитель» или игровой сеанс с участием сиблингов также структурирован в соответствии с содержанием решаемых задач и требованиями СанПиН.

В структуру игрового сеанса могут входить:

— наблюдение за свободной игрой и взаимодействием детей с целью оценки динамики психического развития и психологического состояния;

— инициация и сопровождение совместной игры детей между собой с целью решения задач индивидуально-ориентированной программы и др.;

— сопровождение параллельной игры детей и их родителей с целью обучения родителей техникам стимуляции и поддержки развития ребенка, нормализации детско-родительских отношений, преодоления поведенческих проблем ребенка и др.;

— совместная (структурированная и неструктурированная) игра специалиста с детьми и родителями с целью решения задач индивидуально-ориентированной программы, обучения родителей техникам стимуляции и поддержки развития ребенка и др.;

— беседа с родителями: обсуждение результатов совместной работы, планирование работы на дому и др.

Организовывать и проводить групповые занятия могут учитель-дефектолог, педагог-психолог, специалист по АФК, учитель-логопед. Обязательной является работа в группе специалиста вместе с родителями и детьми, а также регулярность проведения групповых занятий и их постоянство.

Групповая работа специалистов составляет 40 часов и проводится от 1 до 3 раз в неделю. Наполняемость групп составляет:

— с нарушениями развития (риском нарушения) — 4 ребенка;

— с множественными нарушениями развития — 2 ребенка.

Групповая работа, так же как и игровые сеансы, предполагает присутствие и активное участие родителей и направлена на реализацию

аспектов ИПРП и решение других задач психолого-педагогического сопровождения семьи. В том числе групповая работа должна способствовать взаимодействию и общению между ребенком и его родителями (законными представителями), между детьми, между родителями разных детей, между родителем и другим ребенком.

**Домашнее визитирование** (индивидуальное консультирование на дому) или индивидуальные занятия на дому организуются в зависимости от возможностей семьи и ребенка, возможностей Службы и ее специалистов от 1 раза в неделю до 1 раза в две недели. Длительность встречи 2 часа. Форма эффективна для работы с семьей, воспитывающей ребенка в возрасте от 1 до 1,5 года или ребенка со сложными множественными нарушениями в развитии, ребенка с тяжелой двигательной патологией до 3 лет.

Цели психолого-педагогического консультирования в условиях *домашнего визитирования*:

- формирование абилитационной компетентности родителей;
- нормализация эмоционального состояния семьи;
- стимуляция психомоторного развития ребенка.

Домашнее визитирование как одна из эффективных форм реализации программ абилитации детей раннего возраста понимается как «помощь в раннем домашнем воспитании». В соответствии с приоритетным значением для ребенка семейного воспитания функция специалистов в этих условиях является «ассистирующей» и направлена на повышение эффективности воспитательной деятельности родителей. В ходе каждого визита-консультации ведущий специалист организует с ребенком игровое занятие, наблюдает, оценивает текущий уровень развития малыша и определяет, на развитие каких умений нужно обратить внимание в ближайшее время. Причем родители не просто наблюдают за деятельностью специалиста, а активно включаются в работу и на практике изучают, какие игры, занятия необходимо организовать и регулярно проводить с ребенком в период до следующего визита специалиста.

В процессе консультативных встреч специалист обсуждает с родителями вопросы, касающиеся кормления и ухода за ребенком, а также стремится помочь им оптимально организовать сенсомоторное и предметно-развивающее пространство дома так, чтобы окружающая малыша обстановка способствовала его всестороннему развитию.

Итогом каждой консультации в условиях домашнего визитирования служит скорректированная ИПРП с конкретными задачами на ближайшее время. Новые задачи подробно обсуждаются с родителями, а рекомендации по их решению максимально соответствуют домашнему режиму и условиям проживания семьи.

Примерно в период, когда ребенок начинает делать первые шаги, семья приглашается на занятия в условиях Службы ранней помощи. Именно такая последовательная технология консультирования ребенка и его семьи через занятия в условиях семьи к занятиям в условиях ДОО позволяет в значительной степени повысить эффективность абилитационного процесса.

**Индивидуальные и групповые консультации** родителей другими специалистами проводятся 1—3 раза в неделю, в зависимости от потребности и возможностей семьи. Длительность консультирования от 1 часа до 1 часа 30 минут.

**Родительский клуб** в первую очередь решает задачу обучения, он может проводиться педагогами-психологами, учителями-дефектологами (в не конкретизированное по количеству часов время). В семинаре могут принимать участие до 10—12 родителей. Семинар может состоять из нескольких встреч продолжительностью 1 час. Специалисты, проводящие семинары, лекции, круглые столы, составляют программу и заполняют «Журнал групповой работы с родителями». Тренинг для родителей направлен на решение задач психологической поддержки, преодоления проблемных ситуаций, дезадаптивных идей и форм поведения. Тренинг может проводиться педагогами-психологами. Оптимальное количество участников тренинга 2—6 родителей. Тренинг может состоять из нескольких встреч продолжительностью не менее 2-х часов.

В результате совместной деятельности специалистов и членов семьи осуществляется:

- помощь в ориентировке родителей в особенностях и проблемах ребенка;

- формирование у родителей адекватного представления о проблемах и возможностях ребенка;

- умение видеть положительные стороны ребенка, его достижения, успехи, развитие, а не только его нарушения, диагноз, некомпетентность в каких-то ситуациях;

- формирование активной позиции родителей в помощи ребенку.

Одним из наиболее существенных положений семейноцентрированного подхода к помощи детям с нарушениями развития является положение, согласно которому:

- родители и другие члены семьи входят в команду раннего вмешательства, считаются важными ее членами;

- родители вовлечены в работу по реализации индивидуально-ориентированной программы сопровождения;

- родители обучаются навыкам эффективного взаимодействия и игры с ребенком, в т. ч. адекватным способам поддержки развития;

- поддерживается позитивный стиль взаимодействия родителя с ребенком;

- оказывается информационная помощь. Предоставляется информация родителям о конкретных видах нарушений у детей, правах родителей, воспитывающих детей-инвалидов, родительском опыте воспитания детей с особыми нуждами, социальных и образовательных учреждениях, фондах, оказывающих разные виды помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям, культурных мероприятиях и т. п.;

- оказывается помощь родителям в выборе адекватного дальнейшего образовательного маршрута для ребенка;

— оказывается помощь родителям и членам семьи в разрешении психологических проблем, связанных с особенностями развития ребенка, в отказе от дезадаптивных идей и поведения.

Сопровождение семьи в СРП предполагает семейно-центрированный подход, который дает возможность учитывать не только особенности ребенка, но и семьи, то есть работать с системой «ребенок — родитель» и активно вовлекать родителей в работу по развитию ребенка. В работе с семьей в рамках семейно ориентированного подхода специалисты должны стремиться создавать условия для того, чтобы родители сами формулировали запрос к специалисту, активно участвовали в обследовании ребенка, вместе со специалистами планировали индивидуально ориентированную программу работы с семьей и участвовали в реализации этой программы.

Родители и члены семьи детей с выраженными нарушениями развития могут отказываться от помощи специалиста в разрешении психологических проблем, связанных с особенностями развития ребенка, считая, что все внимание должно быть сосредоточено на ребенке, что они должны пожертвовать своими интересами ради него. Такая позиция часто является следствием психологических проблем, связанных с нарушением развития ребенка, и мешает родителям устанавливать партнерские взаимоотношения и конструктивно сотрудничать со специалистами, решая задачи обучения и развития своего ребенка.

Работа с группой родителей имеет свои преимущества. В группе создаются оптимальные условия для обсуждения проблем, выражения чувств, проявления эмпатии, снятия напряжения, обмена опытом, узнавания разных точек зрения, получения обратной связи о собственных идеях и представлениях. Специалисту, ведущему групповую работу с родителями, необходимо тщательно подбирать родителей по их готовности к участию в группе и по характеру волнующих их проблем.

Служба и команда специалистов может применять стратегию сочетания различных форм работы — индивидуальной и групповой — в зависимости от состояния ребенка, потребностей семьи и возможностей учреждения.

Перечень возможных форм работы в Службе ранней помощи определяется руководством и коллективом СРП в зависимости от цели, задач, направлений работы, зафиксированных в Положении Службы ранней помощи ДОО.

## **2.7. Перечень необходимой документации при организации Службы ранней помощи на базе дошкольной образовательной организации**

С целью оптимального распространения данной модели в Республике Татарстан рабочей группой был подготовлен перечень необходимых документов, оптимальных для организации Службы ранней помощи. К числу обязательных документов относят:

- положение о структурном подразделении по оказанию услуг ранней помощи (Приложение 2);

- 4);
- договор с родителями об оказании услуг ранней помощи (Приложение 4);
- приказы о зачислении и отчислении детей;
- адаптированная основная образовательная программа (Приложение 3);
- годовой план работы Подразделения;
- годовой отчёт о работе Подразделения;
- расписание работы Подразделения;
- графики работы работников;
- должностные инструкции работников Подразделения;
- журнал регистрации первичных обращений;
- журнал зачисления и отчисления детей;
- журнал учёта рабочего времени специалистов Подразделения;
- регистрационная карта;
- первичная анкета для родителей (Приложение 5);
- итоговая анкета для родителей (Приложение 6);
- карта комплексной диагностики (Приложение 8);
- анамнестическая карта (Приложение 7);
- индивидуальные программы ранней помощи (Приложение 10 - 13).

Большая работа проводится ПМПК Службы ранней помощи по организации сбора документации на каждого ребенка. С этой целью оформляется индивидуальное портфолио на каждого ребенка, содержащее:

- документы, предоставленные родителями (законными представителями) ребенка на первичном приеме;
- договор с родителями (законными представителями);
- согласие родителей (законных представителей) на обработку персональных данных;
- анкету для родителей;
- протокол первичного приема, заключения специалистов Подразделения по итогам консультаций;
- заключение(я) междисциплинарного консилиума;
- другую документацию, связанную с учётом и описанием работы с ребенком и семьей;
- индивидуальную программу ранней помощи.



## Список используемой литературы

1. Айвазян Е.Б., Кудрина Т.П. Структура потребностей семей с детьми первых трех лет жизни в различных регионах Российской Федерации / Е.Б.Айвазян, Т.П.Кудрина// Альманах Института коррекционной педагогики. — 2018. Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-the-structure-of-the-needs-of-families-with-children-the-first-three-years-of-life-in-various-regions-of-the-russian-federation> (Дата обращения: 16.01.2019)
2. Архипова Е.Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф.Архипова. — М.: АСТ; Владимир: Астрель: ВКТ, 2008. — 123с.
3. Ахметзянова А.И. Становление и развитие ранней помощи детям с нарушениями в развитии в России и Швеции / А.И. Ахметзянова // Неврологический вестник, 2015. — 47 (1). — С.73—78.
4. Баилова Т.А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей / Т.А. Баилова, Н.А. Александрова — М.: Просвещение, 2008. — 111 с.
5. Варенова Т.В. Создание коррекционно-развивающих технологий на основе метода сенсорной интеграции / Т.В. Варенова // Сборник трудов факультета специальной педагогики и специальной психологии. — М: МГПУ, 2007. т. 2. — С. 44—51.
6. Выготский Л.С. Педагогическая психология. Психология: классические труды / Л.С.Выготский. — М.: Педагогика-Пресс, 1996. — 536 с.
7. Грозная Н.С. Ранняя помощь. Современное состояние и перспективные направления развития / Н.С. Грозная // Синдром Дауна. XXI век. 2010. -10. - С. 54—61.
8. Громова О.Е. Логопедическое обследование детей 2-4 лет / О.Е. Громова, Т.И. Соломатина. - М.: Сфера, 2004. — 128с.
9. Жигорева М.В. Дети с комплексными нарушениями в развитии: педагогическая помощь: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / М.В.Жигорева. – М.: «Академия», 2006. – 240 с.
10. Казьмин А.М. Краткое руководство по методам ранней помощи [Электронный ресурс] / А.М.Казьмин, Е.А.Петрусенко, Г.А.Перминова, А.И.Чугунова // Госзадание Департамента образования города Москвы: «Создание ресурсного центра вариативных форм дошкольного образования для детей с ОВЗ, включая разработку методических материалов и программы дистанционной профессиональной переподготовки». – Режим доступа: [http://psycentre26.ru/docs/SRP/forprof/MODSRP/3\\_KrRukPoMetRP.pdf](http://psycentre26.ru/docs/SRP/forprof/MODSRP/3_KrRukPoMetRP.pdf) (Дата обращения: 17.11.2018)
11. Липес Ю.В. Эмоциональное и познавательное развитие ребенка на музыкальных занятиях / Ю.В.Липес. – Москва: Теревинф, 2018. - 48 с.
12. Лурия А.Р. Об историческом развитии познавательных процессов: экспериментальное исследование / А.Р. Лурия. - М.: Наука, 1974. – 172 с.

- 13.** Малофеев Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Европа: учебное пособие для студентов пед. вузов / Н.Н. Малофеев. - М.: Просвещение, 2009. — 319 с.
- 14.** Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. - СПб.: Речь, 2006. - 400 с.
- 15.** Немкова С.А. Современные принципы ранней диагностики и комплексного лечения перинатальных поражений центральной нервной системы и детского церебрального паралича. Методическое пособие / С.А. Немкова, Н.Н. Заваденко, М.И. Медведев. – М.: Изд-во ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 2013. – 76 с
- 16.** Печора К.Л. Развитие и воспитание детей раннего и дошкольного возраста. Актуальные проблемы и их решение в условиях ДОУ и семьи. / К.Л. Печора. - М.: Изд-во «Скрипторий 2003», 2006. — 96 с.
- 17.** Письмо Минобрнауки России «О направлении методических рекомендаций» (вместе с «Рекомендациями Министерства образования и науки Российской Федерации органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования по реализации моделей раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых признаков отклонений в развитии детей») от 13 января 2016 г. № ВК-15/07, Режим доступа: [http://rulaws.ru/acts/Pismo-Minobrnauki-Rossii-ot-13.01.2016-N-VK-15\\_07/](http://rulaws.ru/acts/Pismo-Minobrnauki-Rossii-ot-13.01.2016-N-VK-15_07/) (Дата обращения: 06.01.2019)
- 18.** Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан «Об утверждении долгосрочной Целевой программы «Раннее вмешательство по сопровождению детей раннего возраста» от 22.06.2009 № 411. Режим доступа: <http://www.garant.ru/hotlaw/tatarstan/269168/> (Дата обращения: 09.10.2018).
- 19.** Приходько О.Г. Система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом: диссертация доктора педагогических наук: 13.00.03 / Приходько О.Г.; [Место защиты: Моск.гор.пед.ун-т Ком.образования Правительства Москвы] — Москва, 2009. — 350 с.
- 20.** Приходько О.Г., Югова О.В. Становление системы ранней помощи в России. Монография / О.Г. Приходько, О.В. Югова. — М.: ПАРАДИГМА, 2015. — 126 с.
- 21.** Распоряжение Правительства Российской Федерации «Об утверждении концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года», от 31.08.2016 г. № 1839-р Режим доступа: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/47348.html/> (Дата обращения: 09.03.2018).
- 22.** Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: метод. пособие: с прил. альбома «Наглядный материал для обследования детей» / Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина, Ю.А.

Разенкова и др.; под ред. Е.А. Стребелевой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Просвещение, 2004. — 164 с.

**23.** Разенкова Ю.А. Межведомственное взаимодействие в системе ранней помощи / Ю.А. Разенкова // Альманах Института коррекционной педагогики. 2018. Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-33/interagency-cooperation-in-the-system-of-early-intervention> (Дата обращения: 03.08.2018).

**24.** Разенкова Ю.А. Пути коррекционной работы с детьми первого года жизни в условиях дома ребёнка. Методические рекомендации / Ю.А. Разенкова:// Дефектология. — 1998. — № 1. — С. 45—52.

**25.** Разенкова Ю.А. Система ранней помощи в Швеции / Ю.А. Разенкова // Дефектология, 2013. — № 6. — С. 71—79.

**26.** Разенкова Ю.А. Система ранней помощи: поиск основных векторов развития. Монография. / Ю.А. Разенкова. — М.: Карапуз, 2011. — 144 с.

**27.** Распоряжение Кабинета Министров Республики Татарстан от 20.06.2017 "Об обеспечении реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.08.2016 № 1839" Режим доступа: [pravo.tatarstan.ru/nra\\_kabmin/rasp?nra\\_id=141224](http://pravo.tatarstan.ru/nra_kabmin/rasp?nra_id=141224) (Дата обращения: 16.11.2018)

**28.** Смирнова Е.О. Игры и игрушки для детей раннего возраста: методическое пособие для воспитателей / Е.О. Смирнова, С.Ю. Мещерякова, Т.В. Ермолова — М.: МГППУ, 2004. — 72 с.

**29.** Ткачева В.В. Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В.В.Ткачева // Москва: Психология, 2006. — 320 с. Режим доступа: <http://sdo.mgaps.ru/books/K17/M13/p2/1.pdf> (Дата обращения: 18.11.2018)

**30.** Устинова Е.В. Преодоление эмоциональных нарушений у дошкольников с церебральным параличом в процессе оптимизации их отношений с родителями / Е.В. Устинова, Н.Н. Малофеев, А.Б. Меньков // Дефектология, 2005. — № 1. — С. 52—57.

**31.** Цыганок А. А. Развитие базовых познавательных функций с помощью адаптивно-игровых занятий / А.А. Цыганок, А.Л. Виноградова, И.С. Константинова. — М.: Изд-во «Теревинф», 2018. — 72 с.

**32.** Чиркина Г.В. К проблеме речевой диагностики нарушений развития / Г. В. Чиркина, О.Е. Громова // Коррекционно-развивающая работа с детьми в условиях полифункциональной интерактивной среды: междунар. науч.-практ. конф. / — М., ГОУ ВПО МГПУ, 2008. — Т. 2. — С. 63—65.

**33.** Эйберг С. Обоснование применения направляемой ребенком интеракции в работе с детьми с отставанием в развитии. Игровая семейная психотерапия. [Электронный ресурс] / С.Эйберг и С. Боггс; под ред Ч. Шеффер, Л. Кэрри.

— СПб.: Питер, 2001. С. 10—17. Режим доступа: <http://spsychology.narod.ru> (Дата обращения: 8.11.2018)

**34.** Эффективные практики ранней помощи: Информационно-методический сборник — М.: Благотворительный фонд социальной поддержки граждан «Соинтеграция», 2015. Режим доступа: <http://kcon-fortuna.ru/tinybrowser/files/poleznaya-inf/deti/8.-effektivnye-praktiki-ranney-pomoschi.pdf> (Дата обращения: 16.11.2018).

**35.** Якубовская Е.А. Развитие двигательной мобильности у детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / Е.А.Якубовская // Основы методики коррекционно-развивающей работы: учеб.-метод. пособие. — Минск: БГПУ, 2013. — С. 101-121. Режим доступа: <https://docplayer.ru/70505984-Repozitoriy-bgpu-tema-3-razvitie-dvigatelnoy-mobilnosti-u-detey-s-narusheniem-funkciy-oda.html> (Дата обращения: 12.12.2018)

**36.** Якупова А.Ф. Проектирование адаптированной образовательной программы для ребенка с ограниченными возможностями здоровья в дошкольной образовательной организации: методические рекомендации / А.Ф. Якупова, Т.А. Евсюкова, В.В. Чиж: под редакцией С.В. Соловьевой. — Екатеринбург: ГАОУ ДПО СО «Институт развития образования» 2016. — 200 с.

**37.** Bronfenbrenner U., The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. / U. Bronfenbrenner. — Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979. Режим доступа: <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2320957> (Дата обращения: 29.10.2018).

**38.** Moore T., Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice / T. Moore, // Perth, Western Australia, 9th August 2012  
Режим доступа: [http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/profdev/ECIA\\_Natio...](http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ccch/profdev/ECIA_Natio...) (Дата обращения 29.10.2018).

# Приложение

**Реестр нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность Службы ранней помощи в России**

Нормативно-правовая база Служб ранней помощи представлена следующими документами федерального, республиканского, регионального уровней.

**Федеральные документы**

- Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ (статьи 8, 42, 64, 79).
- Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» от 1 декабря 2014 г. № 419-ФЗ (с изменениями и дополнениями от 29 декабря 2015 г.).
- Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 № 442-ФЗ.
- Федеральный закон «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» от 21.12.1996 № 159-ФЗ (ред. от 28.12.2016) (ст. 1), (Приложение п. 1.3).
- Распоряжение Правительства Российской Федерации «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» от 31.08.2016 № 1839-р.
- Распоряжение Правительства Российской Федерации «Об утверждении плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» от 17.12.2016 № 2723-р.
- Рекомендации Министерства образования и науки Российской Федерации органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования от 13 января 2016 г. № ВК-15/07.
- Методические рекомендации по определению критериев нуждаемости детей в получении ими услуг ранней помощи. Методические материалы от 10 июня 2018.
- Методические рекомендации Министерства труда и социальной защиты по организации услуг ранней помощи детям и их семьям в рамках формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов от 25 декабря 2018.
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» от 20. 09. 2013 г. № 1082.

- Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации «О центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» от 14.07.2014 № ВК-1440/07.
- Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» от 10.02.2015 г. № ВК-268/07.
- Рекомендации Министерства образования и науки РФ по реализации моделей раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых отклонений в развитии детей от 13.01.2016 г. № ВК-15/07.

#### **Республиканские документы**

- Закон Республики Татарстан «Об образовании» от 22.07.2013 № 68-ЗРТ.
- Распоряжение Кабинета Министров Республики Татарстан «Об организации Межведомственной рабочей группы по развитию системы ранней помощи в Республике Татарстан» от 20 июня 2017 г. № 1352-р.
- Приказ Министерства образования и Республики Татарстан «О создании и поддержке региональных инновационных площадок» от 10.05.2018. №-818/18.

Ниже представлены фрагменты нормативных документов, отражающие вопросы организации и функционирования Служб ранней помощи.

#### **Федеральный закон № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (ст. 64):**

3. Родители (законные представители) несовершеннолетних обучающихся, обеспечивающие получение детьми дошкольного образования в форме семейного образования, имеют право на получение методической, психолого-педагогической, диагностической и консультативной помощи без взимания платы, в том числе в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, если в них созданы соответствующие консультационные центры. Обеспечение предоставления таких видов помощи осуществляется органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

#### **Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации «О центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» от 14.06.2014 № ВК-1440/07:**

Органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования, органам местного самоуправления при переименовании Центров в Центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи и приведением уставов вышеуказанных учреждений в соответствие с Законом, а также при создании Центров, следует руководствоваться

Законом с учетом сложившейся практики деятельности Центров и перспективами развития предоставления психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своем развитии и социальной адаптации.

Для обеспечения психолого-педагогического сопровождения детей младенческого, раннего и дошкольного возраста с высоким риском развития ограничений жизнедеятельности, с выявленными ограничениями жизнедеятельности и установленной инвалидностью, а также их семей, с целью поддержки развития и адаптации личности этих детей, содействия их наилучшему включению в образовательную среду, в Центрах ППМС-помощи могут создаваться подразделения, предоставляющие услуги ранней помощи: Службы ранней помощи, лекотеки, консультационные пункты.

К услугам ранней помощи относятся: консультирование родителей (законных представителей ребенка), проведение первичного обследования ребенка и среды, реализация индивидуальной программы сопровождения ребенка и семьи, консультирование воспитателей и специалистов образовательных организаций по включению этих детей в группы сверстников.

**Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» от 10 февраля 2015 г. N ВК-268/07:**

Основными задачами совершенствования деятельности Центров на данном этапе являются:

- расширение содержания деятельности;
- увеличение охвата различных категорий детей (детей с ОВЗ и детей-инвалидов, одаренных детей, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, детей из приемных, опекунских семей, из семей в социально опасном положении, детей, склонных к поведенческим рискам и других);
- разработка и применение инновационных подходов и технологий психолого-педагогического сопровождения детей и их ближайшего окружения;
- приведение условий сопровождения в соответствие с требованиями надзорных органов;
- психологизация образовательной среды.

**Рекомендации Министерства образования и науки РФ в сфере образования по реализации моделей раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых признаков отклонений в развитии детей от 13.01. 2016 г. № ВК-15/07:**

Для раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых признаков отклонений в развитии детей во всех субъектах Российской Федерации должны быть созданы Службы ранней помощи, которые могут функционировать как самостоятельные организации



или структурные подразделения на базе дошкольных образовательных организаций, отдельных образовательных организаций, реализующих адаптированные основные общеобразовательные программы, центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи.

**Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р:**

На федеральном уровне вопросы межведомственного взаимодействия планируется решать путем внесения изменений в законодательство Российской Федерации.

На региональном уровне решение задачи по организации сопровождения детей и их семей в ходе реализации программ ранней помощи должно обеспечиваться на основе координации взаимодействия организаций различной ведомственной принадлежности, нормативного определения их функционала по работе с семьей, а также активного вовлечения в этот процесс негосударственных организаций, в том числе социально ориентированных некоммерческих организаций.

#### **Основные понятия**

«Ранняя помощь» — комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг, оказываемых на межведомственной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на раннее выявление детей целевой группы, содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, включению в среду сверстников и интеграции в общество, а также на сопровождение и поддержку их семей и повышение компетентности родителей (законных представителей).

При наличии у ребенка выраженных нарушений функций организма и (или) значительных ограничений жизнедеятельности, приводящих к тому, что ребенок не может быть в полном объеме включен в систему получения образовательных услуг, возможно продолжение оказания таких услуг до достижения ребенком возраста 7—8 лет.

«Дети целевой группы» — дети от 0 до 3 лет, имеющие ограничения жизнедеятельности, в том числе дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды, дети с генетическими нарушениями, а также дети группы риска.

«Дети группы риска» — дети с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, а также дети из группы социального риска развития ограничений жизнедеятельности, в том числе дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, находящиеся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и дети из семей, находящихся в социально опасном положении.

**Примерное положение  
о структурном подразделении по оказанию услуг ранней помощи**

**Введение**

Настоящее положение разработано в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка (ст. 23), Конвенцией ООН о правах инвалидов (ст. 7), Конституцией Российской Федерации (ст. 43), Федеральным законом от 24 июля 1998 г № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» (абз. 3 ст.1, ст.15), Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (ч. 3 ст. 1), Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р.

**1. Общие положения**

1.1. Настоящее Примерное положение (далее Положение) регулирует деятельность структурных подразделений по оказанию услуг ранней помощи (далее Подразделение) государственных и муниципальных организаций социального обслуживания, здравоохранения, образования (далее Организация).

1.2. Положение может быть также применено к структурным подразделениям по оказанию услуг ранней помощи некоммерческих организаций.

1.3. Подразделение обеспечивает оказание услуг детям целевой группы и их семьям.

1.4. Подразделение создается и прекращает свою деятельность по приказу руководителя Организации или решением ее учредителей.

1.5. Подчинение Подразделения определяется приказом руководителя Организации.

1.6. Должностное лицо, выполняющее функции руководителя Подразделения, назначается приказом руководителя Организации. Функции руководителя Подразделения может выполнять сотрудник, имеющий необходимые компетенции по организации деятельности в сфере ранней помощи.

1.7. В своей деятельности Подразделение руководствуется международными правовыми актами в области защиты прав ребенка, в том числе детей-инвалидов, федеральными законами, правовыми актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, иными правовыми актами, в том числе государственными стандартами в области ранней помощи, законодательством субъектов Российской Федерации, решениями соответствующего органа управления образования/здравоохранения/социальной защиты, Уставом Организации, а также настоящим Положением.

1.8. Работа Подразделения строится на основе принципов бесплатности, доступности, регулярности, открытости, семейноцентрированности, индивидуальности, естественности, уважительности, командной работы, компетентности, научной обоснованности.

1.9. В целях обеспечения доступности услуг ранней помощи организация имеет право открывать сеть из нескольких Подразделений, имеющих иерархическую структуру, включая головное и подчиненные Подразделения, штат которых определяется количеством проживающих на данной территории детей.

## **2. Основные задачи Подразделения**

2.1. Основными задачами Подразделения являются:

- улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях (ЕЖС);
- повышение качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье;
- повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах развития и воспитания ребенка;
- включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи.

## **3. Услуги, оказываемые детям и их семьям в Подразделении**

Подразделение должно предоставлять детям и их семьям услуги ранней помощи в соответствии с примерным стандартом «Услуги ранней помощи детям и их семьям».

## **4. Организация предоставления услуг детям и их семьям**

4.1. Организация предоставления услуг детям и их семьям должна осуществляться в соответствии с примерным стандартом «Порядок оказания услуг ранней помощи для детей и их семей».

4.2. Форма договора об оказании услуг ранней помощи прилагается в Приложении 4.

## **5. Примерный перечень специалистов и должностных лиц Подразделения**

5.1. В перечень головного Подразделения могут входить:

- руководитель (должностное лицо, выполняющее функции руководителя);
- администратор (должностное лицо, выполняющее функции администратора);
- ведущие специалисты (должностные лица, выполняющие функции ведущего специалиста, т. е. предоставляющие основные услуги ранней помощи, связанные с составлением и реализацией ИПРП);

– специалисты (должностные лица, оказывающие специализированные услуги ранней помощи: психологические, по развитию подвижности ребенка, формированию у ребенка навыков общения и речи, социально-бытовых навыков, а также оказывающие дополнительные услуги ранней помощи, направленные на социализацию ребенка);

– врач-педиатр;

– другие должностные лица, обеспечивающие деятельность Подразделения.

5.2. В Подразделениях количество штатных единиц определяется количеством детей целевой группы и их семей, проживающих на этой территории.

5.3. Минимальное подчиненное Подразделение должно иметь не менее 2 специалистов.

5.4. Специалисты Подразделения должны иметь профильное образование и обладать профессиональными компетенциями, необходимыми для предоставления услуг ранней помощи, подтвержденными соответствующими документами.

## **6. Обеспечение деятельности Подразделения помещениями и оборудованием**

6.1. Подразделение размещается в специально оборудованных помещениях.

## **7. Примерная документация Подразделения**

7.1. Состав документов Подразделения, места и формы (бумажная, электронная) их хранения определяются локальными актами Организации.

7.2. Основные документы Подразделения:

– Положение о Подразделении;

– Адаптированная основная образовательная программа;

– годовой план работы Подразделения;

– годовой отчет о работе Подразделения;

– план сопровождения;

– расписание работы Подразделения;

– графики работы работников;

– должностные инструкции работников Подразделения;

– журнал регистрации первичных обращений;

– журнал зачисления и отчисления детей;

– приказы о зачислении и отчислении детей;

– журнал учёта рабочего времени специалистов Подразделения.

– другие основные документы.

7.3. Индивидуальная карта ранней помощи, содержащая:

– документы, предоставленные родителями (законными представителями) ребенка на первичном приеме;

– договор с родителями (законными представителями), согласие родителей (законных представителей) на обработку персональных данных;

- анкета для родителей;
- протокол первичного приема, заключения специалистов Подразделения по итогам консультаций;
- заключение(я) междисциплинарного консилиума;
- ИПРП;
- другую документацию, связанную с учётом и описанием работы с ребенком и семьей.

## **8. Прекращение деятельности Подразделения**

8.1. Подразделение ранней помощи прекращает свою деятельность по решению руководителя учреждения/организации, либо учредителя учреждения/организации.

*При составлении настоящего Положения использованы следующие материалы: Приказ Министерства Труда «Об утверждении типовых документов по организации предоставления услуг ранней помощи» от 13.04.2018.*

**Аннотация**  
**адаптированной основной образовательной программы Службы**  
**ранней помощи**

Одним из самых актуальных направлений специальной (коррекционной) педагогики на современном этапе, как в России, так и во всем мире, является раннее психолого-педагогическое сопровождение детей с отклонениями в развитии. Такое внимание объясняется рядом причин:

- увеличением удельного веса перинатальных повреждений нервной системы в структуре детской заболеваемости;
- патогенетической ролью ранних мозговых повреждений в биологической и социальной дезадаптации детей на последующих возрастных этапах;
- усилением гуманистических тенденций в обществе.

Отмечается определенная динамика в общей структуре инвалидности: стремительно увеличивается число детей с ограниченными возможностями здоровья в возрасте до 3 лет (35,5% от общего числа детей с ограниченными возможностями здоровья).

Ранняя коррекция недостатков развития ребенка становится все более актуальной проблемой для нашего общества. В значительной мере это связано с тем, что более поздние периоды жизни ребенка — дошкольный и школьный — уже педагогически освоены. Что же касается периода от 1 года до 3 лет, он остается в основном в ведении медиков. А их занимает прежде всего здоровье детей, их физическое, соматическое благополучие, но не сенсорное, умственное и эмоциональное развитие.

Для решения данной проблемы возникает необходимость создания службы, которая бы на ранних стадиях проявления нарушений в развитии у дошкольников проводила бы коррекционные и профилактические мероприятия.

Служба ранней помощи (далее — СРП) — это вариативная форма дошкольного образования, предназначена для оказания педагогической, психологической, коррекционной помощи детям в возрасте 1—3 лет, имеющим проблемы в развитии (риском нарушений), и их семьям. Раннее вмешательство специалистов Службы может иметь коррекционный или профилактический характер, то есть либо преодолевать сложившиеся проблемы, либо предупреждать их возникновение в будущем.

В СРП принимаются дети по заявлению родителей (законных представителей) на основании медицинского заключения (рекомендаций) о состоянии здоровья ребенка. Между руководителем учреждения и родителями (законными представителями) ребенка заключается договор сроком на 1 год с возможностью следующей пролонгации.

В соответствии с пунктом 2 статьи 79 Закона, общее образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется по

адаптированным основным образовательным программам. При выборе программы для ребенка учитывается медицинское заключение (рекомендации) и согласие родителей (законных представителей).

Адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования детей от 1 до 3 лет, посещающих СРП, (далее Программа) разработана на основе Примерной основной образовательной программы дошкольного образования (Одобрена решением федерального учебно-методического объединения по общему образованию (протокол от 20 мая 2015 г. № 2/15)) в соответствии с:

— Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ;

— Федеральным государственным образовательным стандартом дошкольного образования (Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 октября 2013 года № 1155);

— Постановлением главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 мая 2013 г. № 26 «Об утверждении СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» // Российская газета. — 2013. — 19.07(№ 157);

— Приказом МОиН РФ № 1014 от 30.08.2013г. «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам — образовательным программам дошкольного образования»,

— с учетом примерных адаптированных основных образовательных программ дошкольного образования <http://fgosreestr.ru>.

Содержание и организация образовательного процесса в Программе направлены на обеспечение условий для развития детей раннего возраста, открывающих возможности для позитивной социализации ребёнка, формирования у него доверия к миру, к людям и к себе, его личностного и познавательного развития, развития инициативы.

Содержание Программы в соответствии с требованиями Стандарта включает три основных раздела — целевой, содержательный и организационный.

Целевой раздел Программы включает пояснительную записку, где представлены цели и задачи, принципы и подходы к формированию Программы, планируемые результаты ее освоения в виде целевых ориентиров.

Содержательный раздел Программы включает описание образовательной деятельности в соответствии с направлениями развития ребенка в пяти образовательных областях — социально-коммуникативной, познавательной, речевой, художественно-эстетической, физической. В данном разделе определяются формы, способы, методы и этапы реализации Программы.

Организационный раздел Программы описывает систему условий реализации образовательной деятельности, необходимых для достижения

целей Программы, планируемых результатов ее освоения в виде целевых ориентиров, а также особенности организации образовательной деятельности, а именно описание:

- психолого-педагогических, кадровых, материально-технических и финансовых условий;

- особенностей организации развивающей предметно-пространственной среды;

- особенностей образовательной деятельности разных видов и культурных практик;

- проведения традиционных событий, праздников и мероприятий с учетом региональных и других социокультурных особенностей;

- особенностей разработки режима дня и формирования распорядка дня с учетом возрастных и индивидуальных особенностей детей, их специальных образовательных потребностей.

Программа завершается описанием перспектив по ее совершенствованию и развитию.

Программа СРП разрабатывается ежегодно специалистами на текущий учебный год, это инструмент для построения комплексной психолого-педагогической коррекционно-развивающей модели сопровождения детей раннего возраста с ОВЗ. Содержание программы СРП формируется в соответствии с индивидуальным планом психолого-педагогического сопровождения каждой семьи, который подлежит корректировке по результатам мониторинга качества его реализации.

### **Психолого-педагогическая характеристика детей от 1 года до 3 лет**

**Ранний возраст** — чрезвычайно важный и ответственный период психического развития ребёнка. Это возраст, когда всё только начинается — речь, игра, общение со сверстниками, первые представления о себе, о других, о мире. В первые три года жизни закладываются наиболее важные и фундаментальные человеческие способности — познавательная активность, любознательность, уверенность в себе и доверие к другим людям, целенаправленность и настойчивость, воображение, творческая позиция и многое другое. Все эти способности не возникают сами по себе как следствие маленького возраста ребёнка, но требуют неуклонного участия взрослого и соответствующих возрасту форм деятельности.

Психическое развитие детей раннего возраста существенным образом определяется влиянием ближайшего социального окружения. При разработке АООП СРП, реализуемой творческой группой, необходимо учитывать:

- психолого-педагогические характеристики детей раннего возраста;

- понятие психического здоровья детей раннего возраста и признаки его нарушения;

- особенности поведения взрослых, приводящего к нарушению психического здоровья у детей раннего возраста;

- социальные и психологические особенности семей, воспитывающих детей раннего возраста.



### ***Социально-коммуникативное развитие.***

В 1 год ребенок владеет различными социальными способами общения с помощью мимики, жестов, эмоционально выразительных реакций и первых слов (мама, папа, дай, на и т. д.). Реагирует эмоционально на похвалу и запрет. В целом эмоциональные проявления ребенка становятся богатыми и разнообразными (улыбка и хохот, недовольство и гнев, испуг, интерес). Укрепляется способность понимать эмоциональное состояние другого и реагировать на него.

Дети второго года жизни эмоционально отзывчивы, чувствительны к отношению взрослых к себе, нуждаются в эмоциональной поддержке, проявляют любовь и нежность к близким людям; они также способны испытывать недовольство, гнев, испуг и ярко проявлять их.

К 2 годам происходит осознание своего «я», понимание различий между девочками и мальчиками, отношений «взрослый — ребёнок — родитель». У ребёнка расширяется круг общения за счет менее знакомых взрослых и сверстников. На втором году жизни дети проявляют интерес и внимание друг к другу, окрашенные различными эмоциями, а контакты между ними эпизодичны и кратковременны.

Инициативные обращения к ровесникам встречаются редко, также редко дети отзываются на инициативу другого ребенка. В их взаимодействии нет синхронности. Отличительной особенностью контактов детей на этом возрастном этапе является двойственное отношение к сверстникам. С одной стороны, малыши адресуются друг к другу так же, как к взрослому: смотрят в глаза, улыбаются, смеются, лепечут, показывают свои игрушки или отнимают чужие. С другой стороны, они часто обращаются друг с другом, как с интересным объектом, пытаются исследовать (трогая лицо, иногда кусая или толкая). Такое поведение характерно для детей в возрасте от 1 года до 1,5 года.

В конце второго года жизни на фоне усиливающегося интереса к сверстникам все чаще появляются обращения к нему как к партнеру по общению, у детей резко возрастает чувствительность к воздействиям ровесника. Сверстник становится все более привлекательным как субъект, партнер по общению. В этом возрасте ребенок может выдержать недолгую отсрочку в удовлетворении желаний (подождать, потерпеть); различает «можно» и «нельзя». Способен к элементарному самообслуживанию. У ребёнка появляется представление об опасности (не подходит близко к глубокой яме, осторожно приближается к собаке, держится за перила или стенку, спускаясь с лестницы, и т. п.).

На третьем году жизни нервная система ребенка становится более выносливой, однако вследствие повышенной возбудимости подкорковых структур, несовершенства и слабости регулирующей функции коры головного мозга поведение ребенка раннего возраста отличается ярко выраженной эмоциональностью. К концу раннего возраста деятельность центральной нервной системы становится более совершенной, усиливается ее регулирующая функция: ребенок становится способен сдержаться и не

заплакать, если ему больно, более сосредоточенно и целенаправленно заниматься интересным для него делом, подчинять свое поведение некоторым правилам. Для детей характерна неосознанность мотивов, импульсивность и зависимость чувств и желаний от ситуации. Ребёнок проявляет свои эмоции немедленно, ярко и непосредственно. Он не способен произвольно контролировать эти проявления и не может по своей воле «немедленно прекратить», как от него иногда требуют взрослые. Если эмоция слишком сильна и захватила ребёнка, он нуждается в том, чтобы взрослый помог ему успокоиться, восстановить равновесие. В этом возрасте его легко отвлечь и переключить с одного состояния на другое.

Однако в этот период начинает складываться и произвольность поведения. Она обусловлена развитием орудийных действий и речи. У детей появляются чувства гордости и стыда, начинают формироваться элементы самосознания, связанные с идентификацией с именем и полом. Дети могут спокойно, не мешая друг другу, играть рядом, объединяться в игре с общей игрушкой, развивать несложный игровой сюжет из нескольких взаимосвязанных по смыслу эпизодов, выполнять вместе простые поручения.

Для поддержания ровного положительного эмоционального фона очень важно соблюдение чёткого и соответствующего возрастным физиологическим особенностям и ритмам режима. В этом возрасте у многих детей проявляются возрастающие страхи — темноты, чудовищ, больших и лохматых существ и т. п. Ребёнок может испугаться неожиданного резкого громкого звука, движения.

К концу второго года жизни и на третьем году между детьми разворачивается особый вид общения — эмоционально-практическая игра. Ее отличительными особенностями являются непосредственность, отсутствие предметного содержания, раскованность, эмоциональная насыщенность, нестандартность коммуникативных средств, зеркальное отражение действий и движений партнёра. Эмоционально-практическое взаимодействие детей рождается стихийно, без участия взрослого. Несмотря на большую привлекательность для малышей такого взаимодействия, потребность в общении с ровесниками в этом возрасте выражена слабее, чем потребность в общении со взрослым и в действиях с предметами. Если у одного из детей появляется в руках игрушка, это сразу же вызывает попытки отобрать ее, что часто приводит к ссорам между детьми. Малыши еще не умеют договариваться, делиться игрушками, уступать друг другу.

Важную роль в дальнейшем развитии общения детей со сверстниками, в обогащении его содержания играет взрослый. Привлекая внимание малышей друг к другу, выделяя их человеческие качества, организуя совместную предметную деятельность, он способствует налаживанию положительных взаимоотношений между детьми.

На третьем году формируется полоролевая идентификация: у ребенка складывается представление о себе как о мальчике или девочке. Отношение ребенка к себе начинает постепенно опосредствоваться его реальными достижениями, оцененными окружающими. Предметный мир становится для

ребёнка не только миром практического действия и познания, но и сферой, где он пробует свои возможности, реализует и утверждает себя, а взрослый — знатоком и ценителем детских достижений.

Новое видение себя как через призму своих достижений кладёт начало бурному развитию детского самосознания. Сдвиги, происходящие в личности и самосознании ребенка, ярко обнаруживаются в фактах осознания своего «я», в употреблении личных местоимений и притяжательных прилагательных (ребенок все чаще произносит, обращаясь к взрослым, «моя», «мое», «мне»), формированию чувства собственного достоинства. К концу раннего возраста собственные достижения приобретают особую значимость для ребенка, что подчас приводит к аффективным реакциям, преувеличению своих достоинств, попыткам обесценить неудачи. Стремление ребенка к достижению правильного результата в деятельности, желание продемонстрировать свои успехи окружающим, обостренное чувство собственного достоинства являются внешним проявлением личностного новообразования раннего возраста, которое получило название «гордость за достижение». У детей появляются чувства гордости и стыда.

Дети могут спокойно, не мешая друг другу, играть рядом, объединяться в игре с общей игрушкой, развивать несложный игровой сюжет из нескольких взаимосвязанных по смыслу эпизодов, выполнять вместе простые поручения. Сложный и противоречивый процесс формирования нового отношения к себе во многом обуславливает кризисные проявления в поведении ребенка, которые особенно ярко обнаруживают себя в конце раннего возраста. К трём годам у ребёнка появляются определенные устойчивые желания, часто вступающие в противоречие с мнением или требованиями взрослого. Резко возросшее к концу раннего возраста стремление к самостоятельности и независимости от взрослого как в действиях, так и в желаниях ребёнка приводит к существенным осложнениям в отношениях ребёнка и взрослого. Этот период в психологии получил название кризиса трёх лет. Основными симптомами кризиса являются негативизм, упрямство, своеволие, строптивость ребенка. Они проявляются в нежелании малыша выполнять указания взрослого, в стремлении делать все наоборот, часто в ущерб собственным интересам, постоянном недовольстве, капризах по любому поводу. Малыш часто противопоставляет себя окружающим, в ответ на все предложения или запреты упорно отвечает: «А я хочу!» или «Я не хочу!» За негативной симптоматикой можно увидеть положительные тенденции к большей свободе, самостоятельности ребенка. При адекватном отношении взрослого кризисный период характеризуется позитивными преобразованиями в личности ребенка и не сопровождается негативными проявлениями.

К концу второго года жизни ребенок способен к элементарному самообслуживанию. К трём годам у ребенка сформированы культурно-гигиенические навыки (самостоятельно есть ложкой, проситься в туалет и пользоваться горшком, умываться и мыть руки, пользоваться полотенцем) и навыки самообслуживания. Овладевая навыками самообслуживания,

застёгивая пуговицы, развязывая шнурки, ребёнок учится выполнять точные, контролируемые движения, которые должны привести к совершенно определённому результату.

Третий год жизни — лучшее время для формирования хороших привычек: навыки самообслуживания, культурно-гигиенические навыки, помогать взрослому (расставить на столике посуду, вытереть салфеткой стол и пр.).

### *Познавательное развитие.*

В 9—12 месяцев приобретает умения лепетать и действовать с предметами, начинает осуществлять поиск, использовать одни действия в качестве средства для достижения других, ребёнок открывает связи между собственным действием и результатом. Подражает взрослому. По-разному играет с разными игрушками. Играет в «ку-ку», «ладушки». Узнаёт предметы на картинке. Длительное время играет с понравившимися предметами, настойчиво добирается до понравившегося объекта. К концу первого года ребенок начинает использовать некоторые предметы в соответствии и с их назначением.

В 1—1,5 года игровые действия основаны на физических свойствах предметов и игрушек. Действуя с предметами, ребенок открывает для себя их физические (величину, форму, цвет) и динамические свойства (катается, складывается и пр.), пространственные отношения (близко, далеко), разделение целого на части и составление целого из частей (разбирает и собирает), осваивает систему предметно-орудийных действий (тянет за веревочку, чтобы придвинуть к себе машинку). Постепенно дети начинают отображать в игре не только физические свойства, но и социальное назначение отдельных предметов (ложкой едят, мешают кашу, полотенцем вытирают руки, карандашом рисуют и т. д.). Затем ребёнку становится интересно отражение в игре смысловых, сюжетных связей между предметами. В 1,5—2 года дети начинают пользоваться предметами-заместителями (палочка-ложка, кубик-мыло и т. п.)

К 2 годам — воображаемыми предметами. Соотносят предмет и картинку. В своей самостоятельной игре ребёнок воспроизводит отдельные простые события повседневной жизни.

На втором и третьем году жизни совершенствуются зрительные и слуховые ориентировки, что позволяет детям безошибочно выполнять ряд заданий: осуществлять выбор из 2—3 предметов по форме, величине и цвету, различать мелодии, петь. Зрение и осязание начинают взаимодействовать при восприятии формы, величины и пространственных отношений. Постепенно увеличиваются острота зрения и различение цветов.

На третьем году жизни ребенок активно интересуется окружающим миром, задает вопросы, использует по назначению многие бытовые предметы, детьми широко используются действия с предметами-заместителями. Ребенок в ходе игры ставит перед собой цель, намечает план действия и т. п. В практической деятельности учитывает свойства предметов (цвет, форму, величину, фактуру, строение) и их назначение, много и активно

экспериментирует, наблюдает. Устойчивость внимания зависит от его интереса к объекту.

На интересном для них деле малыши могут сосредоточиваться до 20—25 минут. Но никакого насилия со стороны их внимание не терпит. В этом возрасте память проявляется главным образом в узнавании воспринимавшихся ранее вещей и событий. Ничего преднамеренно, специально дети этого возраста запомнить не могут. И в то же время они прекрасно запоминают то, что им понравилось, что они с интересом слушали или наблюдали. Для детей третьего года жизни восприятие ещё не является самостоятельным процессом и включено в решение разных предметно-практических задач.

Восприятие характеризуется тем, что оно, во-первых, ориентировано на так называемые смысловые признаки предметов, те, которые выступают на первый план. Так, при виде машины-бетономешалки ребёнок схватывает только вращающуюся ёмкость и ручками воспроизводит это движение. А рассматривая фигурку оленя, выделяет только большие рога и не ориентируется на другие признаки. Во-вторых, предметы и явления воспринимаются целостно, без выделения частей или отдельных сенсорных свойств (цвета, величины и т. д.).

Мышление ребёнка данного возраста носит наглядно-действенный характер. Это означает, что познание окружающего мира происходит в процессе реальных предметных манипуляций. Важнейшим психическим новообразованием этого возраста является становление целеполагания. У ребёнка появляются желание и способность не просто манипулировать предметами, как он делал это раньше, — катать, стучать, бросать и т. д., но и создавать из них или с их помощью нечто новое — забор из кубиков, поезд из стульев и т. п. Чтобы создавать новые вещи, необходимо заранее — в уме — представить себе тот результат, который желательно получить в конце. Эта способность поставить и представить себе конечную цель своих действий и попытаться удерживать её в мыслях в течение всего времени, необходимого для её достижения, и есть то важнейшее психическое новообразование, которое должно появиться у ребёнка к 3 годам. Ребёнок выражает гордость за своё творчество и за продукты своего труда независимо от их качества.

Освоение мира предметов связано с формированием орудийной деятельности. Важно помнить, что собственно цели деятельности взрослых ребёнок понимает ещё не вполне отчётливо. Он стремится прежде всего имитировать само действие с предметами. Начальная орудийная деятельность обеспечивает развитие ручной умелости, мелкой моторики, способствует совершенствованию зрительно-двигательной координации.

В игре ребёнок также воспроизводит именно игровое действие, используя для этого разнообразные предметы-заместители и воображаемые предметы. Собственные манипуляции с предметами и подражание действиям взрослых приводят к тому, что у детей возникают мысленные представления как о предмете, так и о действиях с ним. Благодаря таким мысленным

представлениям появляется способность переносить действия с одного предмета на другой, что стимулирует участие малыша в игре и приводит к появлению функции замещения одного предмета другим.

Дети этого возраста любят повторения: они с удовольствием много раз слушают одну и ту же сказку, любят петь знакомые песни, повторять знакомые действия. Это даёт им возможность хорошо овладеть материалом и почувствовать себя уверенно.

### ***Речевое развитие.***

К году ребенок может использовать 5—8 осмысленных слов. Понимает обращенную к нему речь, откликается на свое имя, показывает предметы (Где часы? Где кукла? Покажи чашку и др.).

На протяжении второго года жизни активная речь ребенка интенсивно развивается: быстро увеличивается словарный запас; слова, обозначающие предметы, становятся более устойчивыми и однозначными. Словарный запас должен за этот год значительно возрасти. В 2 года он в среднем составляет 270 слов. Ребенок начинает осваивать грамматическую структуру речи. Кроме существительных в ней появляются глаголы и некоторые грамматические формы, такие как прошедшее время, третье лицо. Ребёнок понимает обращенную к нему речь, откликается на свое имя, показывает предметы. Подражая взрослому, повторяет за ним. К концу второго года ребенок образует предложения из нескольких слов, речь становится основным средством общения. Малыш обращается к окружающим взрослым по разным поводам: он просит, требует, указывает, называет, а в дальнейшем и сообщает. Речь эмоциональна и интонационно выразительна. Способен вступать в диалог со взрослыми и сверстниками (обращается с просьбой, привлекает внимание к своим действиям, задает вопросы и ждет на них ответа). Вместе с тем речь детей ситуативна. Проявляет интерес к книгам, демонстрирует запоминание первых сказок путем включения в рассказ взрослого отдельных слов и действий; эмоционально реагирует на песенки и стихи.

Третий год жизни характеризуется резко возрастающей речевой активностью ребёнка. Дети говорят много, сопровождая речью почти все свои действия, порой ни к кому при этом не адресуясь. Они повторяют всё, что слышат, воспроизводят сложные речевые конструкции и незнакомые слова, часто даже не понимая их смысла; «играют» словами, повторяя одно слово с разными интонациями, с удовольствием рифмуют слова. Речь становится особым объектом внимания малышей, они открывают в ней всё новые и новые стороны. На третьем году ребенок в основном овладевает предлогами и наречиями (над, под, на, рядом), некоторыми союзами (как, потому что, а, и, когда, только и пр.).

К трем годам ребенок обладает большим словарным запасом, усложняется грамматическая структура его речи. Малыш использует почти все части речи, в ней появляются падеж и время. Он начинает пользоваться трёх-, четырёх- и более- словными предложениями, вопросительной и восклицательной формами, употреблять и сложные придаточные

предложения. Активный словарь достигает примерно 1 500—2 500 слов. Разнообразятся и усложняются поводы его обращения посредством речи к взрослому.

Малыш может выразить словами свои желания, поделиться переживаниями, ищет объяснения непонятного, просит показать, как надо что-то сделать, задает вопросы по поводу всего, что видит вокруг себя. Малыша пока еще интересуют внешние свойства вещей, но этот интерес является ступенькой к следующему возрастному этапу — дошкольному, возрасту «почемучек». Характерно, что один и тот же вопрос ребенок может задавать и по поводу известного ему предмета и его названия. Этот факт свидетельствует о том, что он ищет у взрослого не только информацию об окружающем, но и побуждает его к общению.

Постепенно речь ребёнка всё более отделяется от наглядной ситуации. Малыш может развернуто рассказать о произошедших ранее событиях (где был, что видел, что делал, с кем играл), придумать собственную историю. Владение речью позволяет ребенку преодолеть ограниченность ситуативного общения и перейти от чисто практического сотрудничества со взрослыми к сотрудничеству «теоретическому» — внеситуативно-познавательному общению.

Речь ребёнка быстрыми темпами приближается к речи взрослого, открывая все большие возможности для двустороннего общения малыша с окружающими людьми, в том числе и со сверстниками. В ходе совместной с взрослыми предметной деятельности продолжает развиваться понимание речи. Количество понимаемых слов значительно возрастает. Совершенствуется регуляция поведения в результате обращения взрослых к ребенку, который начинает понимать не только инструкцию, но и рассказ взрослых. К концу третьего года жизни речь становится средством общения ребенка со сверстниками.

Совершенствуется слуховое восприятие, прежде всего фонематический слух. К трем годам дети воспринимают все звуки родного языка, но произносят их с большими искажениями.

#### ***Художественно-эстетическое развитие.***

Ребенок 2—3 лет рисует каракули как случайные метки, оставляемые на бумаге карандашом или красками в зависимости от движения руки; начинает давать им название; возникают простейшие изображения (домик в виде полукруга, квадратик — машина и др.).

Ребенок третьего года жизни реагирует на музыку, с удовольствием двигается под музыку и слушает простые произведения.

#### ***Физическое развитие.***

К 1 году некоторые дети уверенно стоят без опоры и пробуют ходить (возраст, в котором дети начинают ходить свободно, сильно различается в зависимости от индивидуального развития и социокультурных факторов). Также к этому возрасту дети обладают развитой способностью к манипулированию или активному перемещению компонентов среды в пространстве (отодвигать, открывать, перетаскивать и т. д.), а также

осваивают «пинцетный захват».

На протяжении второго-третьего года жизни в связи с интенсивным развитием активных движений развиваются скелет и мускулатура малышей. На втором году жизни ребенка заметно меняются пропорции его тела: увеличивается длина рук и ног, объем груди становится больше объема головы. К двум годам работоспособность нервной системы повышается, периоды бодрствования увеличиваются до 5 часов. В первые месяцы второго года жизни стремление малыша к постоянному движению сочетается с недостаточной координацией движений. Его движения не уверенны, он часто падает, с трудом преодолевает малейшее препятствие. Овладевая ходьбой, ребенок двигается в быстром темпе, поскольку при этом ему легче удержать равновесие. Первые шаги малыша коротки и неравномерны. Он пока еще не умеет самостоятельно останавливаться, менять направление движения, обходить препятствия, поэтому двигается от предмета к предмету «короткими перебежками». Ему еще трудно производить одновременно движения ногами и руками, например в ответ на предложение взрослого потанцевать, малыш сначала топает ножками, а потом хлопает в ладоши. Навыки ходьбы совершенствуются быстро.

К полутора годам ребенок уже умеет не только ходить, но и приседать, поворачиваться, пятиться, перешагивать через невысокое препятствие. В этом возрасте ребенок уже может целенаправленно, по просьбе взрослого менять рисунок ходьбы: «ходить как мишка», «прыгать как зайчик». Ребенок воспроизводит простые движения по показу взрослого; охотно выполняет движения имитационного характера, участвует в несложных сюжетных подвижных играх, получает удовольствие от процесса выполнения движений.

К концу второго года ребенок может пройти по дорожке, нарисованной на полу, перешагивать чередующимся шагом через невысокое препятствие, подниматься и спускаться по слегка приподнятой наклонной доске, лестнице, горке, подлезать под скамейку, веревку, перелезть через перекладину.

Действия руки контролируются зрением, ребенок осваивает различные навыки: овладевает приемами раскатывания, сплющивания, круговыми движениями, используя глину, пластилин; вкладывает плоскостные и объемные фигуры в отверстия соответствующих форм; выполняет несложное конструирование из кубиков.

На втором-третьем году совершенствуются основные движения малыша: он начинает все лучше координировать свою двигательную активность.

На протяжении третьего года жизни в связи с интенсивным развитием активных движений развиваются скелет и мускулатура малышей. К трем годам появляется более или менее характерная конфигурация позвоночника, хотя постоянство шейной и поясничной кривизны устанавливается позже. Позвоночник отличается большой гибкостью, поэтому неблагоприятные воздействия могут привести к формированию неправильной осанки. К концу раннего возраста становятся ощутимыми половые различия в развитии мышечной системы — мальчики отличаются большей силой мышц, их большим объемом. К двум годам заканчивается прорезывание всех 20



молочных зубов. Нервные процессы в организме ребенка раннего возраста отличаются слабостью и малоподвижностью. Дети легко подвергаются инфекциям.

На третьем году жизни дети активно овладевают разнообразными движениями. Ребенок третьего года жизни владеет основными движениями (ходьба в разных направлениях, с перешагиванием через предметы (высотой 10 см), в различном темпе; бег в разных направлениях и к цели, непрерывный в течение 30—40 сек); воспроизводит простые движения по показу взрослого; охотно выполняет движения имитационного характера, участвует в несложных сюжетных подвижных играх, организованных взрослым; получает удовольствие от процесса выполнения движений. На третьем году дети свободно передвигаются, могут менять ритм и направление движения. К трем годам они могут бегать, меняя скорость, в одном направлении или по кругу, кружиться на месте, влезать на стул, скамейку, подпрыгивать на двух ногах на месте и прыгать вперед, спрыгивать с невысоких предметов, перепрыгивать через ручейки, канавки и др.

### **Психологические характеристики детей с органическим поражением ЦНС и их особенности**

Диагноз органического поражения центральной нервной системы (ЦНС) у детей — весьма частое явление в педиатрической практике. Органическое поражение ЦНС представляет собой широкое понятие, устоявшегося определения которого не существует. Оно является следствием пре- и перинатальной патологии за исключением генетических болезней и врожденных пороков развития.

Привести к подобному состоянию могут приобретенные инфекционные и неинфекционные заболевания. Главными в постановке диагноза являются: анамнез матери, течение беременности и родов, состояние последа, результаты проведенных лабораторных исследований, динамика клинических симптомов у ребенка, топика поражений мозга. Эти сведения помогают провести дифференциальный диагноз с другими неврологическими заболеваниями и определить ведущие и второстепенные этиологические факторы заболевания.

Наиболее значимыми причинами органического поражения ЦНС у детей являются:

✓ *Асфиксия.* Для ее констатации необходим тщательный сбор анамнеза у матери (декомпенсированные пороки сердца, гипертоническая болезнь, тяжелая анемия, хронические заболевания легких, сахарный диабет, токсикозы беременных), а также течение родов, объективные клинические данные.

✓ *Внутричерепная родовая травма.* Главное, на что надо обращать внимание, несоответствие размеров плода и родовых путей, длительный безводный период, затяжной или стремительный ход родового акта.

✓ *Внутричерепные кровоизлияния* интра- и постнатальные, в первую очередь церебральные, внутрижелудочковые, субарахноидальные. Такие

кровоизлияния, как правило, бывают связаны с родовой травмой или асфиксией в родах, однако к органическому поражению ЦНС приводят непосредственно они.

✓ *Внутриутробные инфекции с поражением ЦНС.* В этом отношении имеют значение инфекционные (острые и хронические) заболевания матери как до, так и во время беременности, притом что часто отсутствует прямая зависимость между тяжестью заболевания беременной и плода; пренатальная гипотрофия плода, недоношенность, хроническая плацентарная недостаточность. Спектр возбудителей весьма широк: простейшие, грибы, бактерии, микоплазмы, уреоплазмы, хламидии и, наконец, многочисленные вирусы (вирусы простого герпеса, респираторные вирусы, энтеровирусы, вирус краснухи, иммунодефицита человека и другие). Часть из них может проникать в ЦНС антенатально, часть интранатально и постнатально.

✓ *Гемолитическая болезнь новорожденных,* сопровождающаяся «ядерной желтухой».

✓ *Токсические воздействия на плод* во время беременности. Довольно часто говорят о смешанной этиологии органического поражения ЦНС, поскольку патологические состояния, характерные для перинатального периода, обычно тесно взаимосвязаны.

Клиника органического поражения ЦНС разнообразна, при этом можно выделить следующие отдельные синдромы:

• *Синдромы ДЦП:* спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма, гемиплегия.

• *Судорожный синдром.* При асфиксии у новорожденных чаще всего отмечаются тонические и тонико-клонические судороги. При внутричерепном кровоизлиянии они имеют фокальный характер. Продолжительность их обычно небольшая. Возникают они сразу (1—3 минуты) или вскоре после родов. После острого периода асфиксии судороги могут прекратиться и возобновиться в возрасте 1,5—2 месяца в связи с наступившими морфологическими изменениями в мозге. При черепно-мозговой травме судороги часто носят парциальный характер: лицо, конечность или гемитип; также чаще судороги появляются при этом через несколько часов или даже 2—3 суток в связи с нарастанием геморрагического синдрома; далее после светлого промежутка от 2 месяцев до нескольких лет судорожный синдром может проявиться вновь. При ядерной желтухе судороги тонические с переходом в опистотонус. При внутриутробных инфекционных поражениях мозга судороги могут носить различный характер и возникают, как правило, после светлого промежутка в несколько дней после родов.

• *Олигофрения различной степени* (отставание в психомоторном развитии), речевые расстройства и нарушения простой и/или сложной чувствительности могут возникнуть в связи со всеми указанными этиологическими факторами.

• *Вторичная микроцефалия* — уменьшение размеров черепа начинается после рождения ребенка, череп может быть симметричным, а может — асимметричным.

• *Окклюзионная гидроцефалия.*

• *Синдром минимальной церебральной дисфункции* — может начинаться у детей грудного возраста, а наиболее яркие проявления отмечаются у школьников; принципиально характеризуется умеренно выраженными двигательными, речевыми и вегетативными нарушениями.

С практической точки зрения органические поражения ЦНС объединяет большое количество заболеваний и синдромов, имеющих свою этиологию и требующих особых терапевтических подходов.

### ***Особенности развития детей раннего возраста с органическим поражением ЦНС***

*Социальное развитие* детей с органическим поражением ЦНС раннего возраста происходит не так, как у здоровых детей. В младенческом возрасте они не фиксируют взор на лице взрослого, у них затруднен контакт со взрослым «глаза в глаза», они не проявляют желания к сотрудничеству с близкими взрослыми, не стремятся к взаимодействию с другими людьми, не проявляют интереса к сверстникам. Многие из них не могут назвать свое имя по просьбе взрослого, показать свои части тела и лица, не знают их назначение. У этих детей к трем годам не формируются представления о себе и о своем «я». Для многих из них характерны раздражительность, резкое изменение настроения. Они, как правило, упрямые, плаксивые, часто бывают либо вялыми, либо возбудимыми.

У них задерживается формирование навыков опрятности и навыков самообслуживания. Поскольку у детей с органическим поражением ЦНС раннего возраста отсутствует потребность к взаимодействию с новыми людьми, у них своевременно не формируется естественная потребность подражать сверстникам. Чаще всего они оказываются изолированными от детского коллектива, попадают в ситуацию так называемого «социального вывиха».

*Физическое развитие* детей третьего года жизни с органическим поражением ЦНС имеет ряд особенностей по сравнению с их нормально развивающимися ровесниками. У них овладение прямохождением происходит несколько позже, чем у их сверстников с нормальным интеллектом. Многие из них в этот возрастной период только начинают ходить. Их движения отличаются неустойчивостью, неуклюжестью походки, замедленностью или импульсивностью. Они не могут ходить целенаправленно по прямой дорожке, подниматься и спускаться самостоятельно по лестнице, отсутствует стремление научиться бегать.

У детей с органическим поражением ЦНС отмечается недоразвитие ручной моторики: движения обеих рук не согласованы, мелкие и точные движения кистей и пальцев рук не развиты. Они захватывают мелкие предметы всей ладонью, не могут выделить отдельно каждый палец, у них отсутствует указательный тип хватания (соединение указательного и

большого пальцев) и хватания щепотью (соединение указательного, среднего и большого пальцев).

*Познавательное развитие* у детей с органическим поражением ЦНС значительно отстает от развития здоровых детей. Это проявляется во всех сферах психического развития: внимании, памяти, восприятию, мышлении и речи. Многие из них не проявляют интереса к окружающему миру: в младенчестве не рассматривают предметы, не берут самостоятельно игрушки, не манипулируют и не действуют ими. При этом подражательная способность без коррекционной помощи не формируется. Поэтому они своевременно не научаются специфическим предметным действиям (соотносящим и орудийным). У них не формируется ориентировочная реакция не только типа «Что с этим можно делать?», но и более простая «Что это?».

Некоторые дети третьего года жизни с нарушением интеллекта могут манипулировать (иногда это напоминает целенаправленное использование предмета), но в действительности ребенок, производя действия, не учитывает свойства и назначение предметов. К тому же эти манипуляции сопровождаются неадекватными действиями: ребенок стучит ложкой по столу, бросает машинку, облизывает или сосет куклу, смахивает игрушки со стола и т. д. Отсутствие целенаправленных действий, равнодушие к результату своих действий, неадекватные действия — все это отличает ребенка с органическим поражением ЦНС от нормально развивающегося сверстника.

К сожалению, у этих детей не формируются также предпосылки для развития других видов деятельности — игры, рисования, конструирования, зачатков трудовой деятельности, которые при нормальном развитии появляются к концу третьего года жизни. В речевом развитии отставание начинается у таких детей с младенчества: вовремя не появляется гуление, а затем и лепет. Эти дети весьма ограниченно понимают обращенную к ним речь, не могут показать указательным жестом знакомые предметы. У них не сформирован интерес к общению с близкими взрослыми, к окружающим предметам, не развит фонематический слух и артикуляционный аппарат, которые являются предпосылками речевого развития.

Многие дети с органическим поражением ЦНС начинают говорить только после трех лет. Речь у них настолько слабо развита, что не может осуществлять и функцию общения. Недоразвитие же коммуникативной функции речи, к сожалению, не компенсируется другими средствами общения, в частности невербальными (мимикой, жестами). У таких детей лицо лишено мимики (амимичное), они плохо понимают жесты. Это отличает их от детей с другими психофизическими нарушениями (слуха, речи и др.).

Дети раннего возраста с органическим поражением ЦНС значительно отстают по основным линиям развития от нормально развивающихся сверстников. Они нуждаются в комплексной реабилитации, включающей в себя как медицинское, так и коррекционно-психолого-педагогическое

воздействие.

## **Психологические особенности детей «группы риска»**

### **Дети группы биологического риска**

В последние годы в связи со значительными успехами в неонатологии (в частности в таких ее областях, как реанимация новорожденных, усовершенствование и развитие новых методов выхаживания и т. п.) повысилась выживаемость недоношенных младенцев как с критически низкой массой тела при рождении, с одной стороны, так и с перинатальными поражениями, с другой.

Недоношенные дети составляют группу высокого риска возникновения у них в дальнейшем нарушений соматического, неврологического характера, что составляет базу для возникновения различного рода отклонений в психическом развитии. При оценке психического развития недоношенных детей необходимо учитывать степень их недоношенности. Показатели моторного и интеллектуального развития этих детей, как правило, отстают от таковых доношенных детей и от их хронологического возраста примерно на срок недоношенности. Благоприятным прогностическим признаком для интеллектуального и моторного развития недоношенных младенцев, имеющих критически низкую массу тела при рождении и перинатальное поражение ЦНС, может служить схождение значений, которые они получают для хронологического и скорректированного возраста. Характерными особенностями психического развития исследуемой категории недоношенных детей являются неравномерность и асинхрония интеллектуального и моторного развития на первом году жизни. Степень тяжести перинатальной энцефалопатии однозначно не определяет прогноз психического развития недоношенного ребенка на первом году жизни, хотя можно говорить о том, что в случае тяжелой степени перинатальной энцефалопатии большее влияние будет оказано на интеллектуальное развитие ребенка.

Анатомо-физиологическая характеристика недоношенных детей имеет ряд признаков, находящихся в прямой зависимости от срока беременности. Чем меньше гестационный возраст ребенка, тем ярче они выражены и тем их больше. К ним относится состояние кожных покровов, ушных раковин, ареол сосков, борозд на ступнях, половые признаки. Из-за несовершенства иммунитета недоношенные дети склонны к инфекционным заболеваниям.

### **Особенности развития недоношенных детей**

#### ***Физическое развитие недоношенных детей***

1. Характерны более высокие темпы нарастания массы тела в течение первого года жизни по сравнению с детьми, родившимися в срок, к году их масса увеличивается в 4—7 раз.

2. Ежемесячная прибавка в росте у недоношенных в среднем составляет 2,5—3 см. Рост за первый год увеличивается на 27—38 см. Несмотря на высокие темпы роста и развития, в первые 2—3 года жизни недоношенные дети по показателям массы тела и роста отстают от своих сверстников,

родившихся доношенными. И лишь к 3 году масса тела и длина этих детей приближается к соответствующим показателям у доношенных.

3. У детей с недоношенностью I-II степени зубы прорезываются в 6—9 месяцев, III-IV степени — 8—10 месяцев.

4. Окружность головы при рождении на 3—4 см больше окружности груди. К 3—5 месяцу размеры сравниваются, в дальнейшем окружность груди больше окружности головы.

5. В дальнейшем периоды 1-го и 2-го вытягивания у недоношенных наступают на 1—2 года позднее, чем у доношенных.

### ***Нервно-психическое развитие недоношенных детей.***

На протяжении первых лет жизни темпы психомоторного развития детей задержаны, становление ведущих линий нервно-психического развития сдвинуто во времени на более поздний возрастной этап. Это отставание зависит от степени недоношенности и более выражено у детей при III-IV степени недоношенности. У этих детей появление психомоторных навыков на 1—2 году задерживается на 2—3 месяца. У детей со II степенью недоношенности на 1—1,5 месяца. К концу 1-го года жизни большинство детей с I степенью недоношенности по психомоторному развитию догоняют своих доношенных сверстников, а к 2 годам с ними сравниваются и глубоконедоношенные. Задержка психического развития ребенка, родившегося раньше срока, может быть обусловлена нарушением функции органов чувств. Так, патология органов зрения (миопатия, астигматизм, косоглазие) встречаются у 25%, тугоухость различной степени у 4% детей, родившихся недоношенными.

У недоношенных (из-за неблагоприятных внутриутробных условий, гипоксии плода и др.) нередко наблюдаются психоневрологические нарушения в виде невропатических психопатических черт личности. Чаще встречаются неврологические изменения: вегетососудистые расстройства, гипертензионно-гидроцефальный синдром, судорожный синдром, детский церебральный паралич. К возрасту 4—7 лет проявление психоневрологических симптомов может исчезнуть или остаться в виде легких клинических знаков поражения ЦНС: неустойчивое психическое состояние, реакции негативизма, беспокойство, суетливость, бессонница, нарушение аппетита, затруднение в приеме твердой пищи. Возможно неблагоприятное течение с формированием стойких и сложных психопатологических синдромов. Однако большинство недоношенных детей обладают нормальным умственным развитием. Среди недоношенных есть много знаменитых людей: Дарвин, Ньютон, Вольтер, Гюго, Наполеон, Есенин, Миронов и т. д.

### **Дети группы социального риска**

В исследованиях отечественных и западных психологов дается сравнительная характеристика «детей группы риска». Общее физическое, психическое развитие детей, воспитывающихся в трудных социальных условиях (дети родителей, имеющих психические заболевания, страдающих

алкоголизмом и наркоманией; дети, имеющие значительные изменения в поведении ребенка в результате пережитого стресса; дети малолетних родителей (матерей в возрасте до 17-ти лет); дети из семей, направленных социальными службами и т. д.). У них отмечаются замедленный темп психического развития, ряд негативных особенностей: низкий уровень интеллектуального развития, бедная эмоциональная сфера и воображение, позднее формирование навыков саморегуляции и правильного поведения.

«Дети группы социального риска» характеризуются резко выраженной дезадаптацией, которая усиливается такими психотравмирующими факторами, как изъятие ребенка из семьи и помещение его в разного рода учреждения (больница, приемник-распределитель, приют временного пребывания, санаторий и т. д.).

Поведение этих детей характеризуется раздражительностью, вспышками гнева, агрессии, преувеличенным реагированием на события и взаимоотношения, обидчивостью, провоцированием конфликтов со сверстниками, неумением общаться с ними.

Дети раннего возраста этой группы отличаются пониженной познавательной активностью, отставанием в развитии речи, задержкой психического развития, отсутствием навыков общения, конфликтами во взаимоотношениях со сверстниками.

Роль семьи, матери в развитии ребенка, его социализации трудно переоценить, поэтому замена семьи жизнью в учреждении оказывает наибольшее негативное влияние на ребенка в первые семь лет жизни. Отсутствие единственного близкого и значимого для ребенка взрослого, вообще дефицит общения со взрослыми не способствуют развитию у ребенка чувства привязанности. В дальнейшей жизни это затрудняет выработку способности разделять свои переживания с другими людьми, что чрезвычайно важно для последующего развития сопереживания. Замедляется и развитие познавательной активности, что делает детей мало интересующимися окружающим миром, затрудняет возможность находить увлекательное занятие, делает ребенка пассивным.

Эмоциональные проявления «детей группы социального риска» бедны и невыразительны. В исследованиях Н.Н. Авдеевой показано, что дети этой группы значительно позже начинают узнавать себя в зеркале, они пугаются своего отражения и начинают плакать. Можно предположить, что развитие чувства самоидентичности у детей этой группы наступает намного позднее, чем у детей, которые растут в полных семьях. По данным Т.П. Гавриловой, кризис трех лет протекает у этих детей в стертой форме, запаздывает. Гордость за достижение — такое важное личностное новообразование дошкольного возраста — формируется у этих детей дефектно. У детей, воспитываемых вне семьи, отсутствуют интерес к оценке взрослого, переживание неуспеха в деятельности, потребность в положительной оценке, они не умеют дифференцировать успешные и неуспешные действия, одобряемое и неодобряемое поведение.

Недостаток внимания со стороны взрослого в раннем возрасте приводит

к недостаткам социального развития: не складывается потребность в общении и установлении контактов со взрослыми и сверстниками, затруднено сотрудничество с ними. Это приводит к отставанию в развитии речи, утрате самостоятельности, нарушениям в личностном развитии. Наиболее отчетливо проявляются недостатки развития эмоциональной сферы. Дети с трудом различают эмоции взрослого, плохо дифференцируют их, имеют ограниченную способность понимать другого, себя. Они конфликтуют со сверстниками, не могут взаимодействовать с ними, не замечают их бурных эмоциональных реакций. У них тормозится развитие познавательной деятельности, что проявляется в отставании в овладении речью, отсутствии инициативы в познании окружающего мира, амбивалентности отношения к предметам (предметы притягивают их внимание и одновременно вызывают чувство страха из-за неумения действовать с ними).

Типичным недостатком развития в трехлетнем возрасте является нарушение самостоятельности – от ее утраты до полного проявления, когда ребенок распоряжается собой по своему усмотрению. У этих детей нарушается представление о временных характеристиках становления их личности: они ничего не знают о себе в прошлом, не видят своего будущего. Представления о собственной семье у них туманны или имеется неблагоприятный опыт. Некоторые дети из детдомов не могут представить себя маленькими, не знают, чем занимаются маленькие дети, не могут рассказать о том, чем они занимались, когда были маленькими. Они с трудом представляют свое будущее, ориентированы только на ближайшее будущее — поступление в школу, учение. Борьба за новую идентичность при поступлении их в детское учреждение — одна из основных проблем этих детей в период исправления депривации. Выход за рамки настоящего, в котором эти дети проживают, и в прошлое, которое они уже прожили, является главным условием приобретения жизненной уверенности и новой идентичности, условием бегства из порочного круга психической депривации.

Интеллектуальное развитие детей, воспитывающихся вне семьи, характеризуется дисгармоничностью, резко выраженной не равномерностью и несбалансированностью видов мышления. Предметное, наглядно-образное мышление остается главным. Вербальное мышление может при этом достигать возрастных норм, а не вербальное мышление значительно отстает, так как оно формируется в игре, неформальном общении и не регламентированной совместной деятельности со взрослыми и другими детьми.

Отклонения в психическом развитии у воспитанников учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, имеют иной тип отклонений, чем у детей с задержками психического развития. Необходимым условием формирования мышления в дошкольном возрасте является богатство и разнообразие чувственного опыта ребенка. Можно предположить, что скудность, ограниченность чувственного опыта у детей, воспитывающихся вне семьи, отрицательно сказывается на формировании их мышления, восприятия, что проявляется в примитивности изобразительной



деятельности, в недоразвитии невербального интеллекта. Любой вид мышления требует для своего развития практики решения задач, проблемных ситуаций и т. д. Эта практика чрезвычайно бедна у ребенка, воспитывающегося вне семьи.

Таким образом, дети дошкольного возраста, растущие без родителей или проживающие трудные жизненные ситуации, отличаются от своих сверстников из полноценных семей пониженной познавательной активностью, отставанием в развитии речи, задержкой психического развития, отсутствием навыков общения и конфликтами во взаимоотношениях со сверстниками. Неудовлетворение потребности в общении со взрослыми и сверстниками приводит к нарушениям в овладении игровой деятельностью. Дети зачастую не имеют дома игрушек, книг, не знают никаких игр и поэтому не знают, как играть с игрушками, как играть в игры. Они быстро ломают, портят и теряют игрушки, примитивно используют их в игре.

Основными видами деятельности на улице у них являются беготня, догонялки и дразнилки или уход от всех, одиночество, ничегонеделание. Пробелы в развитии игровой деятельности, как и в общем психическом развитии детей с раннего возраста бывают столь значительны, что обычные воспитательные воздействия и занятия оказываются малоэффективными. К работе с этими детьми необходимо подключать педагога-психолога, который пользуется системой развивающих и психокоррекционных игр применительно к раннему возрасту, использует разные виды игр: дидактические, ролевые, сюжетно-ролевые, подвижные игры, игры-драматизации. Помимо этого, педагог-психолог использует в работе игры, направленные на развитие мышления, воображения, памяти, внимания и т. д.

### **Планируемые результаты освоения Программы**

В связи с различным уровнем развития двигательного, психического, речевого развития детей, посещающих Службу ранней помощи, при определении целевых ориентиров социально-нормативных возрастных характеристик необходимо обращать особое внимание на особенности формирования познавательной, коммуникативной, сенсорной, моторной, игровой и другой деятельности при организации индивидуальной коррекционной работы и учитывать соответствие уровня выполняемых ребенком заданий его возрасту, двигательным возможностям и степени сохранности анализаторов:

- возможности обучения ребенка, показателями которых являются темп приобретения навыков и количество упражнений, необходимое в процессе обучения;
- характер помощи взрослого и возможность ее использования;
- способность к самостоятельному выполнению заданий;
- отношение ребенка к заданию, его активность;
- использование неречевых средств коммуникации (движений глаз, мимики, жестов);

— устойчивость внимания.

К благоприятным прогностическим признакам (*целевым ориентирам*) можно отнести следующие:

- достаточно отчетливая динамика в развитии двигательных, речевых, сенсорных функций;
- способность ребенка накапливать опыт путем самостоятельных действий и действий, совместных со взрослыми; использование этого опыта в доступных по двигательным возможностям практических и игровых действиях;
- активность и избирательность внимания, целенаправленность и произвольность деятельности;
- наличие познавательного интереса; стремление к самостоятельным действиям;
- настойчивость в овладении доступными двигательными и речевыми навыками.

Как прогностически неблагоприятные могут рассматриваться следующие признаки:

- количественное накопление сведений об окружающем и неспособность использовать эти сведения при самостоятельных действиях;
- наличие общей психической вялости или повышенной возбудимости; нескритичность;
- отсутствие качественного улучшения возможности познания, несмотря на способность детей с улучшением двигательных возможностей адаптироваться к окружающей обстановке и овладеть бытовыми навыками.

В связи с тем, что дети и семьи, получающие помощь СРП, имеют разные по природе, сочетанию или тяжести нарушения и проблемы, то постановка целей отражена в индивидуальном образовательном маршруте, а значит и результаты сугубо индивидуальны для каждого ребенка. Позитивным результатом следует считать достижение краткосрочных целей, которые признаны специалистами реальными для данного ребенка и семьи на данном этапе. Оптимальный срок для контроля достижения краткосрочных целей — 4 месяца.

**Планируемые результаты освоения Программы (в виде целевых ориентиров) для детей от 1 года до 3 лет, посещающих СРП.**

*Ребенок раннего возраста, посещающий СРП, к 2 годам может:*

- взаимодействовать со знакомым взрослым в знакомой игровой ситуации;
- владеть элементарными навыками в быту;
- подражать знакомым действиям взрослого;
- проявлять интерес к сверстникам;
- здороваться при встрече со знакомыми взрослыми и сверстниками, прощаться при расставании, пользуясь при этом невербальными и/или

вербальными средствами общения, проявлять доброжелательное отношение к знакомым людям;

- благодарить за услугу, за подарок, угощение;
- адекватно вести себя в знакомой ситуации;
- адекватно реагировать на доброжелательное и недоброжелательное отношение к себе со стороны окружающих;
- самостоятельно участвовать в знакомых музыкальных и малоподвижных играх;
- выполнять простые речевые инструкции и разученные действия;
- обобщать предметы, группировать по просьбе взрослого однородные объекты; выполнять действия только по слову, без наглядного подкрепления (показом);
- произносить лепетные, облегченные слова, звукоподражания;
- уметь увеличивать объем и силу выдоха;
- положительно относиться к труду взрослых и к результатам его труда.

*Ребенок раннего возраста, посещающий СРП, к 2 годам 6 месяцам может:*

- здороваться при встрече со знакомыми взрослыми и сверстниками, прощаться при расставании, пользуясь при этом невербальными и вербальными средствами общения;
- благодарить за услугу, за подарок, угощение;
- адекватно вести себя в знакомой и незнакомой ситуации;
- проявлять доброжелательное отношение к знакомым и незнакомым людям;
- проявлять элементарную оценку своих поступков и действий;
- адекватно реагировать на доброжелательное и недоброжелательное отношение к себе со стороны окружающих;
- проявлять интерес к познавательным задачам (производить анализ проблемно-практической задачи; выполнять анализ наглядно-образных задач; называть основные цвета и формы);
- соотносить знакомый текст с соответствующей иллюстрацией;
- выполнять задания на классификацию знакомых картинок;
- быть партнером в игре и в совместной деятельности со знакомыми сверстниками, обращаться к ним с просьбами и предложениями о совместной игре или практической деятельности;
- знать и выполнять некоторые упражнения из комплекса утренней зарядки или разминки в течение дня;
- самостоятельно участвовать в знакомых малоподвижных и музыкальных играх;
- положительно реагировать на просьбу взрослого убрать игрушки, покормить животных, полить растения в живом уголке, убрать мусор, сервировать стол, помыть посуду, протереть пыль в детском саду и дома;

- проявлять самостоятельность в быту; владеть основными культурно-гигиеническими навыками;

- уметь отвечать на вопросы после прочтения сказки, используя слова, простые предложения, состоящие из двух-трех слов, могут добавляться жесты;

- уметь рассказывать двустихья и простые потешки;

- уметь использовать для передачи сообщения слова, простые предложения, состоящие из двух-трех слов, могут добавляться жесты;

- уметь произносить простые по артикуляции звуки;

- уметь воспроизводить звуко-слоговую структуру двухсложных слов, состоящих из открытых, закрытых слогов, с ударением на гласном звуке;

- уметь увеличивать объем вдыхаемого и выдыхаемого воздуха.

- положительно относиться к труду взрослых и к результатам его труда.

### *Ребенок раннего возраста, посещающий СРП, к 3 годам:*

- проявляет готовность и способность к общению со сверстниками; способен к адекватным межличностным отношениям; проявляет инициативу и самостоятельность в игре и общении; способен выбирать себе род занятий, участников по совместной деятельности;

- демонстрирует достаточный уровень игровой деятельности: способен к созданию замысла и развитию сюжета, к действиям в рамках роли, к ролевому взаимодействию, к коллективной игре; появляется способность к децентрации;

- способен подчиняться правилам и социальным нормам во взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками, может соблюдать правила безопасного поведения и личной гигиены;

- проявляет способность к волевым усилиям; совершенствуется регуляция и контроль деятельности; произвольная регуляция поведения;

- обладает начальными знаниями о себе и социальном мире, в котором он живет;

- овладевает основными культурными способами деятельности;

- проявляет интерес к обучению в школе, готовится стать учеником;

- повышается уровень познавательной активности и мотивационных компонентов деятельности; задает вопросы, проявляет интерес к предметам и явлениями окружающего мира;

- осваивает элементарные логические операции не только на уровне наглядного мышления, но и в словесно-логическом плане (на уровне конкретно-понятийного мышления); может выделять существенные признаки, с помощью взрослого строит простейшие умозаключения и обобщения;

- стремится к речевому общению; участвует в диалоге;

- понимает и употребляет слова, обозначающие названия предметов, действий, признаков, состояний, свойств, качеств;
- понимает обобщающее значение слов;
- понимает простые предлоги;
- различает и употребляет существительные мужского и женского рода в единственном и множественном числе в именительном падеже;
- понимает вопросы косвенных падежей;
- согласовывает притяжательные местоимения и имена прилагательные с существительными мужского и женского рода;
- составляет предложения из нескольких слов по вопросам, по картинке и по демонстрации действия, может дополнять предложения недостающими словами;
- способен эмоционально реагировать на музыкальные произведения; знаком с основными культурными способами и видами музыкальной деятельности.

### **Целевые ориентиры на этапе завершения освоения Программы**

*Ребенок раннего возраста, посещающий СРП, к 3 годам:*

- проявляет готовность и способность к общению со сверстниками; способен к адекватным межличностным отношениям; проявляет инициативу и самостоятельность в игре и общении; способен выбирать себе род занятий, участников по совместной деятельности;
- демонстрирует достаточный уровень игровой деятельности: способен к созданию замысла и развитию сюжета, к действиям в рамках роли, к ролевому взаимодействию, к коллективной игре; появляется способность к децентрации;
- способен подчиняться правилам и социальным нормам во взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками, может соблюдать правила безопасного поведения и личной гигиены;
- проявляет способность к волевым усилиям; совершенствуется регуляция и контроль деятельности; произвольная регуляция поведения;
- обладает начальными знаниями о себе и социальном мире, в котором он живет;
- овладевает основными культурными способами деятельности;
- проявляет интерес к обучению в школе, готовится стать учеником.
- задает вопросы, проявляет интерес к предметам и явлениями окружающего мира — повышается уровень познавательной активности и мотивационных компонентов деятельности;
- осваивает элементарные логические операции не только на уровне наглядного мышления, но и в словесно-логическом плане (на уровне конкретно-понятийного мышления); может выделять существенные признаки, с помощью взрослого строит простейшие умозаключения и обобщения;

- стремится к речевому общению; участвует в диалоге;
- понимает и употребляет слова, обозначающие названия предметов, действий, признаков, состояний, свойств, качеств;
- понимает обобщающее значение слов;
- понимает простые предлоги;
- различает и употребляет существительные мужского и женского рода в единственном и множественном числе в именительном падеже;
- понимает вопросы косвенных падежей;
- согласовывает притяжательные местоимения и имена прилагательные с существительными мужского и женского рода;
- составляет предложения из нескольких слов по вопросам, по картинке и по демонстрации действия, дополняет предложения недостающими словами;
- способен эмоционально реагировать на музыкальные произведения; знаком с основными культурными способами и видами музыкальной деятельности.

**Планируемые результаты освоения Программы  
(в виде целевых ориентиров) психолого-педагогического  
сопровождения семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста.**

Успешно организованное психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста, способствует:

- повышению компетентности родителей путём расширения психолого-педагогических знаний;
- созданию условий для формирования навыков конструктивного взаимодействия и общения, способствующих оптимизации детско-родительских отношений;
- улучшению рефлексии своих взаимоотношений в семье;
- выработке новых навыков взаимодействия;
- развитию способности принимать, понимать и доверять друг другу, осознавать важность родительского внимания и воспитания.

Для работы с семьей в условиях СРП хорошо себя показывают программы тренингов для родителей, воспитывающих детей раннего возраста, направленные на гармонизацию внутрисемейных отношений, психокоррекционной работы с матерями, воспитывающими детей раннего возраста, техники направляемой ребенком интеракции (НРИ), поддержания игровых рутин.

Таким образом, организация сопровождения семьи ребенка раннего возраста в условиях СРП в результате имеет направленность на обогащение жизненного опыта каждого ребенка, формирование жизненно важных компетенций, навыков, которые позволят ребёнку становиться более самостоятельным в решении повседневных жизненных задач (самообслуживание, ориентация в окружающем мире, коммуникация, доступные виды деятельности).

## **Развивающее оценивание качества образовательной деятельности по Программе**

Оценивание качества образовательной деятельности, осуществляемой Службой ранней помощи по Программе для детей раннего возраста, представляет собой важную составную часть данной образовательной деятельности, направленную на ее усовершенствование. Концептуальные основания такой оценки определяются требованиями Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации», а также ФГОС дошкольного образования, в котором определены государственные гарантии качества образования. Оценка качества дошкольного образования (соответствия образовательной деятельности, реализуемой СРП, заданным требованиям Стандарта и Программы в дошкольном образовании детей раннего возраста) направлена в первую очередь на оценивание созданных СРП условий в процессе образовательной деятельности. Программой не предусматривается оценивание качества образовательной деятельности СРП на основе достижения детьми раннего возраста планируемых результатов освоения Программы.

Целевые ориентиры, представленные в Программе:

- не подлежат непосредственной оценке;
- не являются непосредственным основанием оценки как итогового, так и промежуточного уровня развития воспитанников;
- не являются основанием для их формального сравнения с реальными достижениями детей;
- не являются основой объективной оценки соответствия установленным требованиям образовательной деятельности и подготовки детей;
- не являются непосредственным основанием при оценке качества образования.

Степень реального развития обозначенных целевых ориентиров и способности ребенка раннего возраста проявлять их к моменту перехода на следующий уровень образования могут существенно варьироваться у разных детей в силу различий в условиях жизни и индивидуальных особенностей развития конкретного ребенка. Программа строится на основе общих закономерностей развития личности с учетом сенситивных периодов развития детей раннего возраста. Дети с недостатками в физическом и/или психическом развитии могут иметь качественно неоднородные уровни двигательного, речевого, познавательного и социального развития. Поэтому целевые ориентиры адаптированной основной образовательной программы СРП, реализуемой с участием детей раннего возраста, должны учитывать не только возраст ребенка, но и уровень развития его личности, степень выраженности различных нарушений, а также индивидуально-типологические особенности развития (возможностей) ребенка.

Программой предусмотрена система мониторинга динамики развития детей раннего возраста, динамики их образовательных достижений, основанная на методе наблюдения и включающая:

— педагогические наблюдения, педагогическую диагностику, связанную с оценкой эффективности педагогических действий с целью их дальнейшей оптимизации;

— индивидуальные программы развития ребенка раннего возраста.

Мониторинг динамики развития детей раннего возраста, их успешности в освоении Программы осуществляют специалисты СРП, которые проводят диагностику при поступлении в группу СРП и в конце учебного года.

Мониторинговая деятельность предполагает:

- отслеживание динамики развития детей раннего возраста;
- составление и корректирование планов индивидуальной коррекционной работы;
- составление перспективного планирования коррекционно-развивающей работы.

Педагоги по завершении каждого этапа анализируют выполнение индивидуального плана коррекционно-педагогической и коррекционно-развивающей работы, дают рекомендации для следующего этапа обучения. Коррекционная работа ведется в тесном сотрудничестве с семьями воспитанников. Данные о результатах мониторинга заносятся в протокол обследования функционирования ребенка:

- функции тела;
- активность и участие;
- факторы среды, влияющие на обеспечение самостоятельности в реализации активности ребенка.

Сроки проведения диагностики: сентябрь, май.

Специалисты анализируют выполнение индивидуального плана коррекционно-педагогической и коррекционно-развивающей работы в целом с детьми раннего возраста. Коррекционная работа ведётся в тесном сотрудничестве с родителями (законными представителями) детей раннего возраста.

Планируемый результат — достижение каждым ребёнком уровня развития, соответствующего возрастным нормам, предупреждение возможных трудностей в усвоении знаний и обеспечение его социальной адаптации и интеграции в обществе. Тесное взаимодействие педагогов и родителей на основе продуманной и налаженной сети интегрированных связей, комплексной диагностики помогает осуществить оптимальный выбор методов, адекватных возрасту и структуре дефекта детей с ОВЗ, чем достигается эффективность и стабильность результатов.

***Диагностика индивидуального развития детей, осуществляемая специалистами СРП.***

Подбор методов и материалов обследования построен на принципе интеграции методик обследования индивидуального развития ребенка, указанных в списке литературы. Сроки проведения диагностики соответствуют срокам, указанным в этапах реализации образовательной программы.

Комплексная психолого-педагогическая диагностика проводится три



раза в год. Диагностический профиль заполняется в процессе командного обсуждения после междисциплинарной консультации и используется в комплекте с заключениями от каждого специалиста. В ситуации долгосрочного сопровождения профиль заполняется в середине и конце учебного года ведущим семью специалистом. Для более углубленной, детальной оценки в каждом конкретном случае необходимо использовать дополнительные, более детальные или специальные методы оценки, представленные в таблице 1.

**Таблица 1**

№	ФИО автора	Название книги	Когда и кем издана
1		Руководство по раннему обучению. 0-6 лет. Портедж, США.	СПб: Раннее вмешательство, 1992-1999
2	Зигле Л.А., Микшина Е.П.	Организация и деятельность Службы ранней помощи в региональной системе дошкольного образования, с.73-100	М: Центр педагогического образования, 2015
3	Нэнси М. Джонсон-Мартин, Кеннет Г. Дженс, Сюзен М. Аттермиер, Бонни Дж. Хакер	Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями	Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, Издательство: Каро, СПб., 2006
4	Ноткина Н.А., Казьмина Л.И., Бойнович Н.Н.	Оценка физического и нервно-психического развития детей раннего и дошкольного возраста	СПб., Акцилент, 1998
5	Питерси М., Трилор Р. и др.	«Маленькие ступеньки». Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. Книга 1-8	М.: Ассоциация Даун Синдром, 2001
6	Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю.	Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет.	С-Петербург, Детство-пресс, 2005
7	Хелльбругге Т., Лайоси Ф., Линара Д.и др.	Мюнхенская функциональная диагностика развития. Первый год жизни. Второй и третий год жизни.	Открытые двери, Минск, 1997
8	Штрасмайер В.	Обучение и развитие ребёнка раннего возраста.	М., 2002
9	Battelle Memorial Institute	«Battelle Developmental Inventory With Recalibrated Data and Norms»	Newborg et al., 1984
10	World Health Organization. International	International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version	Geneva, Switzerland, WHO, 2007

При длительном сопровождении проводятся:

**Промежуточная диагностика** — показывает результаты проводимой работы и позволяет вносить уточнения и изменения в реализуемую программу.

**Итоговая диагностика** — дает полное представление о качестве реализации ИП ППС в течение года и на этой основе позволяет наметить общие перспективы дальнейшей работы либо оценить итоговые результаты.

Результаты обследования фиксируются в индивидуальном образовательном маршруте.

### **Основные требования к состоянию психофизиологического, психического и психологического здоровья ребенка как результату реализации Программы**

Продолжительность диагностического сеанса с детьми раннего возраста в Службе ранней помощи составляет до 1 часа. В сложных случаях проводится несколько диагностических сеансов: при включении ребенка в Службу ранней помощи и по одному сеансу в середине и в конце учебного года. Продолжительность индивидуального занятия с ребенком — 1 час.

Реализация программы считается в основном успешной для ребенка или родителя, если при этапном или заключительном обследовании выявлено достижение большинства поставленных целей. Допускается, что не все цели будут достигнуты и не по всем разделам программы будут положительные результаты.

Реализация программы считается частично успешной для ребенка или родителя, если при этапном или заключительном обследовании выявлено достижение меньшинства поставленных целей.

Так как дети и семьи, получающие помощь по этой программе, могут иметь разные по природе, сочетанию или тяжести нарушения и проблемы, то постановка целей в ежегодном индивидуальном плане и результаты сугубо индивидуальны для каждой семьи и ребенка. Позитивным результатом следует считать достижение краткосрочных целей, которые признаны специалистами реальными для данного малыша и семьи на определенном этапе. Оптимальный срок для достижения краткосрочных целей — 4 месяца.

В типичных случаях (при средней выраженности нарушения развития) дети могут достичь уровня, необходимого для поступления в ДОО компенсирующего вида, к 4—6 годам. Однако это не означает, что на этом работа с ребенком по программе «Служба ранней помощи» закончена. Обычно индивидуальная программа развития является лишь частью исходной задачи.

**Примерный договор с родителями (законными представителями)  
об оказании услуг ранней помощи**

**Договор № \_\_\_\_\_  
Об оказании услуг ранней помощи**

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Родитель (законный представитель)

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О.*

именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий от своего имени и в интересах несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О., год рождения*

(далее – «ребенок») с одной стороны,

и \_\_\_\_\_,

*полное наименование организации-поставщика услуг*

именуемое в дальнейшем — «Исполнитель», в лице

\_\_\_\_\_  
*наименование должности руководителя*

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. руководителя*

действующего на основании \_\_\_\_\_,

*наименование документа*

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка, ст. 43 Конституции Российской Федерации, Федеральных законов: от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»; от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»; от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»; Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р, от 24.07.1998г. №127 – ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»,

\_\_\_\_\_  
*прочие нормативные документы*

настоящий договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора**

1.1. Предметом договора является безвозмездное оказание услуг ранней

помощи ребенку с ограничением жизнедеятельности и его семье.

1.2. Исполнитель оказывает услуги ребенку и семье в форме очных и (или) дистанционных консультаций, совместной активности с ребенком и семьей в помещениях Исполнителя, на дому,

---

*место реализации совместной активности (и т.д.)*

## **2. Права и обязанности Сторон**

2.1. Заказчик имеет право:

- знакомиться с уставом Исполнителя, документами, регламентирующими организацию и осуществление уставной деятельности Исполнителя;
- получать информацию о перечне услуг ранней помощи, предоставляемых Исполнителем;
- отказаться от получения услуг ранней помощи;
- принимать участие во всех мероприятиях, связанных с предоставлением услуг ранней помощи ребенку и семье Исполнителем;
- получать весь перечень согласованных услуг ранней помощи без взимания платы;
- своевременно получить услуги ранней помощи;
- заведомо получать информацию об изменениях в предоставлении услуг ранней помощи;
- защищать право на получение услуг ранней помощи в уважительной, отзывчивой манере;
- вносить предложения по повышению качества предоставляемых Исполнителем услуг ранней помощи.

2.2. Заказчик обязуется:

- предоставлять полную и достоверную информацию и необходимые документы, запрашиваемые специалистами Исполнителя;
- своевременно сообщать Исполнителю об изменении сведений, указанных при заключении настоящего Договора (паспортных данных Заказчика и/или ребенка, состоянии его здоровья и психофизического развития, адреса проживания, контактных телефонов, и иные);
- обеспечить надлежащее санитарно-гигиеническое состояние ребенка и членов семьи (опрятный вид, наличие сменной обуви, отсутствие инфекционных и простудных заболеваний) во время посещения помещений, предоставленных Исполнителем для оказания услуг;
- соблюдать Правила посещения помещений Исполнителя, обеспечивать прибытие на встречи согласно расписанию, не позднее, чем за 10 минут до начала запланированной встречи;
- при предоставлении услуг ранней помощи в рамках индивидуальной программы ранней помощи (далее — ИПРП) активно участвовать во всех мероприятиях, связанных с её составлением, реализацией, оценкой

эффективности, завершением и переходом ребенка в образовательную организацию;

- выполнять рекомендации специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи;

- бережно относиться к имуществу Исполнителя, возмещать материальный ущерб, причиненный Исполнителю;

- соблюдать требования устава Исполнителя, Правил внутреннего распорядка и иных локальных нормативных актов, соблюдать дисциплину и общепринятые нормы поведения, проявлять уважение к сотрудникам Исполнителя, другим детям, их родителям (законным представителям);

- заблаговременно извещать ведущего специалиста Исполнителя о невозможности участия ребенка, семьи в запланированном мероприятии.

### 2.3. Заказчик дает согласие:

- на проведение оценочных процедур;

- на обработку персональных данных ребенка, к которым относятся: данные свидетельства о рождении, данные о состоянии здоровья ребенка, адрес проживания, прочие сведения, предоставленные Исполнителю; в том числе на размещение персональных данных ребенка в электронной базе данных Исполнителя с целью автоматизации статистического анализа и учета проводимых видов деятельности (за исключением персональных данных из общедоступных источников);

- настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных Заказчика и ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных в настоящем Договоре целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, а также осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Заказчик предупрежден, что согласие может быть отозвано по письменному заявлению.

### 2.4. Исполнитель имеет право:

- самостоятельно осуществлять подбор и расстановку кадров для оказания услуг по настоящему договору;

- предлагать Заказчику формы и методы работы с детьми и семьей;

- предлагать Заказчику услуги ранней помощи согласно стандарту о порядке предоставления услуг ранней помощи;

- по согласованию с Заказчиком осуществлять аудио-, фото- и видеосъемку мероприятий, связанных с предоставлением услуг ранней помощи, массовых и праздничных мероприятий с использованием материалов в исключительно некоммерческих целях (фото или видеоотчеты, научная и научно-исследовательская деятельность);

- в целях соблюдения интересов ребенка направлять для дальнейшего обследования и уточнения медицинского диагноза в учреждения здравоохранения;

- не допускать Заказчика и ребенка в помещения Исполнителя в случае наличия признаков инфекционного заболевания.

## 2.5. Исполнитель обязуется:

- осуществлять свою деятельность в соответствии с действующим законодательством;
- создать благоприятные условия для интеллектуального, нравственного, эмоционального и физического развития личности ребенка, обеспечить защиту его прав и свобод во время совместной активности с ребенком и семьей;
- обеспечить безопасность жизнедеятельности и здоровья ребенка во время совместной активности на территории Исполнителя, соблюдать установленные санитарно-гигиенические нормы, правила и требования;
- принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных ребенка от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий;
- предоставлять услуги в соответствии с согласованным объемом, составом, формой, временем и местом.

## 3. Срок договора, порядок его пролонгации и расторжения

3.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течении одного учебного года или до полного исполнения Сторонами своих обязательств. Услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем с момента его заключения и по “\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

3.2. Договор пролонгируется автоматически в случае, если услуги предоставляются в рамках ИПРП, ежегодно при сохранении ограничения жизнедеятельности ребенка, подтвержденного результатами проведенных оценочных процедур, отсутствии медицинских противопоказаний и возражений с обеих сторон и если ребенок не достиг возраста 3 лет или если договор был пролонгирован в связи с обстоятельствами, указанными в п. 3.3.

3.3. Настоящий Договор может быть изменен по соглашению сторон, либо в соответствии с федеральным законодательством и нормативными правовыми актами

---

*субъект Российской Федерации*

3.4. Заказчик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора, уведомив Исполнителя письменно в срок не позднее чем за 7 дней до дня расторжения.

3.5. Исполнитель вправе в одностороннем порядке расторгнуть настоящий Договор и отчислить ребенка:

- при переходе ребенка в образовательную организацию (при отсутствии запроса от Заказчика на оказание услуг на период адаптации ребенка в образовательной организации);
- при достижении всех поставленных целей в ИПРП;
- при достижении ребенком 3-летнего возраста;

- по медицинским противопоказаниям или в связи со смертью;
- в случае если надлежащее исполнение обязательства по оказанию услуг ребенку стало невозможным вследствие действий (бездействия) Заказчика;
- при возникновении иных причин, создающих непреодолимые препятствия для продолжения реализации ИПРП.

3.7. В случае досрочного расторжения настоящего Договора Стороны обязаны предварительно за 7(семь) рабочих дней до момента расторжения в письменном виде предупредить об этом друг друга.

#### **4. Ответственность и порядок разрешения споров**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

4.3. При невозможности урегулирования спорных вопросов в процессе переговоров Стороны передают споры для разрешения в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

#### **5. Заключительные положения**

5.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны надлежаще уполномоченными на то представителями Сторон.

5.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

#### **6. Дополнительные положения**

6.1. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

#### **7. Адреса, реквизиты и подписи сторон**

**Первичная анкета для родителей**

Пожалуйста, укажите фамилию, имя и возраст вашего ребенка:

\_\_\_\_\_ (лет, месяцев)

1. Ф.И.О. родителей, возраст, образование:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Перечислите полный состав семьи, в которой постоянно проживает ребенок, укажите возраст всех детей в семье:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Какие особенности поведения Вашего ребенка Вас беспокоят?

- раздражительность, капризы, истерики
- упрямство, непослушание, агрессивное поведение
- плаксивость, медлительность
- трудности в установлении контакта с окружающими
- чрезмерная подвижность, нетерпеливость, неусидчивость
- задержка речевого развития, отсутствие активной речи
- другие \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Есть ли у Вашего ребенка дурные привычки (например, сосет палец, грызет ногти и др.)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Какие особенности характера Вы могли бы отметить у Вашего ребенка?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Перечислите любимые игры и занятия ребенка.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



---

---

7. Укажите, пожалуйста, режим Вашего малыша. Есть ли проблемы с соблюдением режимных моментов (нарушение сна, питания, прием пищи и др.)? \_\_\_\_\_

---

---

8. Каковы особенности речи у Вашего ребенка (понимание обращенной речи, есть слова, фразы)? \_\_\_\_\_

---

---

9. Какие трудности Вы испытываете при взаимодействии с ребенком?

---

---

10. Какую помощь ожидаете получить от специалистов Службы ранней помощи?

---

---

11. Консультацию по каким темам, проблемам Вы хотели бы получить?

*Спасибо за внимание!*

**Итоговая анкета-опросник для родителей детей, посещающих СРП**

1. Ф.И. ребенка \_\_\_\_\_

2. Возраст \_\_\_\_\_

3. Как долго ребенок посещает СРП? \_\_\_\_\_

4. Ваша цель посещения СРП \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Изменились ли Ваши взгляды и приоритеты в вопросах воспитания и развития ребенка за время посещения Вами СРП?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Изменились ли Ваши отношения с ребенком? Если да, то как?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Появились ли в речи ребёнка с начала посещения СРП новые звуки, слова? Какие? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Появились ли у ребёнка с начала посещения СРП новые позы, движения, реакции? Какие? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Какие виды деятельности на занятии Вам кажутся наиболее значимыми? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Что для Вас в работе СРП было наиболее ценным и интересным?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Благодарим Вас за ответы!*

**Анамнестическая карта ребёнка**

Ф. И. ребёнка \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Беременность:**

Беременность была: запланированной/незапланированной  
(нужное подчеркнуть)

Возраст матери во время беременности \_\_\_\_\_

Хронические заболевания во время беременности \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Натальный период:**

Роды (на какой неделе беременности) \_\_\_\_\_

Роды по счёту \_\_\_\_\_ Оценка по Апгар \_\_\_\_\_ Вес при рождении \_\_\_\_\_

Заболевания (по заключениям) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ребёнок выписан из роддома:**

Вместе с матерью \_\_\_\_\_ Переведён в больницу \_\_\_\_\_

**Первые годы жизни:**

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Сон (были ли трудности с установлением режима, укороченный сон, чрезмерное бодрствование, укороченное бодрствование, чрезвычайно продолжительный сон) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Питание (плохой аппетит, рвота, другое) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Проблема поведения (частый крик, двигательное беспокойство) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Другое \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Основные вехи развития (возраст в месяцах):**

Стал улыбаться \_\_\_\_\_ Первые слова \_\_\_\_\_

Контролирует мочеиспускание (днём/ночью) \_\_\_\_\_

Контролирует опрятность \_\_\_\_\_

Удержание головы (N – 1,5 мес.) \_\_\_\_\_

Ползает (N – 5 мес.) \_\_\_\_\_

Сидит (N – 6 мес.) \_\_\_\_\_

Ходит (N – до 1 г.) \_\_\_\_\_

Первые зубы (6–8 мес.) \_\_\_\_\_

Правша, левша, амбидекстр \_\_\_\_\_

**Медицинская история:**

Заболевания \_\_\_\_\_

Слух \_\_\_\_\_ Зрение \_\_\_\_\_ Другие \_\_\_\_\_

Хирургические операции \_\_\_\_\_

Получает лекарства \_\_\_\_\_

Имеется инвалидность? \_\_\_\_\_

**История семьи:**

Хронические заболевания, вредные привычки у родителей \_\_\_\_\_

Нарушения развития среди близких родственников \_\_\_\_\_

Наличие нервно-психических заболеваний у родственников \_\_\_\_\_

Наличие аномального поведения среди родственников \_\_\_\_\_

Кто в основном находится с ребёнком (мама, папа, бабушка, дедушка, няня)? \_\_\_\_\_

Ребёнок воспитывается (только дома, посещает реабилитационные центры) \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения \_\_\_\_\_

Дата заполнения: \_\_\_\_\_

Специалист Службы ранней помощи: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Приложение 8.

Карта первичной комплексной оценки физического и психического развития детей от 1 до 3 лет

Параметры изучения	Возраст					
	0,5	1	1,5	2	2,5	3
<b>Общая моторика</b>						
Поднимает голову, лежа на животе	+					
Опирается на локти	+					
Пытается сесть	+					
Переворачивается	+					
Поднимается и удерживает на ногах вес тела		+				
Сидит самостоятельно		+				
Ползает		+				
Самостоятельно стоит			+			
Самостоятельно ходит			+			
Наклонившись, поднимает предмет с пола			+			
Встает самостоятельно			+			
Поднимает предмет, присев на корточки				+		
Бегаёт				+		
Идет по лестнице с опорой				+		
Идет спиной вперед				+		
Бьет по мячу ногой				+		
Сидит на корточках					+	
Поднимается по лестнице без опоры					+	
Спускается по лестнице с опорой					+	
Сохраняет равновесие при ходьбе					+	
Прыгает обеими ногами					+	
Ходит на носках						+
Спускается по лестнице без опоры						+
Пробегаёт 15 м						+
Перепрыгивает через черту						+
Спрыгивает с последней ступеньки						+
Самостоятельно приседает и встает						+
Стоит на одной ножке						+
Повторяет движения за взрослыми						+
Перешагивает через препятствие						+

Продолжение табл.

Параметры изучения	Возраст					
	0,5	1	1,5	2	2,5	3
<b>Ручная моторика</b>						
Сжимает предмет в руке	+					
Тянет предметы к себе	+					
Играет своими руками	+					
Тянется в направлении объекта	+					
Тянет предметы в рот	+					
Берет 2 предмета сразу		+				
Трясет предметы		+				
Перекладывает предметы из одной руки в другую		+				
Исследует предметы		+				
Хватает предметы большим и указательным пальцами		+				
Стучит предметами друг о друга			+			
Вынимает предметы из ящика и кладет их обратно			+			
Использует указательный палец при показе			+			
Бросает мячик двумя руками			+			
Пьет из чашки			+			
Распаковывает предмет			+			
Бросает бусинку в бутылочку				+		
Открывает крышечку коробочки				+		
Рисует каракули				+		
Раздевается самостоятельно				+		
Переворачивает странички					+	
Достает бусинку из бутылочки					+	
Бросает мячик одной рукой					+	
Ест ложкой					+	
Надевает бусинки на проволоку						+
Складывает лист бумаги пополам						+
Переливает воду из сосуда в сосуд						+
Рисует круги, правильно держа карандаш						+
Застегивает пуговицы						+
Формируется предпочтение руки						+

Параметры изучения	Возраст					
	0,5	1	1,5	2	2,5	3
<b>Праксис</b>						
<b>Кинестетический праксис</b>						
Покажи ушки (2-3 п.): правая Левая						
Покажи рожки (2-3 п.): правая Левая						
Сложи колечко (1-2, 3, 4, 5): правая левая						
<b>Оральный праксис</b>						
Облизывает ложку		+				
Пьет из чашки		+				
Выплевывает еду кончиком языка		+				
Жует твердую пищу			+			
Движение губами при словах «ам-ам»			+			
<b>Динамический праксис</b>						
Перебор пальцев (1-2, 3, 4, 5 и обратно) правая левая						+
<b>Воспроизведение ритмических структур</b>						
1 1 правая Левая						+
1 11 правая Левая						+
<b>Конструктивный праксис</b>						
Собирает пирамидку из 2-х колечек				+		
из 3-х колечек					+	
Строит башню из 2-кубиков				+		
из 4-х кубиков					+	
из 6-ти кубиков						+
Доска Сегена; круг, квадрат, треугольник						+
Сложение фигур: 2 части						+
3 части						+
Сложение из палочек (2—4)						+
А) по образцу						
Б) по памяти						

Параметры изучения	Возраст					
	0,5	1	1,5	2	2,5	3
<b>Гнозис</b>						
<b>Зрительное восприятие</b>						
Следит глазами за движущимся объектом	+					
Фиксирует взгляд на лице	+					
Следит за удаляющимся объектом	+					
Рассматривает предмет в руке	+					
Видит на столе горошину	+					
Оба глаза смотрят прямо	+					
Наблюдает за движущимся человеком		+				
Следит за упавшим предметом		+				
Рассматривает свои руки		+				
Узнает свою бутылочку		+				
Находит накрытый предмет		+				
Предпочитает определенную игрушку			+			
Наблюдает за своим отражением			+			
Следит за катящимся мячиком			+			
Рассматривает яркие картинки			+			
Подкладывает предметы к их изображениям				+		
Следит за манипуляциями с предметами на столе				+		
Различает 2 предмета разного размера					+	
Различает 2 разные геометрические формы					+	
Знает свою одежду						+
Находит 2 спрятанных предмета						+
<b>Лицевой гнозис</b>						
Узнает близких родственников			+			
Узнает соседей и гостей					+	
<b>Зрительно-пространственное восприятие</b>						
Узнает знакомые места						+
<b>Слуховое восприятие</b>						
Пугается громких звуков	+					
Реагирует на звуки во сне	+					
Замирает, услышав тихий звук	+					
Смотрит на говорящего	+					
Прислушивается к пению, музыке	+					
Вертит головой в поисках источника звука	+					
Реагирует на успокаивающий тон взрослого		+				
Прислушивается к шагам		+				
Реагирует на шепотную речь		+				



Продолжение табл.

Параметры изучения	Возраст					
	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Реагирует на строгий тон		+				
Поворачивает голову на звук		+				
Различает на слух 2 удара						+
<i>Определяет и показывает направление звука</i> Вверху Внизу Слева Справа						+
<i>Дифференциация звучащих игрушек</i> Бубен — флейта Металлофон — молоток Две погремушки Два колокольчика						+
<b>Цветовой гнозис</b>						
Различает 2 цвета					+	
Подбирает парные картинки из ряда (4 + основные цвета)						+
<b>Сомато-пространственный гнозис</b>						
Показывает части тела на кукле				+		
Показывает части тела на себе					+	
Показывает 6 названных частей тела						+
<b>Импрессивная речь</b>						
Понимает смысл сказанного			+			
Смотрит в сторону называемого человека			+			
Реагирует на просьбу «Иди ко мне»			+			
Понимает смысл просьбы «Открой рот»			+			
Реагирует на свое имя			+			
Указывает на 2-х названных людей				+		
Указывает на 4 названных предмета				+		
Понимает вопрос «Хочешь...?»				+		
Понимает ласковые слова и «баю-бай»				+		
Понимает призыв «гулять»				+		
Понимает смысл 20 слов					+	
Показывает 8 названных предметов					+	
Показывает 4-х названных людей					+	
Понимает «До свидания», «Пока»					+	
Выполняет просьбу «Дай мне еще один»					+	
Понимает просьбу «Уложи куклу + + баиньки»					+	

Параметры изучения	Возраст					
	0,5	1	1,5	2	2,5	3
Понимает двойное обозначение места («Положи в спальню на кровать, на стол в кухне»)						+
Выполняет двойную просьбу						+
Понимает глаголы на картинке						+
Сформированы понятия «один — много»						+
<b>Экспрессивная речь</b>						
Лепечет	+					
Издает звуки в ответ на реплику взрослого	+					
Выражает эмоции звуками		+				
Подражает звукам		+				
Произносит 4 различных слога		+				
Выражает желание звуками			+			
Звуки [а], [о], [у], [м], [б], [п]			+			
Произносит 2 слова			+			
Подражает звукам 2-х животных			+			
Повторяет за взрослым 2 слова			+			
Выражает желание словами				+		
Звуки [н], [л], [д], [т], [в], [ф]				+		
Использует 5 слов				+		
Называет 3-х людей по имени				+		
Называет 4 предмета				+		
Называет 2 вида деятельности				+		
Использует 10 слов					+	
Называет себя по имени					+	
Говорит «там», «уйди», «пожалуйста», «спасибо»					+	
Называет 2 свойства предмета					+	
Произносит фразу из 2-х слов					+	
Употребляет местоимения «он», «она», «оно»					+	
Употребляет слова «еще», «опять», «много»						+
Повторяет фразу из четырех слов						+
Спрашивает: «Что это?»						+
Произносит фразу из трех слов						+
Разговаривает с игрушками						+
Звуки [р], [с], [ш], [ч], [ц], [щ]						+
<b>Мышление</b>						
Распределяет предметы на две группы				+		
Находит поставленный на новое место предмет				+		
Сортирует ложки и вилки					+	

Раскладывает 2 пары картинок в отдельные стопки				+		
--	--	--	--	---	--	--

Приложение 9.

**Протокол углубленной оценки функциональных возможностей  
ребенка раннего возраста на основе МКФ  
(Модификация протокола оценки, авторы Казьмин, Петрусенко, Перминова)**

Возраст (в месяцах), в котором рекомендуется оценка	ФУНКЦИИ ТЕЛА			Степень нарушения						целевая категория	
		<i>верно</i>	0								
		<i>в большинстве случаев верно</i>	1								
		<i>примерно в половине случаев верно</i>	2								
		<i>в большинстве случаев неверно</i>	3								
		<i>неверно</i>	4								
		<i>имеется обоснованный риск ограничения</i>	8								
	*- кто заполняет ячейки: С – специалист, Ро – родитель										
	Код	Категории		Степень нарушения							
			*	0	1	2	3	4	8		
	<b>Общие психические функции</b>										
> 10	b1144	Ориентируется в непосредственном физическом пространстве									
> 12	b1300	Проявляет высокую активность и не устает от различных видов деятельности									
> 12	b1301	Интенсивно вовлекается в доступную активность									
> 5	b1302	К ожидаемому времени испытывает голод, ест с удовольствием									
	<b>Специфические психические функции</b>										
> 5	b1400	Длительно сосредотачивает внимание на занятии, вызывающем интерес (слушание, наблюдение, игра и т.п.)									
> 5	b1401	Легко переключает фокус внимания (например, останавливает игру и начинает слушать говорящего)									



> 12	b3303	Предречевая или речевая продукция интонирована											
> 9	b3400	Лепет											
	<b>b510</b>	<b>Функции питания</b>											
> 12	b5101	Может откусывать пищу передними зубами											
> 12	b5102	Пережевывает пищу											
> 12	b5103	Перемещает пищу во рту (при помощи языка)											
> 12	b5105	Содержимое ротовой полости своевременно проглатывается, не вытекая изо рта											
> 0	b5108	Содержимое ротовой полости не попадает в носовую полость											
		<b>Двигательные функции</b>											
> 10-14	b755	Развиты балансирующие, защитные и выпрямляющие реакции (соответственно реагирует всем телом для сохранения равновесия в вертикальном положении)											
> 18	b7602	Произвольные движения хорошо скоординированы (проявляет плавность и ловкость)											
<b>АКТИВНОСТЬ И УЧАСТИЕ</b>													
Возраст (в месяцах), в котором рекомендуется оценка			<i>верно</i>	0									
			<i>в большинстве случаев верно</i>	1									
			<i>примерно в половине случаев верно</i>	2									
			<i>в большинстве случаев неверно</i>	3									
			<i>неверно</i>	4									
			<i>имеется обоснованный риск ограничения</i>	8									
	*- кто заполняет ячейки: С – специалист, Ро – родитель												
	<b>Код</b>	<b>Категории</b>		<b>Степень ограничения</b>									
			*	0	1	2	3	4	8				
	<b>Обучение</b>												





















**Бланк индивидуальной программы ранней помощи**

Структура программы

1. Общие сведения о ребенке.
2. Психолого-педагогическая характеристика.
3. Цель ИПРП.
4. Описание естественных жизненных ситуаций, в которых ИПРП реализуется.
5. Срок реализации ИПРП.
6. Перечень услуг ранней помощи и количественные показатели их предоставления: длительность и периодичность оказания услуг, места и формы их предоставления.
7. Циклограмма реализации ранней комплексной помощи

	Мероприятия/формы работы Службы ранней помощи	Продолжительность					Частота	Итого часов в неделю	Итого часов в месяц
		ПП	УД	УЛ	АФК	Ро			

Нагрузка исполнителей (в часах):

1 Педагог-психолог (ПП)

2 Учитель-дефектолог (УД)

3 Специалист в области коммуникации (К) // Учитель-логопед (УЛ)

4 Специалист по адаптивной физической культуре (АФ)

5 Родитель (ориентировочно) (Ро)

Воздействие на ребенка (ориентировочно в часах) - \_\_\_\_\_ часов в неделю.

8. Таблица фиксации целей, задач и средств реализации.





## РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ЛИСТ

Ф.И.О. ребенка			
Какой ребенок в семье?			
Дата рождения		Возраст	Пол
Страховой полис	№		
Адрес			
МАТЬ			
Ф.И.О.			
Дата рождения		Возраст на момент рождения ребенка	
Образование		Мама работает/ не работает	
Место работы, должность			
ОТЕЦ			
Ф.И.О.			
Дата рождения		Возраст на момент рождения ребенка	
Образование		Папа работает/ не работает	
Место работы, должность			
Другие члены семьи, проживающие совместно с ребенком			
Ф.И.О.	Возраст	Образование	Кем приходится ребенку
Жилищные условия	Отдельная квартира Совместно с прародителями Коммунальная квартира	Материальное состояние	Удовлетворительное (У) Неудовлетворительное (Н)
Сведения о семье			
Семья	Полная Неполная Многодетная	Иммиграционная Двуязычная Ребенок-сирота	Количество детей в семье
Согласие родителей на обследование ребенка, включая видеодиагностику			
_____ / _____ /			

Инициатор обращения		
В какие центры обращались: - медицинские - образовательные - учреждения соц. обслуживания - органы власти - другие		
Причина обращения - наличие проблем		
Развития Поведения Обучения	Взаимоотношений Трудные жизненные ситуации Другая _____	
Откуда вы узнали о структурном подразделении по оказанию услуг ранней помощи: - из рекламы - на сайте в интернете - в медицинском учреждении - в образовательном учреждении - от других клиентов		
Были ли в жизни ребенка жизненные трудные ситуации:		
- чрезвычайные ситуации - несчастный случай - утрата	- развод - конфликты в семье - другое _____	
<u>Сведения об инвалидности</u> Свидетельство об инвалидности (есть, нет) Дата выдачи Серия, номер		
Отношение родителей к факту нарушения развития: знают и не скрывают, знают и скрывают ( <i>нужное подчеркнуть</i> )		
Инвалидность оформлена, не оформлена, в процессе оформления, не будет оформляться ( <i>нужное подчеркнуть</i> )		
Диагноз		
Причина инвалидности – нарушения		
Психических функций Речевых функций Статодинамических функций	Сенсорных функций Функций обеспечения жизнедеятельности Обусловленные физической аномалией	
Дата приема		
Должность, Ф.И.О. специалиста, проводившего		

первичный прием		
Итоги первичного обращения	Первичный однократный прием, назначение на повторный прием: пролонгированная диагностика, зачисление на сопровождение, пролонгированное консультирование родителей. Направление на консультацию к специалистам Службы ранней помощи и других организаций _____	
Дата окончания работы с ребенком		
Причина окончания работы с ребенком		
<b>Информация о зачислении и выбытии</b>		
	Дата	№
Приказ о зачислении		
Приказ о выбытии		
Другое решение		
Ведущий специалист		

Фрагмент индивидуальной программы ранней помощи «Социализация»

### 1. Общие сведения о ребенке

**Ф.И.О. ребенка:** ХХХ

**Возраст:** 26.02.2017 года рождения.

**Диагноз:** синдром Дауна

Ребенок воспитывается в полной благополучной семье. В семье один ребенок. Нервно-психические заболевания и заболевания, связанные с нарушением в развитии, среди близких родственников отсутствуют. Ребенок перенес хирургическое вмешательство на пятый день рождения. Слух и зрение в норме. Навыки самообслуживания не сформированы.

**Основные вехи развития:** начал улыбаться – в 3 месяца, первые слова к 1 году – «мама», «ау», «агу», держит голову с 7 месяцев, ползает с 1,2 г., сидит – с 1 года, ходьбы без опоры – нет, с опорой – 1,3 г., первые зубы – в 11 мес. Детские образовательные центры не посещает.

### 2. Психолого-педагогическая характеристика

Общая моторика развита недостаточно. Основными видами деятельности по программе возрастной группы владеет недостаточно, при выполнении заданий отмечаются признаки недоразвития. При захвате мелких предметов возникают трудности. Чаще использует невербальную коммуникацию при общении с близкими людьми. Игровая деятельность в основном предметная, интерес к игрушкам – повышен, охотно включается в совместные действия с взрослыми. Ребенок мотивирован на познание нового. В течение дня настроение может меняться от незначительных причин. При взаимодействии со сверстниками агрессивного поведения не наблюдалось. В процессе самостоятельного выполнения познавательных заданий отмечаются в основном нерезультативные действия. Развитие познавательной сферы не соответствует возрастной норме. Речь не сформирована.

### 3. Цель ИПРП

Оказание психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с ОВЗ и детям группы риска.

### 4. Описание естественных жизненных ситуаций, в которых ИПРП реализуется

В семье, где воспитывается ребенок, имеются трудности, связанные со сменой образа жизни и с необходимостью решения множества специфических проблем: «непринятие» факта рождения ребенка с ОВЗ (с синдромом Дауна); отсутствие информации по воспитанию и развитию ребенка с таким нарушением; отсутствие поддержки со стороны образовательных организаций.

## 5. Срок реализации ИПРП

С 1 октября 2018 г. по 29 декабря 2018 г.

## 6. Перечень услуг ранней помощи и количественные показатели их предоставления:

С ребенком проведена психолого-педагогическая диагностика, составлена индивидуальная программа сопровождения ребенка и семьи, оказана консультативная помощь семье, отслеживается реализация пунктов программы индивидуального развития ребенка. Ранняя помощь семье оказывается в МБДОУ «Детский сад №XXX» с 01.10.2018 г. по 29.12.2018 г, по запросу родителей ребенка. Однократно предоставлялась услуга «домашнее визитирование», в ходе которого проводилось наблюдение за ребенком и условиями проживания и развития ребенка.

## 7. Циклограмма реализации ранней комплексной помощи

	Мероприятия/формы работы Службы ранней помощи	Продолжительность							Частота	Итого часов в неделю	Итого часов в месяц
		Завед	Ст.в	ПП	УД	УЛ	АФК	Ро			
1	Встреча с родителями: информирование о Службе ранней помощи и заключение договора на услугу о ранней помощи	2 часа	2 часа						одно-но		2 ч
2	Консультация с родителями			1 час		1 час			по запросу		
3	Психолого-педагогическая диагностика ребенка			30 мин	30 мин	30 мин	30 мин		1р. /3 мес	2 ч	2 ч
4	Домашнее визитирование			2 часа					1р	2 ч	2 ч
5	Индивидуальные занятия			1 час	1 час	1 час	1 час		2 занятия в неделю	8 ч	32 ч
6	Групповые занятия			1 час	1 час	1 час			2 занятия в неделю	6 ч	24 ч

Нагрузка исполнителей (часов).

1. Педагог-психолог (ПП) – 7,5 ч.

2. Учитель-дефектолог (УД) – 4,5 ч.

3. Специалист в области коммуникации (К) // Учитель-логопед (УЛ) – 5,5 ч.

4. Специалист по адаптивной физической культуре (АФ) – 2,5 ч.

5. Родитель (ориентировочно) (Ро) – 23 и более часов.

## 8. Таблица фиксации целей, задач и средств реализации

Цели	1	Развитие эмоций					Номер цели	Начальное значение	Целевое значение	Конечное значение		
	2	Развитие навыков речевого общения										
	3	Развитие двигательных навыков										
Раздел МКФ	Период действия 2018-2019 уч.г.		Исполнители					Формы работы/ситуации/активность				
	коды	Задачи	ПП	УД	УЛ	Ро	АФК					
Функции тела	b 1528	Обучить распознавать простейшие эмоции: радость, грусть, страх, злость	•	•		•		Индивидуальные и групповые занятия	1	4	2	
Активность и участие	d1313	Обучить игре с предметами: кормить куклу, катать машину	•	•		•		Индивидуальные и групповые занятия с УД, сюжетно-ролевые игры с УД, Ро, ПП	2	4	3	
	d3150	Обучить понимать общепринятые жесты и позы: согласие\не согласие, нравится\не нравится, хочу\не хочу	•	•		•	•	Индивидуальные занятия с ПП, УД. Групповые занятия с ПП, УД, АФК. Домашние задания с Ро	2	4	2	
	d3500	Побуждать выражать свои потребности и желания: использовать слово «дай»	•	•	•	•		Индивидуальные занятия ПП, УД, УЛ	2	4	3	
	d3358	Обучаем захвату маленьких предметов		•		•	•	Индивидуальные занятия с УД, АФК, Ро	3	4	2	
	d4500 d4503	Обучаем ходьбе в пределах 2 м		•		•	•	Индивидуальные занятия с УД, АФК, Ро	3	4	1	
	d55011	Обучаем пользоваться ложкой		•		•	•	Индивидуальные занятия с УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД, Ро	3	4	1	
Факторы внешней среды	e1152	Обеспечить занятия и игры с новыми игровыми средствами 1 раз в неделю	•	•	•	•		Индивидуальные, групповые занятия	1	4	1	
	e581	Оказывать консультационную помощь не реже чем 1 раз мес.	•	•	•		•	Все специалисты	1-3	4	3	

### **1. Общие сведения о ребенке**

**Ф.И.О. ребенка:** ХХХ

**Возраст:** 28.12.2015 года рождения.

**Диагноз:** ППЦНС в форме диффузной мышечной гипотонии, задержка моторного развития.

Ребенок воспитывается в полной благополучной семье. В семье воспитываются двое сыновей, является первым ребенком. Нервно-психические заболевания и заболевания, связанные с нарушением в развитии, среди близких родственников отсутствуют. Зрение в норме. Рекомендована консультация сурдолога. Навыки самообслуживания развиты частично.

**Основные вехи развития:** начал улыбаться – в 1 месяц, первые слова к 1 году (со слов мамы), держит голову с 3 месяцев, ползает с 10 мес., сидит – с 10 мес., ходит с 1,5 лет, первые зубы – в 1 г. Детские образовательные центры не посещает.

### **2. Психолого-педагогическая характеристика**

Общая моторика развита недостаточно. Основными видами деятельности по программе возрастной группы владеет недостаточно, при выполнении заданий отмечаются признаки недоразвития. При захвате мелких предметов трудностей не возникает. Чаще использует невербальную коммуникацию при общении с близкими людьми. Игровая деятельность в основном предметная, интерес проявляет только к новым игрушкам. Побуждения к активной игровой и образовательной деятельности не наблюдается. В течение дня настроение может меняться не значительно. При взаимодействии со сверстниками агрессивного поведения не наблюдалось. В процессе самостоятельного выполнения познавательных задач отмечаются в основном нерезультативные действия. Развитие познавательной сферы не соответствует возрастной норме. Речь не развита.

### **3. Цель ИПРП**

Оказание психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с ОВЗ и детям группы риска.

### **4. Описание естественных жизненных ситуаций, в которых ИПРП реализуется**

В семье, где воспитывается ребенок, имеются трудности:

- отсутствие понимания необходимости коррекционной помощи со стороны специалистов: врача-сурдолога, учителя-логопеда, учителя-дефектолога, педагога-психолога.
- отсутствие информации по воспитанию и развитию ребенка с ОВЗ;
- отсутствие поддержки и консультационной помощи со стороны здравоохранения и образовательных организаций.



## 5. Срок реализации ИПРП

С 1 октября 2018 г. по 29 декабря 2018 г.

## 6. Перечень услуг ранней помощи и количественные показатели их предоставления:

С ребенком проведена психолого-педагогическая диагностика, составлена индивидуальная программа сопровождения ребенка и семьи, оказана консультативная помощь семье, отслеживается реализация пунктов программы индивидуального развития ребенка. Ранняя помощь семье оказывается в МБДОУ «Детский сад №XXX» по запросу родителей ребенка. Однократно предоставлялась услуга «домашнее визитирование», в ходе которого проводилось наблюдение за ребенком и условиями проживания и развития ребенка.

## 7. Циклограмма реализации ранней комплексной помощи

	Мероприятия/формы работы Службы ранней помощи	Продолжительность							Частота	Итого часов в неделю	Итого часов в месяц
		Завед	Ст.в	ПП	УД	УЛ	АФК	Ро			
1	Встреча с родителями: информирование о Службе ранней помощи и заключение договора на услугу о ранней помощи	2 часа	2 Часа						одно-но		2 ч
2	Консультация с родителями			1 Час					по запросу		
3	Психолого-педагогическая диагностика ребенка			30 мин	30 мин	30 мин	30 мин		1р. /3 мес	2 ч	2 ч
4	Домашнее визитирование			2 часа					1р	2 ч	2 ч
5	Индивидуальные занятия			1 час	1 час	1 час	1 час		2 занятия в неделю	8 ч	32 ч
6	Групповые занятия			1 час	1 час	1 час			1 занятие в неделю	3 ч	16 ч

Нагрузка исполнителей (часов).

1. Педагог-психолог (ПП) – 6,5 ч.

2. Учитель-дефектолог (УД) – 3,5 ч.

3. Специалист в области коммуникации (К) // Учитель-логопед (УЛ) – 3,5 ч.

4. Специалист по адаптивной физической культуре (АФ) – 1,5 ч.

5. Родитель (ориентировочно) (Ро) – 23 и более часов.

## 8. Таблица фиксации целей, задач и средств реализации

### Индивидуальная программа ранней помощи

Цели	1	Развитие ВПФ и эмоционально-волевой сферы, облегчение адаптации ребенка в обществе.							Номер цели	Начальное значение	Целевое значение	Конечное значение	
	2	Развитие понимания речи, формирование потребности в коммуникации; формирование всех сторон речи.											
	3	Развитие общей моторики (крупной и мелкой)											
Раздел МКФ	Период действия 2018-2019 уч.г.		Исполнители					Формы работы/ситуации/активность	Номер цели	Начальное значение	Целевое значение	Конечное значение	
	коды	Задачи	ПП	УД	УЛ	Ро	АФК						
Функции тела	b1301	Вовлечение в доступную активность	+	+		+	+		Индивидуальные занятия с ПП, УД, АФК	1	4	2	
	b1401	Развитие способности переключения фокуса внимания	+	+		+	+		Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро, АФК	1	4	2	
	b1402	Развитие способности распределения внимания на 2 и более элемента одновременно	+	+		+	+		Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро, АФК	1	4	2	
	b17680	Обучение произношению слов и фраз	+	+	+	+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, рекомендация родителям	2	4	2	
	b17681	Обучение выполнению последовательности действий	+	+		+	+		Индивидуальные занятия с ПП, УД, АФК, рекомендация родителям	1	4	2	
Активность и участие	d132	Обучать задавать вопросы	+	+	+	+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро, рекомендация родителям	2	4	2	
	d13318	Формирование умения использовать в речи простую фразу	+	+	+	+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, рекомендация родителям	2	4	2	
	d2102	Обучение самостоятельной игре	+	+		+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро, рекомендация родителям	1	4	2	

d3150	Развитие способности понимать выразительные движения и позы: согласие/не согласие, хорошо/плохо, да/нет	+	+		+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро, рекомендация родителям	2	4	2	
d330	Развитие потребности в общении	+	+		+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, рекомендация родителям	2	4	2	
d332	Обучение голосоподачи и пению	+	+	+	+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро, рекомендация родителям	2	4	2	
d3352	Обучение элементам альтернативной коммуникации	+	+		+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, рекомендация родителям	2	4	2	
d3502	Обучение способам завершения разговора	+	+		+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро, рекомендация родителям	2	4	2	
d3503	Обучение разговору с одним человеком	+	+		+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро, рекомендация родителям	2	4	2	
d4500	Развитие выносливости		+		+	+		Индивидуальные занятия с УД, АФК, рекомендация родителям	3	4	2	
d4502	Обучение ходьбе по наклонной, неровной поверхности		+		+	+		Индивидуальные занятия с УД, АФК, рекомендация родителям	3	4	2	
d4503	Обучение ходьбе, избегая неподвижных и движущихся объектов		+		+	+		Индивидуальные занятия с УД, АФК, рекомендация родителям	3	4	2	
d8150	Создание условий для адаптации к детскому саду	+	+		+	+		Индивидуальные занятия с УД, ПП, АФК, рекомендация родителям; организация «Дней открытых дверей»	1	4	2	
d816	Погружение в среду сверстников	+	+		+	+		Индивидуальные занятия с УД, ПП, АФК, подгрупповые занятия с ПП, УД, рекомендация родителям	1	4	2	

## Приложение 13.

Фрагмент индивидуальной программы ранней помощи «Поддержка»

### 1. Общие сведения о ребенке.

**Ф.И.О ребенка:** ХХХ

**Дата рождения:** 16.01.2016 г.

**Диагноз:** ХХХ

Ребёнок воспитывается в полной, благополучной семье. Взаимоотношения между членами семьи хорошие. Ребенок обеспечен всеми необходимыми условиями для нормального развития. Большую часть времени воспитанием ребенка занимается мать. Есть старший брат 9 лет.

### 2. Психолого-педагогическая характеристика

Наблюдается несформированность мелкой моторики. При движении отмечается моторная неловкость. Уровень развития крупной моторики ниже условно возрастной нормы.

В процессе обследования выявили подозрение на нарушение слуха. Речь понимает, но говорит только первые звуки. Фразовой речи нет. Жестов нет. Активный и пассивный словарь ограничен. Фонематический слух нарушен.

Темп (скорость) приема пищи медленная, избирательность употребления отдельных видов продуктов, при приеме пищи пользуется ложкой, но не аккуратно. Спит хорошо, сон совместный.

Темп выполнения заданий очень низкий. Высокая отвлекаемость, отсутствие целенаправленности действия. Низкий уровень развития свойств внимания (устойчивость, концентрация, переключение). Низкий уровень познавательного, социально-личностного развития. Пространственно-временная ориентировка нарушена.

### 3. Цель ИПРП

Развитие ВПФ и эмоционально-волевой сферы; развитие понимания обращенной речи, побуждение к общению, стимулирование речевого развития, повышение речевой активности ребенка; развитие крупной и мелкой моторики.

### 4. Описание естественных жизненных ситуаций, в которых ИПРП реализуется в домашних условиях и на базе МБДОУ №18

### 5. Срок реализации ИПРП: 1.10.18 – 29.12.2018г.

### 6. Перечень услуг ранней помощи и количественные показатели их предоставления

С ребенком проведена психолого-педагогическая диагностика, составлена индивидуальная программа сопровождения ребенка и семьи, оказана консультативная помощь семье, отслеживается реализация пунктов программы индивидуального развития ребенка. Ранняя помощь семье оказывается в МБДОУ «Детский сад №XXXX» с 01.10.2018 г. по 29.12.2018г, по запросу родителей ребенка. Однократно предоставлялась услуга

«домашнее визитирование», в ходе которого проводилось наблюдение за ребенком и условиями проживания и развития ребенка.

### 7. Циклограмма реализации ранней комплексной помощи

	Мероприятия/формы работы Службы ранней помощи	Продолжительность							Частота	Итого часов в неделю	Итого часов в месяц
		Завед	Ст.в	ПП	УД	УЛ	АФК	Ро			
1	Встреча с родителями: информирование о Службе ранней помощи и заключение договора на услугу о ранней помощи	2 часа	2 Часа						одно-но		2 ч
2	Консультация с родителями					1 час			по запросу		
3	Психолого-педагогическая диагностика ребенка			30 мин	30 мин	30 мин			1р. /3 мес	2 ч	2 ч
4	Домашнее визитирование					2 часа			1р	2 ч	2 ч
5	Индивидуальные занятия			1 час	1 час	1 час	1 час		2 занятия в неделю	8 ч	32 ч
6	Групповые занятия			1 час	1 час	1 час			1 занятие в неделю	3 ч	16 ч

Нагрузка исполнителей (часов).

1. Педагог-психолог (ПП) – 3,5 ч.
2. Учитель-дефектолог (УД) – 3,5 ч.
3. Специалист в области коммуникации (К) // Учитель-логопед (УЛ) – 6,5 ч.
4. Специалист по адаптивной физической культуре (АФ) – 1 ч.
5. Родитель (ориентировочно) (Ро) – 23 и более часов.

### 8. Таблица фиксации целей, задач и средств реализации

Цели	1	Развитие ВПФ и эмоционально-волевой сферы, облегчение адаптации к условиям детского сада						Номер цели	Начальное значение	Целевое значение	Конечное значение		
	2	Развитие понимания речи, формирование потребности в коммуникации; формирование всех сторон речи											
	3	Облегчение адаптации к условиям детского сада											
Раздел МКФ	Период действия 2018-2019 уч.г.		Исполнители					Формы работы/ситуации/активность	Номер цели	Начальное значение	Целевое значение	Конечное значение	
	коды	Задачи	ПП	УД	УЛ	Ро	АФК						
Функции тела	b1401	Развитие способности переключения фокуса внимания	+	+		+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро	1	4	2	
	b17680	Обучение произношению слов и фраз	+	+	+	+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро	2	4	2	
	b2300	Формирование слухового восприятия и развитие фонематического слуха	+	+	+	+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро	1	4	2	
	b31001 b31013	Развитие правильного речевого выдоха	+	+	+	+			Индивидуальные занятия с УД, домашние задания с Ро	2	4	2	
Активность и участие	d132	Обучать задавать вопросы	+	+	+	+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро	2	4	2	
	d13318	Формирование умения использовать в речи простую фразу	+	+	+	+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро	2	4	2	
	d2102	Обучение самостоятельной игре	+	+		+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, домашние задания Ро	1	4	2	
	d3150	Развитие способности понимать выразительные движения и позы других.	+	+		+			Индивидуальные занятия с ПП, УД	2	4	2	

	d330	Развитие потребности в общении	+	+		+			Индивидуальные занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро	2	4	2	
	d8150	Создание условий для адаптации к детскому саду	+	+		+			Индивидуальные и групповые занятия с ПП, УД, сюжетно-ролевые игры с ПП, УД и Ро	3	4	2	
Факторы внешней среды	e1251	Обеспечить необходимыми адаптированными средствами коммуникации (средства слухопротезирования)				+			Рекомендации родителям	1	-4	0	
	e360	Психолого-педагогическая поддержка	+	+					Индивидуальные и групповые занятия с ПП, УД и рекомендация родителям	1	-4	0	
	e575	Организовать поддержку со стороны системы социальной защиты	+	+					Рекомендации и информационные буклеты родителям	1	-4	0	
	e581	Организовать поддержку со стороны образовательных организаций	+	+					Рекомендации и информационные буклеты родителям, организация «Дней открытых дверей»	1	-4	0	

**Программа родительского клуба раннего развития детей с ограниченными возможностями здоровья и детей группы риска «Мать и дитя» (от 1 года до 3 лет)**

**Пояснительная записка**

Согласно статистике, в нашей стране насчитывается более 2 миллионов детей с ограниченными возможностями здоровья (это 8% от всех детей), включая детей-инвалидов. И с каждым годом данная цифра растет. Независимые эксперты общественной организации инвалидов «Перспектива» насчитывают почти 1,5 млн детей с особыми образовательными потребностями, неохваченными существующей системой образования, половина из которых — дошкольного возраста.

Значительный рост числа детей раннего возраста с нарушениями в развитии, недостаточная компетентность родителей, односторонняя медицинская помощь, отсутствие ранней диагностико-коррекционной помощи детям «группы риска» резко снижает возможность оптимального преодоления нарушений в развитии.

На современном этапе развития специальной педагогики, как и в России, так и во всем мире, ранняя комплексная коррекционная помощь детям первых лет жизни стала одной из актуальнейших задач. Это связано с современными тенденциями, учитывающими достижения науки, прежде всего с достаточно высоким уровнем научной разработанности проблемы диагностики и коррекции отклонений в развитии у детей раннего и дошкольного возраста, с эффективностью получаемых специалистами результатов. [7]

Ранняя коррекция недостатков развития ребенка становится все более актуальной проблемой и для нашей республики. В значительной мере это связано с тем, что более поздние периоды жизни ребенка — дошкольный и школьный — уже педагогически освоены. В республике Татарстан и в городе Казани уже созданы системы дошкольного и школьного воспитания детей с разными типами нарушений развития. Что же касается периода от 1 года до 3 лет, он остается в основном в ведении медиков. А их занимает прежде всего здоровье детей, их физическое, соматическое благополучие, но не сенсорное, умственное и эмоциональное развитие. Новизна предлагаемой нами модели обусловлена тем, что в Республике Татарстан оказание ранней помощи централизовано обеспечивается в основном на базе учреждений здравоохранения.

Ранний возраст ребенка является наиболее важным периодом, когда развиваются моторные функции, ориентировочно-познавательная деятельность, речь, происходит формирование личности. Ранняя помощь ребенку позволяет более эффективно компенсировать нарушения в его психофизическом развитии. Таким образом, мы имеем общественно



значимую проблему, связанную с необходимостью ранней профилактики нарушений развития. Ранняя психолого-педагогическая помощь позволит не только скорректировать уже имеющиеся отклонения в развитии детей, но и предупредить появление дальнейших, достичь более высокого уровня общего развития.

В связи с этим особую важность приобретают диагностика раннего развития и своевременная комплексная медико-психолого-педагогическая работа с проблемным ребенком и его семьей, т. е. ранняя помощь.

### **Цель программы:**

Повышение психолого-педагогической компетентности родителей в вопросах воспитания, развития и социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья посредством психолого-педагогического просвещения; привлечение родителей к сотрудничеству в плане единых подходов к воспитанию и обучению ребенка.

### **Задачи:**

- формировать у родителей позитивное восприятие личности ребенка с нарушениями развития;
- расширить видение родителями своих воспитательных функций в отношении ребенка с ограниченными возможностями здоровья;
- познакомить родителей с эффективными методами родительско-детского взаимодействия, воспитательными приемами, необходимыми для коррекции личности ребенка;
- формировать у родителей мотивацию к взаимодействию со специалистами школы, участию во встречах родительского клуба «Мать и дитя»;
- способствовать расширению контактов с социумом, обеспечить возможность общения родителей, имеющих детей со схожими проблемами.

Родительский клуб обеспечивает сопровождение семей с детьми, обеспечивает реальное взаимодействие ребёнка, родителей и социума, стремится к активному диалогу и широкому взаимодействию с семьёй ребёнка группы риска.

Семья является той естественной средой, которая обеспечивает гармоничное развитие и социальную адаптацию ребенка. Семьи, в которых воспитываются дети с отклонениями в развитии, сталкиваются со специфическими проблемами, испытывают затруднения в их разрешении: некомпетентность по вопросам воспитания и развития аномального ребенка, незнание родителями элементарных психолого-педагогических знаний для коррекционного обучения и воспитания ребенка в домашних условиях в доступном для него формате; искажение контактов с окружающим социумом и, как следствие, отсутствие поддержки со стороны социума и т. д. [1]

Первой исторически сложившейся формой работы специалистов (врачей, педагогов и психологов) с родителями детей с отклонениями в развитии является образовательно-просветительское направление. Долгое время при работе с семьей внимание концентрировалось на самом ребенке, но не на

функционировании семьи, не на её членах, оказавшихся в ситуации психологической травмы, семейного стресса и кризиса.

Исследование семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, показало, что родители больного ребенка, при высокой готовности посвятить себя решению проблем ребенка, недопонимают (недооценивают) прямую взаимосвязь между состоянием ребенка и всей семьи с личностным состоянием родителя, значимость работы с личностными проблемами, поэтому возникает необходимость оказания психологической и педагогической помощи не только ребенку с ограниченными возможностями здоровья и группы риска, но и его родственникам. [2]

При составлении программы деятельности родительского клуба «Мать и дитя» учтены как запросы родителей, так и объективно имеющаяся, но не обозначенная родителями потребность в личностной психологической помощи и поддержке. Групповая форма работы несет в себе мощный ресурс для решения задач как педагогических, так и психологических.

Данная программа, оставляя в приоритете вопросы педагогического просвещения, включает в себя и задачи развития психологической компетентности родителей в самопознании и познании ребенка, в умении оказать себе помощь в стрессовой ситуации.

#### **Основание для разработки Программы:**

Конвенция «О правах ребенка», Семейный Кодекс РФ, Закон РФ «Об образовании», Закон РФ «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья»

Программа рассчитана на родителей детей с ограниченными возможностями здоровья и детей группы риска. Приветствуется участие в родительских встречах других членов семьи (бабушек, дедушек, других членов семьи детей с ОВЗ), учитывая, что они, как члены семьи, оказывают влияние на ребенка, участвуют в его воспитании.

Срок реализации программы — 1 учебный год (затем она может быть продолжена).

Занятия родительского клуба проводятся примерно 1 раз в месяц (8—9 встреч).

Продолжительность и время проведения одного занятия — 1 час.

Предполагается, что основной состав группы будет постоянным, это позволит родителям лучше осознать предлагаемый материал и замотивировать родителей на практическое использование знаний в обучении и воспитании детей в домашних условиях.

Программа представлена в виде перечня тематики клубных встреч для родителей и конспектами занятий клуба «Мать и дитя». В течение учебного года программа может корректироваться в зависимости от запросов, потребностей участников клубных встреч.

**Тематический план занятий родительского клуба раннего развития детей с ограниченными возможностями здоровья и детей группы риска «Мать и дитя»**

№ п/п	Тема занятия	Виды деятельности
1	<b>«Островок любви»</b>	<p><b>Цель:</b> Повышение психолого-педагогической компетентности родителей в вопросах семьи, семейных традиций и их значения в воспитании и развитии ребёнка.</p> <p><b>Задачи:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Расширить представления о понятиях «семья», «семейные традиции» и их значение в воспитании и развитии ребенка;</li> <li>• Повысить педагогическую культуру родителей в области воспитания детей и способствовать формированию родительских навыков;</li> <li>• Развивать новые формы общественно-семейного взаимодействия и обучить продуктивным способам разрешения семейных конфликтов;</li> <li>• Способствовать сплочению семьи и оптимизации детско-родительских отношений.</li> </ul>
2	<b>«Наше психологическое пространство» [4]</b>	<p><b>Цель:</b> Способствование улучшению детско-родительских отношений и формированию навыков эффективного взаимодействия между мамой и ребенком.</p> <p><b>Задачи:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дать представление о психологическом пространстве человека, необходимости заботиться о самом себе;</li> <li>• Расширить представления о понятиях «близость», «влияние»;</li> <li>• Повышать ответственность родителей за собственное психофизическое состояние;</li> <li>• Способствовать сплочению семьи и оптимизации детско-родительских отношений;</li> <li>• Показать родителям необходимость уважения и соблюдения психологических границ ребенка и других членов семьи.</li> </ul>
3	<b>«Цветы жизни»</b>	<b>Цель:</b>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• установление партнерских отношений, повышение родительской ответственности;</li> <li>• ознакомление и обучение родителей эффективному общению с ребенком и моделям уверенного поведения при межличностном взаимодействии в семье;</li> <li>• оказание эмоциональной поддержки родителям, снятие чувства напряжения и тревоги;</li> <li>• обретение уверенности в своих силах;</li> <li>• закрепление гармоничного образа семьи.</li> </ul> <p><b>Задачи:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• знакомство и сплочение участников группы;</li> <li>• актуализация проблем детско-родительских отношений;</li> <li>• оптимизация детско-родительских взаимоотношений;</li> <li>• коррекция неадекватных поведенческих и эмоциональных реакций родителей детей с ограниченными возможностями здоровья;</li> <li>• обучение родителей психологическим приемам саморегуляции;</li> <li>• формирование у родителей активной жизненной позиции;</li> <li>• формирование у родителей представлений о технологиях и методах обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями;</li> <li>• обучение родителей эффективным приемам коррекционной работы с детьми в домашних условиях.</li> </ul>
4	<p><b>«Пальчиковый игротренинг» [8]</b></p>	<p><b>Цели:</b> повысить педагогическую культуру родителей.</p> <p><b>Задачи:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• сформировать у родителей элементарные представления о роли мелкой моторики в психофизическом развитии ребенка;</li> <li>• познакомить с играми на развитие мелкой моторики и координации движения рук;</li> <li>• приобщить родителей к играм ребенка в домашних условиях.</li> </ul>

5	<p><b>«Методы и приемы в обучении детей раннего возраста» [9]</b></p>	<p><b>Цель:</b> Обсуждение проблемы выбора методов и приемов в обучении детей раннего возраста.</p> <p><b>Задачи:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставить возможность родителям поделиться опытом обучения детей, выбор приемов и методов на практике;</li> <li>• Ознакомить с эффективными методами и приемами в обучении детей раннего возраста.</li> </ul>
6	<p><b>«Взаимодействие с ребенком в период кризиса трех лет» [6]</b></p>	<p><b>Цель:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ознакомить родителей с кризисным возрастным периодом ребенка третьего года жизни;</li> <li>• повысить их психологическую компетентность по проблеме воспитания и взаимодействия с детьми раннего возраста.</li> </ul> <p><b>Задачи:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• познакомить участников встречи с понятием «кризис трех лет» и причинами его возникновения;</li> <li>• рассказать о проявлениях в период кризиса трех лет;</li> <li>• дать рекомендации взаимодействия взрослых с ребенком в период кризиса трех лет.</li> </ul>
7	<p><b>«Безусловное принятие ребенка» [3]</b></p>	<p><b>Цель:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• формирование у родителей адекватной позиции по отношению к ребенку в системе «мы и наш ребенок»;</li> <li>• расширение информационного поля родителей в области психолого-педагогических знаний.</li> </ul> <p><b>Задачи:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Создать условия для понимания родителями своей роли в воспитании и обучении ребенка, осознания значимости предлагаемой квалифицированной помощи.</li> <li>2. Помочь родителям оценить стиль своего взаимодействия с ребенком и изменить его, если необходимо.</li> <li>3. Отрабатывать навыки конструктивного взаимодействия с ребенком.</li> <li>4. Вырабатывать более адекватные</li> </ol>

		представления о детских возможностях и потребностях. 5. Формировать у родителей мотивацию самовоспитания и саморазвития.
8	<b>«Проблемы воспитания детей раннего возраста» [5]</b>	<b>Цель:</b> Содействовать формированию компетентности родителей в вопросах развития, воспитания и обучения детей раннего возраста. <b>Задачи:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• способствовать становлению потребности родителя в реализации воспитательной функции;</li> <li>• содействовать активному и осознанному овладению родителями умениями анализировать ситуации взаимодействия взрослого с ребенком;</li> <li>• способствовать обогащению коммуникативных умений, обеспечивающих эффективность взаимодействия родителя с ребенком раннего возраста.</li> </ul>

### **Структура занятия**

Занятие состоит из 3-х блоков:

#### **1 блок: Введение в тему**

Первый блок включает в себя организационную и информационную части.

Организационная направлена на создание атмосферы эмоциональной близости участников группы, включение в тематику общения.

В информационной части предлагаются мини-лекция по обозначенной теме, которая может иллюстрироваться просмотром видеосюжетов; рекомендации по работе с детьми в практической части занятия; подготовка рабочих мест.

#### **2 блок: Практический**

Это может быть практикум или мастер-класс для родителей, детско-родительский практикум, деловая игра, консультирование. Таким образом, родители осваивают практические умения для самостоятельных занятий с детьми. Проведение диагностики.

#### **3 блок: Итоговый**

Это часть активного общения всех участников встречи и специалистов

по поводу полученной информации и приобретенного опыта, осмысления происходящего, осознание своего реагирования на конкретные ситуации, психологическая и педагогическая интерпретация происшедшего. Предоставляется возможность отразить свою позицию и стиль взаимодействия с ребенком.

Содержание и условия подачи информации имеют большое значение для формирования у родителей желания общаться со специалистами и вступить в сотрудничество ради своего ребенка. Ниже представлен перечень приемов, которые в разном сочетании можно использовать в структуре занятия.

Содержание темы занятия может раскрываться с помощью разных приемов:

- Мини-лекция — вводит в тематику занятия, сосредотачивает внимание на обсуждаемом вопросе, знакомит с новой информацией по проблеме.
- Притча — может быть эпиграфом или, наоборот, обобщением к теме; стимулом к возникновению дискуссии.
- Дискуссия — обсуждение актуального вопроса; как правило, родители делятся личным опытом в решении проблем или обращаются за советом к группе.
- Просмотр видеосюжетов с целью подчеркивания значимости обсуждаемой темы.
- Психологическое упражнение, тренинговая игра — включаются в любой части занятия с определенной целью. Начало: для снятия напряжения, сближения участников группы, включения в тему разговора. По ходу занятия: для понимания обсуждаемой темы через осознание своих состояний, ощущений, эмоций; овладение приемами снятия стресса и гармонизации эмоционального состояния. В конце: обобщение темы или завершение занятия (например, ритуал прощания).
- Практическое занятие (практикум) — овладение практическими умениями, знакомство с коррекционными методами и приемами работы с детьми.
- Детско-родительские практикумы — совместная продуктивная деятельность, позволяющая осознать родителю свои позиции, способы взаимодействия, сотрудничества с ребенком, свое реагирование на ситуацию, когда ребенок не соответствует ожиданиям; практика поиска методов и приемов привлечения ребенка к деятельности и пр.
- Фотовыставки по клубным занятиям, оформление фотоальбомов — информация о содержании прошедших клубных встреч, оживление опыта участия в клубных занятиях, в том числе в детско-родительских; активизация положительных эмоций.
- Раздаточный материал (памятка, методическое пособие, буклеты и пр.) для домашней методической копилки — для закрепления материала, поддержания интереса.

### **Предполагаемый ожидаемый результат**

✓ Возникновение у родителей интереса к процессу развития ребенка, желание и умение видеть маленькие, но важные для ребенка достижения.

✓ Участие родителей в коррекционно-образовательном процессе обучения ребенка с пониманием значимости этого для их ребенка; развитие чувства удовлетворенности от успешного применения своих знаний в воспитании и развитии ребенка, развитие психических процессов ребенка с ограниченными возможностями здоровья и группы риска.

✓ Повышение активности родителей в вопросах сотрудничества со специалистами учреждения; желание участвовать в психолого-педагогических мероприятиях (клубные занятия, психологические тренинги, консультации т. д.).

✓ Расширение круга общения среди родителей учреждения.

### **Основные требования к реализации программы:**

1. Взаимодействие с родителями — совершенно особый вид педагогической деятельности, требующий специальных психологических знаний, такта, терпимости. Образованию родителей свойственна определенная очередность, постепенность освоения знаний, этапность, что определяет и специфику форм родительского всеобуча, и особенности контингента слушателей, и формы проводимых занятий.

2. Образование и просвещение родителей детей с ограниченными возможностями и детей группы риска ориентировано на актуальные проблемы жизнедеятельности ребенка с множественными нарушениями, на психологическую безопасность (безопасная семья, безопасная школа или сад, социальное окружение) семьи и ее взаимодействия с образовательным учреждением. Следует учитывать, что наибольший эффект достигается тогда, когда обучение соединено с решением практических задач воспитания детей с особыми потребностями с учетом их индивидуальных особенностей и возможностей.

3. Для успешной организации обучения нужны специалисты, педагоги, которые будут проводить эту работу. В реализации программы принимают участие специалисты разного профиля: педагог-психолог, дефектолог, учитель-логопед, которые помогут расширить знания родителей в отдельных вопросах социальной адаптации, интеграции, развития детей-инвалидов с множественными нарушениями.



## Список литературы:

1. Бажанова О.С. Методические рекомендации по организации коррекционно-развивающих занятий психолога с детьми с ограниченными возможностями и интерактивный подход в работе с семьей в рамках проекта «Инновационная модель социальной помощи детям с ограниченными возможностями, воспитывающимся в семьях и интернатных учреждениях» при поддержке грантового фонда конкурса Социальное партнерство. Окружной ярмарки социальных и культурных проектов [Электронный ресурс] / О.С. Бажанова // Методические информационные материалы. Информация по реабилитации инвалида-колясочника, спинальника и др., 2001. – Режим доступа:

[https://aupam.ru/pages/deti/metodicheskie\\_informacionnihe\\_materialih/page\\_07.htm](https://aupam.ru/pages/deti/metodicheskie_informacionnihe_materialih/page_07.htm) (24.01.2019, 22:25)

2. Выродова И.А. Организация ранней помощи в Центре игровой поддержки ребенка / И.А. Выродова // Дефектология. – 2013. - № 2. – С. 50-58.

3. Гнедова Н.А. Занятие родительского клуба по теме: «Безусловное принятие ребенка» [Электронный ресурс] / Н.А. Гнедова // Открытый урок. Первое сентября, 2011. – Режим доступа:

<http://xn--i1abbnckbmc19fb.xn--p1ai/%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D0%B8/589504/> (20.01.2019, 16:45)

4. Леус Т.В. Папины дочки или маменькины сынки: игры, в которые играют семьи / Т.В. Леус. – Екатеринбург: У-Фактория; М.: АСТ МОСКВА, 2008. – 256 с.

5. Лютова Е.К., Тренинг общения с ребенком (период раннего детства) / Е.К. Лютова, Г.Б. Моница. – СПб.: Речь, 2005. – 176 с.

6. Практикум психолога для родителей детей раннего возраста «Взаимодействие с ребенком во время «кризиса трех лет» [Электронный ресурс] // Сайт педагога-психолога детского сада, 2017. – Режим доступа:

<https://psychologysadu.ru/rabota-psichologa-s-roditelyami/treningi-dlya-roditelej/331-praktikum-rebenok-krizis-3-let> (20.01.2019, 17:00)

7. Разенкова Ю.А. Проблемы и перспективы региональной политики в области ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья // Ранняя психолого-медико-педагогическая помощь детям с особыми потребностями и их семьям: материалы конф. Москва, 18-19 февр. 2003 г./ сост. Ю.А. Разенкова, Е.Б. Айвазян. М., 2003. – 30-44 с.

8. Терентьева М.В. Пальчиковый игротренинг для родителей [Электронный ресурс] / М.В. Терентьева // Справочник педагога-психолога. Детский сад. – 2016. - № 10. – Режим доступа:

<https://e.psihologsad.ru/article.aspx?aid=494480> (24.01.2019, 22:10)

9. Токарева Ю.Д. Сборник консультаций для родителей детей раннего возраста: пособие для специалистов / сост. Ю.Д. Токарева. – Тула: ГУСОН ТО «Региональный ресурсный центр «Перспектива», 2017. – 72 с.

---

Издательство «Отечество»  
420126, г. Казань, ул. Чистопольская, д.27а

Подписано в печать 30.12.2018. Формат 64x80 1/8.  
Бумага офсетная. Печать ризографическая.  
Усл. печ. л. 20,25. Тираж 1000. Заказ № 3012/1.

Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии «Вестфалика» (ИП Колесов В.Н.)  
420111, г. Казань, ул. Московская, 22. Тел.: 292-98-92  
e-mail: westfalika@inbox.ru

---