

## Технологии раннего вмешательства в современном образовательном пространстве

*Technology of early Intervention in modern educational space*

Ахметзянова А. И. (Казань)

Akhmetzyanova A. I.

**Аннотация.** Возраст ребенка от рождения до трех лет является наиболее важным в становлении его социального, познавательного, речевого и двигательного развития. Возникающие в этот возрастной период различные отклонения в развитии, которые проявляются даже в минимальной степени, могут привести к выраженным расстройствам двигательной, психической и речевой функций в последующем возрасте. С другой стороны, ранний возраст характеризуется пластичностью и значительными компенсаторными возможностями в целом всего организма и нервной системы в частности. Это создает возможность снизить проявление последствий отрицательного воздействия различных патогенных факторов. Следовательно, пластичность мозга определяет большие потенциальные возможности коррекции нарушенных или отстающих в своём развитии функций. Ранняя медико-психолого-педагогическая помощь позволяет более эффективно компенсировать нарушения в психофизическом развитии ребенка и тем самым смягчить или предупредить вторичные отклонения. Значимость раннего возраста как сензитивного периода в речевом развитии детей, отсутствие системы диагностики и комплекса методик для логопедической работы с детьми раннего возраста в случаях задержки речевого развития обусловили актуальность исследования, в рамках которого представлен обзор технологий сопровождения детей раннего возраста с отклонениями в развитии.

**Ключевые слова:** раннее вмешательство, дети с ограниченными возможностями здоровья, технология сопровождения

Одним из наиболее важных течений современной специальной педагогики и психологии как в России, так и за рубежом является ранняя помощь детям с отклонениями в развитии. Раннее вмешательство – система различных мероприятий, направленных на развитие детей раннего возраста (от рождения до трех лет) с нарушениями развития или риском появления таких нарушений, и мероприятий, ориентированных на поддержку родителей таких детей.

За минувшие десятилетия в Российской Федерации стремительно увеличилось количество детей, которым остро необходима комплексная поддержка физического, соматического и психического здоровья. По всей видимости, в сфере здравоохранения и образования предметом внимания является ранняя комплексная реабилитация и раннее сопровождение детей с ОВЗ, которая на сегодняшний день становится чрезвычайно актуальной. Специалистами обнаружено, что возраст от рождения до 3х лет включительно является этапом стремительного и интенсивного начального развития качеств и свойств личности. В связи с этим целесообразно заняться развитием ребенка с

первых лет жизни. Было установлено, что психолого - педагогическое сопровождение делается важным элементом образовательной системы, которая позволяет создавать условия для успешного развития детей с ОВЗ, начиная с ранних этапов развития [9].

Система ранней помощи препятствует возникновению вторичных нарушений в развитии, и позволяет наиболее эффективно использовать сенситивные периоды развития высших психических функций, благодаря предельно широкому охвату детей с нарушениями в развитии на ранних стадиях онтогенеза. Максимально раннее начало комплексного психолого - педагогического сопровождения семьи, которая воспитывает ребенка с особыми образовательными потребностями, является залогом оптимизации образовательных возможностей и социально-экономических перспектив ребенка, шагом к совершенствованию защиты прав ребенка и прав инвалидов, а также качественному утверждению их положения в обществе [6].

Так, современная модель ранней помощи в Швеции ориентирована на концептуальную модель, которая имеет название «Модель системного развития». Тем не менее, не все базовые принципы этой модели в одинаковой степени выполнены и представлены в системе ранней помощи Швеции. В реальной практике имеется только тенденция к многоаспектности, упор ставится на ребенка, в особенности - на сопоставлении его с возрастными нормами развития. Большая часть диагностических и коррекционных мер сконцентрированы на ребенке, минимум внимания отводится взаимодействию со взрослыми и сверстниками, оценке среды и семьи [1].

Кроме того следует выделить отличия в построении системы ранней помощи в США и Швеции. В Соединенных Штатах Америки работа служб базируется на праве человека иметь к ним доступ, в случае если у него обнаружены какие-либо специфические проблемы, представляющие собой «критерий доступа» в эти службы. В данной стране не имеется практики обучения всех детей раннего возраста или ухода за ними - организация этой деятельности целиком падает на семью ребенка. Дети приобретают возможность доступа к надлежащим службам только после того, как у них будут выявлены определенные проблемы или их отнесут к группе риска. Отсюда следует, что немалая часть служб ранней помощи в США представляют собой специализированные, и сосредотачиваются на специфических группах детей. В Швеции имеется система раннего ухода для абсолютно всех детей, в том числе и детей с ограниченными возможностями здоровья. Ресурсы разделяются среди детей согласно их потребностям и на основании тех решений, которые были приняты муниципальным сообществом [2].

В России система ранней помощи находится в стадии становления. Начиная с середины 90-х годов, Министерством образования 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.

Санкт-Петербург был первым регионом в России и странах СНГ, где по инициативе городского Правительства в тесном сотрудничестве между российскими и международными научно-исследовательскими и практическими государственными и негосударственными организациями с начала 90-х годов стали развиваться программы раннего вмешательства.

16 июня 1992 года решением Малого Совета Санкт-Петербургского городского Совета народных депутатов от 16.06.1992 № 158 была утверждена программа «Абилитация младенцев» в составе комплекса приоритетных социальных программ «Защита семьи и детства». При непосредственной поддержке Правительства Санкт-Петербурга 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.

В настоящее время благодаря совместным усилиям органов государственной власти и некоммерческого сектора в Санкт-Петербурге создана и функционирует уникальная для России система служб раннего вмешательства для детей в возрасте от 0 до 3 лет, входящих в группу биологического и социального риска, и детей-инвалидов. Деятельность этих служб ориентирована на формирование предельно возможных функциональных способностей ребенка, и, кроме того, гарантирует его психическое и физическое благополучия при прямом участии в коррекционном процессе его родителей.

Программы раннего вмешательства – одно из самых результативных направлений профилактики детской инвалидности и социального сиротства, которые получили обширную популяризацию в разных регионах России и странах СНГ.

Развитие ранней помощи в 21 столетии совершается в совокупности изменений взглядов на людей с инвалидностью, утверждающей ценность и права любого человека экологического взгляда на природу его функционирования. Этот процесс связан с переходом от медицинской модели инвалидности на биосоциальную, а кроме того, - в связи с обширным распространением гуманистической парадигмы. Данное развитие сопровождается пересмотром целой системы ранней помощи, в том числе исследование стандартов качества, которые призваны гарантировать доступность, прозрачность оказания услуг, содействие родителей в абсолютно всех действиях жизненного цикла их оказания/получения, рефлексивность всех специалистов команды. В данном контексте наибольшую значимость обретают воздействия на факторы окружающего мира ребенка, включая как дополнительные продукты и технологии, так и социальные факторы в прямом или удаленном окружении ребенка, всю систему общественных служб, которые были задействованы в региональной системе ранней помощи.

Теперь, ребенок более не рассматривается как носитель какого-либо нарушения, а воспринимается как личность со своими способностями и ограничениями, которая нуждается в адекватной поддержке для увеличения возможностей его функционирования. Взгляд на ребенка и его реальные потребности, который формируется при составлении индивидуально-ориентированной программы развития (ИОПР) на основе принципов международной классификации функций (МКФ), призывает использовать новые подходы и методы при оказании ранней помощи ребенку и семье.

Функционирующие в настоящее время в России учреждения, исполняющие программы по ранней диагностике и ранней помощи детям с отклонениями в развитии, весьма малочисленны, нередко трудятся как экспериментальные площадки, однако настоящие положительные результаты их деятельности дают возможность осуществлять прогноз перехода от локальных очагов эксперимента к обширной социально-педагогической практике. Создание всероссийской программы развития системы ранней диагностики и ранней комплексной помощи детям с отклонениями в развитии является делом ближайшего будущего, от успешной организации которой зависят предупреждение инвалидности и сокращение степени ограничения жизнедеятельности и трудоспособности [8].

Таким образом, различие современного специального образования от специальной педагогики минувшего столетия заключается в наибольшем уменьшении разрыва между раскрытием первичного нарушения в развитии и началом целенаправленной коррекционно-педагогической помощи ребенку, обеспечение специальными образовательными услугами начиная с самого рождения и в течение всей последующей жизни.

Содержание и формы работы детей с ОВЗ направлены на создание системы комплексной помощи в освоении основной образовательной программы начального общего образования, коррекцию недостатков в физическом и (или) психическом развитии обучающихся, их социальную адаптацию [2].

В основе этой работы лежит единство четырех функций: диагностики проблем, информации о проблеме и путях ее решения, консультация на этапе принятия решения и разработка плана решения проблемы, помощь на этапе решения проблемы. Основными принципами содержания и форм работы в образовательном учреждении детей с ОВЗ являются: соблюдение интересов ребенка; системность; непрерывность; вариативность и рекомендательный характер.

В работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья логопеды и психологи стремятся использовать технологию обеспечения социально-психологического благополучия ребенка – обеспечение эмоциональной комфортности и хорошего психологического самочувствия в процессе общения со сверстниками и взрослыми в школе и дома.

Таким образом, реабилитация детей с ОВЗ представляет собой систему и процесс восстановления способностей ребенка к самостоятельной общественной и семейно - бытовой деятельности.

Реабилитация больного ребенка - сложный процесс, включающий коррекционно-восстановительное лечение, выявление и развитие задатков, способностей, профессиональную ориентацию, общее и профессиональное обучение. В отдельности каждый из этих аспектов не позволяет достичь желаемого результата. Эффективный результат может быть получен только при условии взаимосвязи и согласованности действий медицинских и социальных работников, психологов, педагогов и других специалистов.

Впервые весь комплекс качественных физиологических и психических особенностей раннего детства, требующих создания специальных условий для жизни и воспитания детей этого возраста, был сформулирован Н.М. Аксариной. Она установила, что период раннего детства имеет ряд психофизических особенностей, которые служат в дальнейшем фундаментом для приобретения любых компетенций. Эти особенности заключаются в следующем:

1. Основной особенностью раннего периода детства является наиболее интенсивный темп развития. Ни в каком другом периоде детства не наблюдается такого быстрого увеличения длины и массы тела, развития всех функций мозга. В это время активно развиваются и совершенствуются все функции организма: моторика, сенсорика, речь. К трем годам ребенок овладевает всеми основными движениями и дифференцированными движениями пальцев рук. Он приобретает много знаний и представлений об окружающем мире, ориентируется в цвете, форме и величине предметов. На протяжении трех лет у ребенка развиваются все функции речи, а с ней и мышление. Речь становится средством общения с окружающими и средством познания.

2. Характерной особенностью раннего возраста является высокая пластичность всего организма (и в первую очередь высшей нервной и психической деятельности), легкая обучаемость. Всякое систематическое воздействие быстро оказывает влияние на ход развития и изменение поведения ребенка.

3. Ребенок овладевает большими потенциальными, компенсаторными возможностями развития. Путем специально направленных воздействий можно достигнуть очень высокого уровня развития ребенка и более раннего формирования той или иной функции [1]. Применяя различные специальные меры, можно добиться значительно более высокого уровня развития той или иной линии воспитания и обучения. Н.М. Аксарина подчеркивает, что "задача воспитания - полнее использовать богатые природные возможности ребенка и правильно отобрать наиболее существенное, значимое для данного возраста.

4. В первые годы жизни велико единство и взаимосвязь физического и психического развития. Ребенок не может хорошо физически развиваться, если он мало двигается или часто находится в негативном эмоциональном состоянии, если отсутствуют условия для его активной деятельности. Крепкий, физически полноценно развивающийся ребенок и психически лучше развивается. Нервно-психическое развитие, в частности функция речи, во

многим зависит от факторов биологических: течение беременности, осложнения при родах матери, состояние здоровья ребенка [1].

5. Процесс развития скачкообразен и неравномерен. При этом выделяются периоды медленного накопления, когда отмечается замедление в становлении некоторых функций организма, и чередующееся с ним так называемые периоды (скачки), когда на протяжении короткого времени меняется облик ребенка. Критические периоды в раннем возрасте - 1 год, 2 года, 3 года. К.Л. Печора, Г.В. Пантюхина, Л.Г. Голубева подчеркивают, что скачкообразность отражает нормальный, закономерный процесс развития организма. Поэтому так важно в период накопления ребенком опыта создавать оптимальные условия для своевременного созревания нового качества в развитии той или иной функции [1].

Неравномерность в развитии ребенка раннего возраста определяется созреванием различных функций в определенные сроки. Приобретенное новое умение, действие на какой-то период времени становится доминирующим в поведении ребенка.

6. Быстрый темп развития ребенка обусловлен быстрым установлением связей с окружающим миром и в то же время медленным закреплением реакций. Для детей раннего возраста характерна неустойчивость и незавершенность формирующихся умений и навыков. На этой закономерности основывается повторность в обучении, обеспечение связи между воздействиями окружающих ребенка взрослых и его самостоятельной деятельностью. Ребенок трех лет способен на сравнительную устойчивость внимания, но и в то же время он легко отвлекается по самым незначительным поводам.

7. В первые три года жизни отмечается большая физическая и психическая ранимость ребенка, лабильность его состояния. Дети этого возраста легко заболевают, часто меняется их эмоциональное состояние. Ребенку раннего возраста нужен более частый отдых в течении одного отрезка бодрствования в виде более частой смены разных видов деятельности. Периоды непрерывной продуктивной деятельности у этих детей меньше, они больше и легче утомляются. Частая заболеваемость и повышенная возбудимость нервной системы особенно характерны для стрессовых состояний.

Формирование гуманистической направленности образования способствует развитию идеи раннего сопровождения детей и поддержки их семей. Под термином "сопровождение" имеется в виду сложный процесс взаимодействия сопровождающего и сопровождаемого, результатом которого является решение и действие, ведущее к прогрессу в развитии сопровождаемого. В теории сопровождения важным положением выступает утверждение, что носителем проблемы развития ребенка в каждом конкретном случае выступает и сам ребенок, и его родители, и педагоги, и ближайшее окружение ребенка. В ходе аналитического обзора литературы выявлено, что технологии сопровождения это область научно-практической деятельности целого ряда специалистов. Это относительно новое направление в отечественном специальном образовании,

которое развивается на основе мультидисциплинарного подхода к оказанию коррекционной помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья. Установлено, что, воплощая на практике идеи гуманистического и личностно-ориентированного образования, технологии сопровождения становятся необходимой составляющей образовательной системы, позволяющей создавать условия для эффективного развития детей с ОВЗ, начиная с ранних этапов развития (Р.А. Амасьянц, Л.Б. Баряева, Т.Г. Богданова, Е.Л. Гончарова, Р.А. Даирова, М.А.Жданова, Е.И. Казакова, В.З. Кантор, Г.Ф. Кумарина, Л.В.Лопатина, Н.Н. Малофеев, Н.М. Назарова и др.).

Нами был проведен краткий обзор самих технологий раннего сопровождения детей с ОВЗ раннего возраста, которые можно разделить на диагностические и собственно коррекционные.

Наиболее известными в мировой практике являются следующие технологии раннего психотерапевтического сопровождения.

*Модель «Тренировка взаимодействия» (Field, 1982)* направлена на качественное изменение поведения взрослого в ходе сеансов: развивающего взаимодействия в диаде «мать—дитя». Разработан набор инструкций для матери с целью углубления эмпатийных контактов с младенцем (увеличение периодов зрительных контактов «глаза в глаза», имитация поведения младенца, игры, соответствующие возрасту ребенка, и т.д.).

*Модель «Руководство взаимодействием» (McDonough, 1993)* направлена на "позитивное; изменение отношений взрослого к ребенку. В рамках этой модели с помощью видеотехники фиксируется поведение взрослого и ребенка в процессе игрового взаимодействия. В ходе последующего анализа отдельных фрагментов видеозаписи члены семьи могут проследить обратную связь влияния собственного поведения на поведение младенца.

*Системная модель (SternrBraschweiser-Stern, 1989)* психотерапевтического раннего вмешательства представляет взаимозависимые и находящиеся в постоянном динамическом взаимодействии элементы; поведение и репрезентации; (сохранившиеся в памяти переживания, ролевые представления, влияющие на текущее взаимодействие самого младенца, родителей и психотерапевта). Психотерапевтическое воздействие на один элемент системы изменяет и трансформирует влияние по всей системе.

*«Комплексное педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушенным слухом».* Автор Николаева Т.В. Данная технология задается целью обеспечить целостное изучение неслышащего ребенка, выявление не только уровня его актуального развития (самостоятельное выполнение заданий), но и зоны ближайшего развития (возможности ребенка в выполнении заданий с помощью взрослого). Она позволяет выявить индивидуальные особенности неслышащего ребенка дошкольного возраста (3-ий год жизни) *по основным линиям развития\**. Комплексное педагогическое обследование является начальным звеном коррекционного обучения, в комплект заданий которого входит изучение социального, познавательного, физического развития, а также предметно-игровой деятельности ребенка, состояния его речи

и слуха.

*«Технологии психологического изучения и сопровождения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии».* Автор В.В. Ткачева. Данное пособие является первым специальным руководством, объединяющим психодиагностический инструментарий для изучения особенностей семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. В пособии представлены как теоретические, так и практические материалы, необходимые для осуществления комплексной диагностики семей данной категории. В предлагаемом пособии обобщен многолетний опыт автора, связанный с работой по реабилитации семьи, воспитывающей ребенка с психофизическими недостатками. Представлены как классические стандартизированные методики и общеизвестные диагностические приемы, адаптированные к особенностям изучаемого объекта, так и совершенно новые авторские разработки.

Один из первых отечественных тестов психического развития разработали Г. В. Пантюхина, К. Л. Печора, Э. Л. Фрухт. Методика представляет собой качественную оценку развития ребенка без использования баллов. Состоит из 3 возрастных шкал для 1-го, 2-го и 3-го года жизни.

Для исследования психомоторного развития ребенка второго года жизни рекомендуют шкалу Гриффитс (перевод Е.С. Кешишян, 2000, скрининговая система). Эта система позволяет количественно и качественно оценивать психомоторное развитие ребенка с ПЭП в возрасте от одного месяца до двух лет жизни. Применяя ее, можно вести лонгитюдное исследование - как родителям, так и специалистам. Оценка психомоторного развития проводится по каждой графе: моторика, социальная адаптация, слух и речь, глаза и руки, способность к игре. Определяется, какого вида деятельности достиг ребенок и каков его балл по этой функции. Сравнивается балл, который он набирает, с тем баллом, который он должен иметь в его возрасте. Например, в два года ребенок должен иметь по моторике 51 балл, а он достиг только 43, т.е. только карабкается по лестнице. По графе «слух и речь» в два года ребенок должен иметь 51 балл, а он реально набирает только 36 баллов, что соответствует 1 году 3 месяцам. Анализ результатов обследования поможет выбрать приоритетные направления коррекционной работы. После проведенного курса коррекционных мероприятий можно провести повторное обследование с балльной оценкой и проследить количественную и качественную положительную динамику.

Выделяется группа методик для быстрой оценки психомоторного развития младенцев - «скрининг-методики» (А.М. Казьмин и Л.В. Дайхина, 1990; Е.В. Кожевниковой с соавт., 1995; Г.В. Козловская, А.В. Горюнова и др., 1997; В.В. Юрьев и др., 1998; W.K. Frankenburg, J.V. Dodds, 1967; N.P. Dick, 1973).

Для оценки характера, степени нарушений и прогноза, определения коррекционных мер требуется качественный клинический анализ отклонений психомоторного развития, на котором основаны методики Журбы-Мастюковой-Айнгорн (1981) и О.В. Баженовой (1986).

Определенный интерес для исследования недоношенных и доношенных



детей имеет методика Н. Бэйли «Школа развития младенцев и детей раннего возраста» (1993). Этот тест хорошо стандартизован, высоко валиден, надежен и удобен для проведения лонгitudных исследований. Он позволяет сравнивать полученные ребенком баллы как с его собственными в различном возрасте, так и с результатами сверстников.

*Методика выявления эмоциональной недостаточности детей младенческого и раннего возраста (Е. Баенская).* В ее технологии приводятся критерии оценки аффективного развития, позволяющие выявить группу риска в сфере эмоциональной недостаточности. Так, автор указывает, что трудности эмоционального развития детей в раннем возрасте охватывают широкий спектр особенностей реагирования маленького ребенка, осложняющих его взаимодействие с окружающим миром. К ним относятся: повышенная возбудимость, сензитивность, малая активность во взаимодействии со средой и быстрая пресыщаемость в контактах, легкая тормозимость, сложности развития отношений с близкими людьми и взаимодействия с посторонними, возникновение ранних поведенческих проблем: страхов, агрессии, влечений и др. Все эти проблемы являются характерными для детей, развитие которых можно отнести к разным вариантам аутистического дизонтогенеза. Наиболее заметными эти особенности становятся к 2,5 годам.

Проблема ранней диагностики и коррекции развития детей с нарушениями речи в современной логопедии представлена недостаточно (Чиркина Г.В., 2003). Она отмечает, что в настоящее время наметилась тенденция к более раннему и углубленному обследованию психомоторного и коммуникативного развития ребенка, позволяющему своевременно выявить и скорректировать ранние признаки речевого недоразвития. В своей технологии она выделила ряд диагностических показателей, лингвистического развития детей, позволяющие рано определить отставание или нарушение анатомо-физиологических предпосылок речевой деятельности.

*«Музыка в системе ранней помощи: новые педагогические технологии».* Автор Выродова Елена Анатольевна (2012г). В пособии впервые представлен научно-методический подход использования средств музыки в системе ранней помощи, в котором музыка рассматривается с точки зрения того вклада, который она способна внести в создание условий, необходимых для развития детей с ограниченными возможностями здоровья, предупреждения и коррекции вторичных отклонений в их развитии. На основе предложенного подхода подробно раскрыты педагогические технологии помощи ребенку с органическим поражением центральной нервной системы и его семье, в которых основным инструментом помощи становятся средства музыки. Данная методика адресована музыкальным руководителям, дефектологам, психологам, социальным педагогам, медикам служб ранней помощи, лекотек, групп кратковременного пребывания, центров игровой поддержки ребенка, психолого-медико-социальных центров сопровождения, а также родителям.

Следующая технология, которую мы бы хотели рассмотреть, это *«Младенческий моторный профиль: стандартизированный и качественный*

*метод, используемый для оценки моторного поведения в младенчестве».* Авторами предлагается использование младенческого моторного профиля (ИМР) для раннего выявления моторных нарушений. Младенческий моторный профиль (ИМР) оценивает непосредственное моторное поведение детей в возрасте 3-18 месяцев. ИМР – основан на видео-оценке. Моторное развитие детей исследуется в следующих условиях:

- лежа на спине,
- в положении сидя (с/без поддержки),
- во время ходьбы (с/без поддержки).

Кроме этого, ИМР помогает исследовать особенности хватания и манипуляции с объектами в положении лежа на спине, при поддержании ребенка, сидящего на коленях. При исследовании моторная деятельность детей может быть как самопроизвольной, так и с предоставлением различных объектов для выявления и оценки их движения, ползания. Оценка моторного поведения осуществляется с учетом возраста ребенка, функциональных возможностей, настроения и интереса.

ИМР выявляет не только качество моторного поведения, но также помогает оценить то, чего ребенок может достигнуть.

*Технология раннего вмешательства по выявлению и сопровождению детей с ограниченными возможностями в деятельности детской поликлиники.* Автор Садыков М.М. В детской городской поликлинике №9 г. Казани накоплен опыт раннего вмешательства по выявлению и сопровождению детей с ограниченными возможностями. Указанная деятельность заключается в определенной последовательности скоординированных действий междисциплинарной команды специалистов по детскому развитию (педиатра, невролога, психолога, логопеда – дефектолога и др.) с активным привлечением семьи ребенка. Технология раннего вмешательства и сопровождения включает в себя:

- первичное выявление детей раннего возраста с отставанием или риском его возникновения в когнитивном, двигательном, коммуникативном и социально – эмоциональном развитии по методикам оценки уровня развития детей KIDScale (KentInfantDevelopmentScale) и CDI (ChildDevelopmentInventory), заключающимся в сопоставлении наблюдений родителей за поведением ребенка со статистически обработанными и стандартизированными характеристиками большой выборки нормально развивающихся детей;
- клинически объективный осмотр ребенка, скрининг зрения и слуха;
- обсуждение полученной информации специалистами междисциплинарной команды, выбор стратегии вмешательства, определение индивидуального плана вмешательства;
- психологическая и информационная поддержка семьи (консультирование родителей по вопросам, связанным по индивидуальным особенностям ребенка и условия его оптимального развития), обучение родителей специальным приемам занятий с ребенком в домашних условиях;

- проведение коррекционных мероприятий, направленных на стимуляцию сенсомоторной и психо-эмоциональной активности, освоение двигательных навыков, блокирование патологических форм активности, и оценка их эффективности.

Таким образом, на основании рассмотренного процесса выбора и реализации технологий раннего психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста с ОВЗ, можно сделать вывод, что раннее сопровождение занимает особое место в современной социокультурной ситуации, является органической частью медико-социально-педагогического патронажа, представляет собой процесс и результат формирования личности ребенка.

*Статья подготовлена в рамках грантового конкурса для преподавателей магистратуры Благотворительного фонда им. В. Потанина  
Заявка № ГК140001164*

#### Литература:

1. Ахметзянова А.И. Формирование жизненной компетенции у детей с сочетанными нарушениями в условиях Лекотеки // Теория и практика общественного развития Научный журнал ISSN 1815-4964 (print) ISSN 2072-7623 (online). – ООО «Издательский дом «Хорс».-2013.- № 4.

2. Ахметзянова А.И. Становление и развитие ранней помощи детям с нарушениями в развитии в России и за рубежом // Неврологический вестник — 2015 — Т. XLVII, вып. 1.-С.73-79.

3.Артемяева Т.В., Ильина А.О. Понимание юмора и диалектические действия – исследование взаимосвязи // Журнал «Образование и саморазвитие» - Казань: «Центр инновационных технологий», 2012, № 5 (33), - С.114 – 117

4. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка. - М.: Просвещение, 2011. - 24с.

5. Борисова Е.А. Играя, звуки исправляем – играя, звуки закрепляем. – Биробиджан: ОбЛИУУ, 2012. –36 с.

6. Лалаева Р. И., Серебрякова Н. В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников. – СПб.: Союз, 2011. – 128с.

7.Валявко С.М. , Аверьянова Е.В. Ценностные ориентации старших дошкольников с нарушенным и нормативным речевым развитием. Монография- М, 2013.

8. Нищева Н.В. Речевая карта ребенка с общим недоразвитием речи (от 3 до 4 лет). - М.: «Детство-Пресс» - 2014. - 47 с.

9. Примерная парциальная образовательная программа для детей раннего возраста "Первые шаги" / Под общ. ред Е.О. Смирновой, Л.Н. Галигузовой, С.Ю. Мещеряковой. – М: МГППУ, 2014. — 189 с.

10.Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии как одно из приоритетных направлений специальной (коррекционной) педагогики // Дефектология.- 2002.- №3.

11. Сазонова С. Н. Развитие речи дошкольников с общим недоразвитием речи. – М.: Академия, 2012. – 144с.

12. Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: Методическое пособие / Под общ. ред. С.В. Алехиной, М.М. Семаго. — М.: МГППУ, 2012. — 156 с.

13. Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. А. Основы логопедии. – М.: Просвещение, 2011. – 218с.

**Модификация проективного теста «Фигуры» для оценки эмоционального отношения воспитателей Дома ребенка к детям**  
*Modification of the projective test «Figures» for the assessment of orphanage educators' emotional attitude towards children*

**Айвазян Е.Б., Живаева Н.А., Мещерякова И.А., Сизова Л.В. (Москва)**  
**Ayvazyan E.B., Zhivaeva N.A., Meshcheryakova I.A., Sizova L.V.**

**Аннотация.** Для исследования эмоционального отношения воспитателей Дома ребенка к воспитанникам предлагается модификация проективной методики «Фигуры». Преимущества процедуры ее проведения и порядок интерпретации результатов обосновываются результатами эмпирического исследования, в котором приняли участие 18 воспитателей и 37 младенцев-сирот.

**Ключевые слова:** проективный тест; эмоциональное отношение

Для исследования эмоционального отношения (ЭО) воспитателя Дома ребенка одновременно к 10-13 детям была модифицирована проективная методика «Фигуры», разработанная Брутманом В.И., Варга А.Я., Хамитовой И.Ю. [1]. Актуальность данной методической разработки обосновывается трудоемкостью процедур проведения и интерпретации существующих проективных методик, направленных на диагностику неосознаваемых компонентов ЭО, высокой вероятностью отказов обследуемых от участия в психодиагностике, особенно в ситуации низкой личной мотивации на исследование собственного внутреннего мира [2]. Задача решалась в рамках Проекта 7.1. «Ранняя психолого-педагогическая профилактика инвалидизации детей с ограниченными возможностями здоровья» (Государственная регистрация № 01201355195), темы «Научно-методическое обеспечение ранней психолого-педагогической профилактики инвалидизации детей с ограниченными возможностями здоровья», задачи анализа современных результатов, тенденций и перспектив развития теории и практики ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.

Стимульный материал методики состоит из набора геометрических картонных фигур светло-серого цвета: кругов, треугольников и квадратов, каждая из которых представлена в трех размерах – большой, средний, малый. Процедура проведения методики в модифицированном варианте: каждому воспитателю предлагается выбрать подходящую фигуру для обозначения себя и каждого ребенка из своей группы, а затем расположить их на листе А3. Далее воспитателей просят подобрать к каждой фигуре цвет из 8-цветового набора карточек теста Люшера, а затем – разложить цветные карточки по предпочтению (от самого приятного цвета к самому неприятному).