



*Домашний
консультант*

Комитет социальной защиты населения Волгоградской области
Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

Выездная служба ранней помощи ГБУ СО ОРЦДИ «Надежда»
«Домашний консультант»

Материалы межрегиональной конференции

«Ранняя помощь: комплексный подход
к развитию детей раннего возраста
с ограниченными возможностями
здоровья и поддержке их семей»

Волгоград
27 ноября 2025

Комитет социальной защиты населения Волгоградской области
Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации
Выездная служба ранней помощи ГБУ СО ОРЦДИ «Надежда»
«Домашний консультант»

РАННЯЯ ПОМОЩЬ: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РАЗВИТИЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ПОДДЕРЖКЕ ИХ СЕМЕЙ

Материалы межрегиональной конференции

27 ноября 2025 года



Волгоград – 2025

УДК 373.25+364.04(063)

ББК 74.66+60.99я431

Р 22

Рецензенты:

кандидат психологических наук **Терелянская Ирина Васильевна**, доцент кафедры социологии, общей и юридической психологии Волгоградского института управления – филиал ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ»;

кандидат психологических наук, доцент **Люсова Оксана Валерьевна**, доцент кафедры юриспруденции и юридической психологии Волжского филиала федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный университет»;

кандидат педагогических наук, доцент **Серединцева Анна Сергеевна**, доцент кафедры юриспруденции и юридической психологии Волжского филиала федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный университет»

Р 22 **Ранняя помощь: комплексный подход к развитию детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья и поддержке их семей:** материалы межрегиональной конференции 27 ноября 2025 года. – Волгоград: Изд-во Волгоградского института управления – филиала РАНХиГС, 2025. – Систем. требования: Процессор Intel® или AMD с частотой не менее 1.5 ГГц; Операционная система семейства Microsoft Windows или macOS; Оперативная память 2 Гб; Adobe Reader 6.0. – Загл. с экрана. – 206 с.

В сборнике представлены материалы конференции «Ранняя помощь: комплексный подход к развитию детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья и поддержке их семей» по проблемам оказания услуг ранней помощи в рамках работы трансдисциплинарных бригад. Данная информация будет интересна для руководителей служб ранней помощи, врачей, педагогов-психологов, учителей дефектологов, логопедов, специалистов по социальной реабилитации, педагогов дополнительного образования, а также широкого круга специалистов, связанного с работой служб ранней помощи в различных регионах РФ.

Содержание

Вступительное слово.....	7
--------------------------	---

Секция 1 СЕМЬЯ В ФОКУСЕ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ В РАННЕЙ ПОМОЩИ

Аникина Е. И. МИОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ В РАБОТЕ УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА	10
Апанасова О. В., Бардычева Е. Н. КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА СПЕЦИАЛИСТАМИ ПОХВИСТНЕВСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКУ СО «ЦДИКСО»	17
Волощук О. В., Казачкова Е. В., Карпова С. А., Федорова Е. А. СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАС И ГРУППЫ РИСКА РАС В ГБСУ СО ОРЦДИ «НАДЕЖДА» В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ «ДОМАШНИЙ КОНСУЛЬТАНТ»: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	22
Галкина Т. М. ФОРМИРОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ)	32
Гусенкова Н. В. РЕАЛИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТА ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ «ДОМАШНИЙ КОНСУЛЬТАНТ».....	37
Зяतिकова Я. С. Соловьева М. Л. «СЕМЬЯ В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ: СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ ПОМОЩИ» (ИЗ ОПЫТА БУ СО ВО «КЦСОН «ЗАБОТА»). РАННЯЯ ПОМОЩЬ – ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ И ЖИЗНЕННЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ СЕМЬИ.....	43
Ишкина Е. Н. ОПЫТ УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА ПО РАЗВИТИЮ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ КОМПЛЕКСНОЙ ПОДДЕРЖКИ ИХ СЕМЕЙ	49

Карандашева Н. В. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ГРУПП ДЛЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ	55
Карпова С. А., Федорова Е. А. ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «СОЗДАНИЕ ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ «ДОМАШНИЙ КОНСУЛЬТАНТ»	61
Просвинова И. И. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ СИНТЕЗ В РАННЕЙ ПОМОЩИ: НЕЙРОПСИХОЛОГ И СПЕЦИАЛИСТ ПО СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЕ»	70
Прядко Н. А. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ГБУ СО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ РЦ»	75
Рахманина И. Н., Ковалева И. В., Инкина Ю. М., Франтасова Е. П. ВЫЕЗДНАЯ СЛУЖБА «ДОМАШНИЙ КОНСУЛЬТАНТ» КАК СОЦИАЛЬНЫЙ СЕРВИС, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ДОСТУПНОСТЬ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПРОЖИВАЮЩИМ В ОТДАЛЕННЫХ РАЙОНАХ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	81
Роткина С. В. ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В ОТДАЛЁННЫХ СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ ПОСРЕДСТВОМ ДОМАШНЕГО МИКРО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА.....	85
Салтанова Л. Г. СТИМУЛЯЦИЯ РЕЧЕВОЙ АКТИВНОСТИ В КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ.....	91
Сидорова Г. А., Чичаева Д. А. КОМПЛЕКСНАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ДОМАШНИЙ КОНСУЛЬТАНТ».....	97
Слюсарева Е. Ю. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И ПОДДЕРЖКА В РАННЕЙ ПОМОЩИ – КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА В ТЕХНОЛОГИЯХ СЕМЕЙНО-СБЕРЕГАЮЩЕГО ПОДХОДА	103
Токмакова Т. В. СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ, СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ (ДЕТЕЙ С ОВЗ). ДИАГНОСТИКА, ПЛАНИРОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИИ, ЗАНЯТИЯ, МОНИТОРИНГ ПРОЦЕССОВ	107

**Секция 2 СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ И ТЕХНОЛОГИИ
АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

<i>Абольянина В. Е., Джуманова А. Д., Сараева А. В.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА СЕНСОРНО-ДИНАМИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ «СОВА-НЯНЬКА» КАК МЕТОДА СЕНСОМОТОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ	114
<i>Васильева М. В.</i> ИГРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	120
<i>Григорова Ю. А.</i> РОЛЬ КОММУНИКАТИВНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В РАННЕЙ ПОМОЩИ.....	125
<i>Гурова Т. В.</i> ВЛИЯНИЕ НЕУГАСШИХ РЕФЛЕКСОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	128
<i>Гусакова Ю. В., Мордвина Н. В.</i> ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА FLOORTIME В ПРАКТИКЕ СПЕЦИАЛИСТА СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ.....	132
<i>Жигульская Е. М., Мордвина Н. В., Гусакова Ю. В.</i> КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ОЦЕНОЧНЫХ ПРОЦЕДУР ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РАБОТЫ С РЕБЕНКОМ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ.....	136
<i>Зырянова А. В., Белослущих А. В.</i> ПРОЕКТ ГЕОКВЕСТ «КУЛЬТУРНЫЕ КОДЫ ТЮМЕНИ» КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ	143
<i>Коврова М. В., Демонова Т. А., Антропович О. Г.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЕМ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦНС.....	148
<i>Коченева О. Е., Скрипко М. Н.</i> НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РАЗВИТИЮ МЕЖПОЛУШАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ.....	153
<i>Курбатова И. В.</i> МЕТОДЫ И ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ДЕФЕКТОЛОГА С ДЕТЬМИ, НЕ УМЕЮЩИМИ ГОВОРИТЬ.....	158
<i>Овсянникова Т. Ю., Булатова Н. К., Колесникова Е. А.</i> ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИЁМЫ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ КОММУНИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	166

Овсянникова Т. Ю., Мусаитова С. Р., Шорина Л. В., Кузов А. А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОСТУРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	172
Овсянникова Т. Ю., Рахманина И. Н., Демидович А. О. ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ НА СЕНСОРНО-ПЕРЦЕПТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	178
Паришина Е. А. ИЗОРИТМИКА КАК ИНТЕГРИРОВАННЫЙ МЕТОД РАЗВИТИЯ РЕЧИ И МОТОРИКИ. ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	185
Самойлова Д. А. ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕВЕРБАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ РЕЧЕВОЙ ГОТОВНОСТИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ РЕЧЕВОГО ОНТОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ.....	190
Селезнева Ю. А. ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЕСТЕСТВЕННОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ. НАПРАВЛЕНИЕ РАБОТЫ: «ЗВУКИ ДОМА»	195
Третьякова О. И. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТРАТЕГИЙ КОУЧИНГА ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ СЕМЬИ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ	198
Хаустова Э. Д. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ГКУ СО КК «МОСТОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ» КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ	203

Вступительное слово

Настоящий сборник сформирован по итогам проведения межрегиональной конференции «Ранняя помощь: комплексный подход к развитию детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья и поддержке их семей», которая проводилась 27 ноября 2025 года и содержит материалы, представленные её участниками. В структуре сборника отражена работа двух секций конференции «Семья в фокусе: междисциплинарное сопровождение семьи в ранней помощи» и «Современные методики и технологии абилитации детей раннего возраста».

Целью издания данного сборника является обобщение и тиражирование накопленного опыта по проблемам создания служб ранней помощи на территории РФ. Из-за острой необходимости оказать помощь родителям детей первых трёх лет жизни, испытывающим сложности в связи с состоянием их здоровья и несоответствием темпа их развития заданным возрастным нормам на базе учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты населения создаются междисциплинарные бригады специалистов, призванные помочь родителям в сложившейся ситуации. Однако в связи с тем, что всероссийский масштаб данное направление деятельности приобрело не так давно и регулируется приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 мая 2025 г. № 344н «Об утверждении Стандарта оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям», а первая концепция развития ранней помощи в РФ была

опубликована в 2016 году, специалисты, задействованные в данной отрасли испытывают острую потребность в обмене опытом по проблемам работы с семьями, имеющими детей до трёх лет и по вопросам применения различных, в том числе междисциплинарных технологий, используемых в работе служб ранней помощи. В материалах сборника представлен опыт работы специалистов, входящих в состав таких бригад: это руководители служб ранней помощи, врачи, педагоги-психологи, учителя дефектологи, логопеды, специалисты по социальной реабилитации, педагоги дополнительного образования и т. д. Конференция проводилась при содействии Фонда поддержке детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в рамках реализации грантового проекта «Создание выездной службы ранней помощи "Домашний консультант"» (заявка № 2024.35-000183).

Секция 1

СЕМЬЯ В ФОКУСЕ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ В РАННЕЙ ПОМОЩИ

УДК 376(072)

Аникина Е. И. учитель-логопед

ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда»

МИОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ В РАБОТЕ УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА

Аннотация. В статье представлен опыт работы учителя-логопеда с детьми раннего возраста по коррекции миофункциональных нарушений. Проведен анализ причин возникновения и проявления миофункциональных нарушений у детей раннего дошкольного возраста, а также представлены основные подходы к их коррекции.

Ключевые слова: дыхание, жевание, глотание, миофункциональные нарушения, логопедическая коррекция, орофациальные мышцы.

Актуальность коррекции миофункциональных нарушений в логопедии очень высока и продолжает расти. Часто учитель-логопед является одним из первым специалистов, к которому обращаются за помощью родители детей с миофункциональными проблемами. В последнее время речевые трудности у ребёнка являются следствием нарушений таких жизненно важных функций как дыхание, жевание и глотание, таким образом они являются симптомом т.е. вторичным проявлением других проблем. При подобных нарушениях очень важно своевременно дать правильное заключение, подойти к этой проблеме как к комплексной, а не рассматривать её только как речевую. Нередко здесь может потребоваться консультация других специалистов: отоларинголога, ортодонта, стоматолога, невролога. Как правило, факторы риска формирования подобных нарушений закладываются у ребёнка в самом раннем возрасте, в период так называемого молочного (или временного) прикуса и закрепляются в виде вредных привычек,

дисфункций, связанных с работой мышц приоральной области, влияние которых на формирование зубочелюстно-лицевой системы особенно значимо.

Миофункциональные нарушения (МФН) – это патологические изменения в работе мышц челюстно-лицевой области, которые могут приводить к проблемам с дыханием, глотанием, жеванием и речью. *К причинам миофункциональных нарушений относятся:* патологические привычки (сосание пальцев, длительное сосание пустышки или бутылочки, межзубное прокладывание языка, прикусывание или сосание нижней губы и др.); проблемы вскармливания (кормление жидкой пищей, ослабленное жевание соматически слабых детей, или пережевывание пищи одной стороной или передними зубами), кормление жидкой пищей может сохранять инфантильный тип глотания и формировать много патологических последствий; стоматологические проблемы (потеря зубов, позднее прорезывание, кариес) приводят к нарушению функции жевания и как следствие глотания, укороченная подъязычная уздечка; ЛОР-заболевания: аденоиды, фарингиты, ларингиты, искривления носовой перегородки и т.п. приводит к формированию привычного ротового дыхания и ослаблению круговой мышцы рта, дисфункции других лицевых мышц (жевательной, височной); неврологические заболевания: изменение тонуса мышц вследствие нарушения иннервации по типу гипотонии или спастичности отмечается у детей с различными формами ДЦП.

К внешним проявлениям МФН относится: дыхание через рот, а не нос; постоянно приоткрытый рот, особенно во сне; приподнятая верхняя губа и отвисшая нижняя челюсть; напряжение мышц подбородка и шеи при глотании, необходимость запивать пищу водой, звуки при жевании («чавканье»), испачканная одежда после еды, выплевывание пищи, отказ от жёсткой пищи, гиперсаливация во время сна, скученность зубов или, наоборот, большие промежутки между ними, нарушения прикуса, храп, скрежет зубами, сосание пальца, карандаша, длительное использование соски после года, частое закусывание губ, обгрызание

ногтей, неправильная осанка (сутулость, вытянутое положение головы). Трудности с произношением звуков, смазанная дикция, искажение звуков (например, межзубный сигматизм) так же могут быть следствием миофункциональных нарушений.

Основными признаками миофункциональных нарушений являются нарушение дыхания (вместо носового – ротовое), глотания (вместо соматического – инфантильное), жевания, что может привести к снижению или повышению тонуса жевательных и мимических мышц. При оценке состояния ребенка логопеду необходимо обязательно обратить внимание на позицию языка в покое. Правильное положение языка в покое – когда кончик находится у альвеол (бугорки за верхними резцами), а весь язык соприкасается с твердым небом. Если язык находится внизу или принимает межзубное положение, то это может привести не только к нарушению произношения звуков, но и к нарушению осанки. Правильным типом глотания является соматическое, инфантильное глотание имеет место быть только до отказа ребёнка от грудного вскармливания и перехода на приём твёрдой пищи. Если у ребёнка сохраняется инфантильный тип глотания, то это является патологией, которая влечёт за собой нежелательные последствия. Таким же нарушением является ротовое дыхание. Физиологически правильное дыхание – носовое и только носовое.

К последствиям, которые повлекут за собой миофункциональные нарушения относятся: нарушение прикуса, деформация ВНЧС; нарушение тонуса артикуляционной мускулатуры; речевые нарушения; недоразвитие лицевого скелета, готическое твердое небо, аденоидный тип лица, нарушение слухового восприятия; хронические гипоксии, как следствие нарушение внимания, памяти, быстрая утомляемость; нарушение осанки и деформация стопы. Повышение тонуса шейно-воротниковой зоны и нарушение кровотока в этой области; нарушение психоэмоционального состояния.

Цель логопедической работы при использовании приемов миофункциональной коррекции: раннее выявление и коррекция патологий, вызванных описанными нарушениями, а также профилактика нарушений прикуса и осанки.

Перечислим основные задачи миофункциональной коррекции в работе логопеда.

1. Сформировать у ребенка правильное глотание, жевание, дыхание.
2. Отработать правильное позиционирование языка в покое.
3. Нормализовать тонус мышц артикуляционной мускулатуры.
4. Разработать подвижность органов артикуляционного аппарата.
5. Нормализовать звукопроизношение; вызвать и автоматизировать звуки (не включая компенсаторные механизмы).
6. Провести преортодонтическую подготовку, если есть изменения прикуса с помощью аппаратов.
7. Помочь как можно быстрее избавиться от вредных привычек, приводящих к миофункциональным нарушениям.

Преодоление этих проблем возможно только путём комплексного подхода. Немаловажная роль здесь отводится родителям, ведь успех будет зависеть и от того, насколько плодотворно будет их сотрудничество со специалистами.

Методы и инструменты коррекции миофункциональных нарушений.

Миофункциональная гимнастика в сочетании с логопедическим массажем и привычной артикуляционной гимнастикой, может привести к хорошим стойким результатам. Хорошо зарекомендовало себя использование на практике методики тейпирования. Использование вестибулярных пластинок и трейнеров значительно оптимизирует процесс овладения звуковой культурой речи у ребёнка с миофункциональными нарушениями. Они представляют собой стандартные устройства, которые не требуют снятия слепков и индивидуального изготовления, что позволяет простым и эффективным способом корректировать миофункциональные нарушения, вредные привычки, аномалии прикуса орорациальной

области у детей дошкольного возраста (в этом возрасте эти нарушения поддаются коррекции легче).

В работе используются миофункциональные тренажёры – позиционеры в виде рассасывающихся таблеток миоспоты, которые помогают корректировать положение языка. Маленькая таблетка прикрепляется путём прилипания за верхние зубы, там она постепенно растворяется, тренируя язык занимать правильное положение, что способствует коррекции дыхания и речи.

Рассмотрим несколько примеров работы с детьми раннего возраста по коррекции миофункциональных нарушений.

Пример 1. Мальчик Егор, 3 года, речь смазанная, не всегда понятна окружающим, фраза простая, небо высокое; рот открыт постоянно, ночью со слов родителей, наблюдается храп, язык находится в межзубном пространстве; в поведении отмечается гиперактивность. Не наблюдается вредных привычек, избирательности в еде (твердую пищу ест). Положение подъязычной уздечки: под вопросом нижнее крепление. Инфантильное глотание. Тонус круговых мышц рта, щек, языка снижен.

Рекомендации: консультация отоларинголога, невролога, ортодонт, занятия с логопедом, массаж.

Результат: отоларинголог выявил аденоиды 3 степени, сужение носовой перегородки. Рекомендовал удалить аденоиды. Ребенок не мог закрыть рот и дышать носом физически. После удаления аденоидов, проводилась работа по формированию носового дыхания (трейнер «Инфант») и выработке правильного положения языка в покое с использованием миоспотов, коррекция инфантильного глотания. С целью активизация мышечного тонуса использовался массаж, артикуляционная и мио гимнастика. Через полгода в речи появились все губные звуки, и такие звуки верхнего подъёма как: Ч, Ц, Ш, Ж, Ль. Фразовая речь до-

стигла возрастной нормы. В 5 лет мама с ребёнком начали ортодонтическое лечение: ношение пластики для расширения небного свода. Гиперактивность у ребенка неврологом повторно не была диагностирована.

Пример № 2. Мальчик Артемий, 3 года, в активном словаре почти нет слов, речь понимает, интонирует. Артикуляционная диспраксия, дизартирия (предполагается). Признаки гиперактивности, нарушения внимания. Прикус передний открытый, язык оттянут к горлу, корень языка в тонусе, небо высокое, готическое, дыхание ротовое. Рот всегда открыт. Уздечка языка не визуализировалась, уздечка верхней губы значительно укорочена. Тонус круговых мышц рта и жевательных мышц снижен, смыкание губ дается с трудом, движения языка резко ограничены, инфантильное глотание. Вредная привычка: сосание пальца, долго сосал соску и ел из бутылочки, ест не аккуратно, твердую пищу выплёвывает.

Рекомендации: консультация невролога, ортодонта, логопедические занятия, коррекция вредной привычки – сосание пальца.

Результаты: для коррекции вредной привычки использовалась вестибулярная пластинка Stoppi (она применяется для детей, начиная с 2-х летнего возраста). Так же в коррекции инфантильного глотания и формировании носового дыхания использовали пластинки данного назначения для молочного прикуса. Мы использовали силиконовую пластинку, которая обеспечивает большую нагрузку на круговую мышцу рта: она показана детям с ротовым типом дыхания. В миофункциональной гимнастике данную пластинку использовали для тренировки круговой мышца рта. Через 1.5 месяца от привычки сосать палец ребенок был отучен, появилась возможность работать с языком, другими орофациальными мышцами.

Исправление миофункциональных нарушений – это исправление патологических паттернов, которые формировались долгое время, в связи с этим работа по их коррекции должна проходить ежедневно, поэтому так велика роль родителей в этом процессе. Такое направление в логопедии как миофункциональная

коррекция помогает предотвратить или исправить множество проблем, связанных с развитием зубочелюстной системы, речи, а главное с общим здоровьем и улучшить качество жизни ребенка в будущем.

Список литературы

1. Архипова Е. Ф. Миофункциональная коррекция и профилактика нарушений звукопроизношения. М.: Изд-во В. Секачев, 2017. 92 с.
2. Тисовская Ю. А., Соколова Н. А. Использование вестибулярных пластинок в практике логопедической работы. М.: ООО Валлекс, 2015.
3. Тисовская Ю. А. Артикуляционная гимнастика с использованием вестибулярных пластинок» (пособие для логопеда). М.: ООО Валлекс, 2013.
4. Костина Я. В., Чапала В. М. Коррекция речи у детей: взгляд ортодонта. М.: ООО ТЦ «Сфера», 2008.
5. Сатыго Е. А. Миофункциональная коррекция с использованием ЛМ-трейнеров для детей 3-6 лет с речевыми нарушениями. ООО «Бук», 2021.

УДК 376

Апанасова О. В. учитель-дефектолог,

Бардычева Е. Н. педагог-психолог

ГКУ СО «ЦДиКСО» Похвистневское отделение

КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА СПЕЦИАЛИСТАМИ ПОХВИСТНЕВСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКУ СО «ЦДиКСО»

Аннотация. В работе описан опыт работы Похвистневского отделения Центра диагностики и консультирования Самарской области по реализации услуг ранней помощи, указаны цели, формы и основные результаты реализации коррекционно-развивающей программы «Лучики» для детей раннего возраста и их родителей.

Ключевые слова: комплексное сопровождение семей с детьми, ранняя помощь, дети раннего возраста.

Первые три года жизни являются чрезвычайно важным и ответственным этапом в развитии каждого ребенка. В этот период закладываются основы психических функций и формируются ключевые личностные качества, такие как самооценка, доверие к окружающим и интерес к миру. Поэтому, важно, вовремя выявить имеющиеся проблемы в развитии ребенка и своевременно оказать ему всю необходимую всестороннюю помощь. Зачастую, родители детей раннего возраста, сталкиваясь с определенными проблемами в развитии детей, задаются вопросом - где они могут получить такую помощь.

Комплексная поддержка семей с детьми раннего возраста – одно из приоритетных направлений деятельности Похвистневского отделения Центра диагностики и консультирования Самарской области. Первоначальная встреча с семьей проходит на базе ГБУЗ СО «Похвистневская ЦРБ» в рамках межведомственного сотрудничества. Специалисты проводят консультативно-диагностический прием семей, воспитывающих детей раннего возраста. Данная работа ведется в нескольких форматах.

Еженедельно на базе детской поликлиники ГБУЗ СО «Похвистневская ЦРБ» в «День здорового ребенка» междисциплинарная команда специалистов (педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-дефектолог) проводит диагностическое обследование малышей с целью раннего выявления особенностей в развитии и поведении, планирования индивидуальных мер профилактики и коррекции, направленных на создание условий полноценного развития ребенка. В дальнейшем родители в случае необходимости сами обращаются на консультацию в различные эпикризные сроки жизни малыша.

Учитывая, что Северо-Восточный округ Самарской области преимущественно состоит из сельских районов, специалисты Похвистневского отделения проводят консультативно-диагностические мероприятия в фельдшерско-акушерских пунктах, чтобы обеспечить доступность помощи для детей в возрасте 0-3 года. Родители имеют возможность получить консультацию по вопросам воспитания, развития и социального взаимодействия по месту жительства, обратившись сразу с двумя и более детьми.

Кроме того, ежегодно, в июне подобные мероприятия проводятся в рамках межведомственной Акции «Ранняя помощь», организуемой министерством социально-демографической и семейной политики Самарской области при участии министерства здравоохранения Самарской области и министерства образования Самарской области.

Раннее детство – это период активного роста и развития. Невнимание к даже незначительным отклонениям от норм может привести к серьезным проблемам в будущем. С целью создания оптимальных условий, необходимых для полноценного физического и психического развития, эмоционального и социального благополучия ребенка раннего возраста специалисты Похвистневского отделения Центра диагностики и консультирования Самарской области ставят перед собой следующие задачи: учет индивидуальных возможностей, резервов развития ребенка раннего возраста; создание благоприятного психологического климата; профилактика и выявление различных причин нарушений и раннее предупреждение нежелательных последствий в развитии ребенка.

На базе Похвистневского отделения Центра диагностики и консультирования Самарской области реализуется дополнительная общеобразовательная коррекционно-развивающая программа «Лучики». Программа «Лучики» является Программой социально-гуманитарной направленности для детей раннего возраста (от 1,6 до 3 лет) и направлена на помощь в адаптации ребенка к условиям дошкольного образовательного учреждения и развитие основных психических функций с целью разностороннего и полноценного психического и поведенческого развития маленького растущего человека. Эмоциональное состояние ребенка основано на изменениях в окружающем мире и зависит от уровня развития ребенка и его воспитания, поэтому необходимо начинать сотрудничество с семьями малышей перед их поступлением в детский сад. Программа ориентирована на детей, не посещающих дошкольные учреждения.

Цель программы заключается в содействии всестороннему развитию детей, их социализации и педагогическом просвещении родителей о развитии детей раннего возраста, а также в создании благоприятных условий для их воспитания. Методическое содержание программы основывается на использовании методов индивидуальной работы, бесед, ситуационного анализа, наблюдений,

игровой деятельности, ролевых игр и различных диагностических процедур, где важнейшим является игровой метод.

Программа также включает активное взаимодействие родителей и детей в ходе занятий, а также предоставление консультативной и практической помощи по вопросам воспитания, особенно в процессе адаптации к детскому саду. Особое внимание уделяется социализации детей среди сверстников и взрослых, так как в этом возрасте дети особенно уязвимы и могут испытывать трудности при разлуке с родными.

Участие родителей в занятиях очень важно и направлено на обучение их поддержке своего ребенка в процессе адаптации, формирование психологической готовности к детскому саду, воспитание элементарных навыков культурного поведения и привитие санитарно-гигиенических норм своим детям.

Совместные занятия показали, что присутствие родителей помогает детям легче вступать в контакт со специалистами, взаимодействовать со сверстниками и активно участвовать в играх.

По окончании программы родители заполняют анкету, в которой отмечают:

- стабилизацию эмоционального фона детей («стал меньше капризничать», «появился интерес к играм», «стал активнее вступать в контакт с другими детьми»);

- освоение детьми навыка взаимодействия со сверстниками и взрослыми («научился слушать, произносить простые слова», «использует общеупотребительные слова вместо звукоподражаний», «сопровождает свои действия речью», «научился выражать просьбу», «произошли изменения в понимании речи»);

- важность и положительные результаты приобретения родителями новых знаний и опыта в вопросах развития и воспитания детей в условиях семьи.

Результаты реализации дополнительной общеобразовательной коррекционно-развивающей программы «Лучики» показывают, что разработанный цикл

занятий способствует развитию у детей раннего возраста важных личностных качеств, которые будут способствовать их успешной адаптации к условиям детского сада.

Таким образом, опыт Похвистневского отделения Центра диагностики и консультирования Самарской области демонстрирует, что своевременная комплексная поддержка детей и их семей несомненно ведет к положительным результатам и успехам каждого ребенка.

Список литературы

1. Анучина О. А. Организация работы по адаптации детей раннего возраста к условиям детского сада // Педагогический опыт: теория, методика, практика. 2022. № 4 (9). С. 221–224.

2. Баилова Л. А., Александрова Е. А. Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста с нарушениями развития. М.: МГППУ, 2010.

3. Лорер В. В. Ранняя помощь детям и их семьям: методическое пособие. Санкт-Петербург, 2025.

4. Писарева Н. А. Комплексное сопровождение развития детей с ограниченными возможностями здоровья: теория и практика. М.: Издательство РГПУ им. А. И. Герцена, 2019.

5. Спиридонова Т. В., Сафронова, Н. И. Раннее вмешательство в системе поддержки семей с детьми младшего возраста. М.: АПК и ПРО, 2018.

6. Технология раннего вмешательства как комплексное сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка с нарушениями развития. М.: Министерство образования и науки Российской Федерации.

7. Роль логопеда в развитии детей раннего возраста с ОВЗ в системе комплексного сопровождения. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-logopeda-v-razviti-detej-rannego-vozrasta-s-ovz-v-sisteme-kompleksnogo-soprovozhdeniya>. (дата обращения: 19.10.2025).

УДК 376

Волощук Окс. В. заместитель директора по медицинской работе, врач-психиатр,
Казачкова Е. В. заместитель директора по педагогической работе,
Карпова С. А. заведующий информационно-методическим отделением,
Федорова Е. А. канд. психол. наук, педагог-психолог, методист
ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда»

**СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА С РАС И ГРУППЫ РИСКА РАС В ГБСУ СО ОРЦДИ «НАДЕЖДА»
В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ
РАННЕЙ ПОМОЩИ «ДОМАШНИЙ КОНСУЛЬТАНТ»:
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Аннотация. Оказание ранней помощи детям с РАС и группы риска РАС становятся всё более актуальными в последние годы из-за повышения их числа. Теоретической основой исследования стали методологические принципы оказания ранней помощи, теоретические основы использования прикладного анализа поведения. В работе проводится количественный и качественный анализ модели сопровождения семей, воспитывающих детей раннего возраста с РАС и группы риска РАС в рамках работы междисциплинарная команда проекта выездной службы ранней помощи «Домашний консультант».

Ключевые слова: дети с РАС и группы риска РАС раннего возраста, семьи, воспитывающие детей с РАС раннего возраста, служба выездной ранней помощи семьям, воспитывающим детей с РАС.

Проблема оказания ранней помощи семьям с детьми с РАС и группы риска РАС раннего возраста становится всё более актуальной в последние годы. С одной стороны, увеличилось количество детей, которым выставляется данный ди-

агноз в возрасте до 3 лет, с другой стороны в России получила широкое распространение работа служб ранней помощи, в различных форматах. Отличительными особенностями оказания такой помощи стали следующие моменты. Во-первых, перемещение ребёнка в транспорте с таким диагнозом в раннем возрасте часто становится проблемой для родителей. Во-вторых, некоторые существующие диагностические методики оценки уровня развития ребёнка и проблем его функционирования в раннем возрасте, которые широко используются в работе бригад служб ранней помощи могут давать необъективную картину и создавать ложное представление о благополучии ребёнка. В-третьих, часто в раннем возрасте для родителей детей с РАС на первом месте стоит «речевое неблагополучие ребенка», в то время как одним из наиболее ярких маркеров заметных в этот возрастной период, являются нарушения переработки сенсорной информации таким ребёнком. Они, с одной стороны, не выделены в отдельный диагностический критерий РАС, что неоднократно отмечалось зарубежными исследователями, а с другой стороны, по разным данным является коморбидным расстройством для детей с РАС и группы риска РАС в 60–80 % случаев. В-четвертых, сложностью в оказании ранней помощи в такой ситуации является и специфика родительской позиции, которая по разным причинам становится препятствием для своевременного осознания и включения родителей в ситуацию раннего вмешательства, поскольку именно они становятся одной из важных действующих сил, при реализации подобных программ. В связи с этими вопросами нами было проведено исследование, целью которого являлось провести количественный и качественный анализ модели сопровождения семей, воспитывающих детей раннего возраста с РАС и группы риска РАС в рамках работы междисциплинарной команды проекта выездной службы ранней помощи «Домашний консультант» на базе ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда».

Анализируемая модель оказания ранней помощи представлена следующими этапами работы:

- первичный приём и проведение междисциплинарной оценки его результатов;
- углублённая диагностика;
- работа консилиума междисциплинарной бригады и составление ИПРП для дальнейшей работы с семьёй;
- согласование ИПРП и тактики её реализации с родителями (законными представителями) лица, нуждающегося ранней помощи; реализация ИПРП, с использованием процедур промежуточной диагностики и мониторинга удовлетворённости родителей (законных представителей);
- итоговая диагностика, работа междисциплинарной бригады в рамках консилиума по оценке изменений и достижению целей ИПРП;
- решение о дальнейшей работе с семьёй, переходящей в другой статус (смена возраста ребёнка, смена статуса семьи-получателя услуг, переход в образовательное учреждение и так далее).

Для достижения поставленной цели было проведено исследование с использованием следующих методик:

- опросник для проведения первичной оценки функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ребёнка;
- опросник для оценки вовлеченности, независимости и социальных отношений в ежедневных жизненных ситуациях;
- опросник CASD (чек-лист для оценки расстройств аутистического спектра) для определения риска возникновения аутизма у детей от 1 года до 16 лет;
- анкета и протокол наблюдения для оценки особенностей переработки сенсорной информации;
- список потребностей родителей (СПР).

Исследование содержало 3 этапа. На первом этапе был обобщён накопленный опыт работы с семьями, воспитывающими детей с РАС и группы риска

РАС раннего возраста (всего 52 семей, в которых воспитывалось 54 ребёнка, проходивших реабилитацию в ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда» с 2021–2024 года), были проанализированы полученные данные по основным методикам исследования и направлениям коррекционной работы, в рамках модели, которая реализовывалась на базе центра, установлены отличительные особенности, выявлены элементы, требующие изменения и доработки. На втором этапе согласно пересмотренной модели реализации ранней помощи проводилась работа в рамках грантового проекта Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации «Выездная служба ранней помощи «Домашний консультант» с 15 семьям из удалённых районов Волгоградской области с детьми с РАС и группы риска РАС. Им были оказаны услуги ранней помощи на дому, ещё 15 семей получали аналогичные услуги по изменённой модели на базе центра (всего 30 семей, 30 детей за 2 года); так же на данном этапе были обследованы 60 нормотипичных детей в возрасте от 0 до 3 лет (на основании их результатов выявлялись статистические нормы особенностей переработки сенсорной информации). На третьем этапе проводилась статистическая обработка данных, анализ полученных результатов, формулировались рекомендации и предложения, по основным направлениям видов деятельности, в рамках которых оказывалась ранняя помощь на дому и в условиях ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда». Полученные результаты обсуждались на областных семинарах, инициированных комитетом социальной защиты населения в рамках Волгоградской области по вопросам оказания ранней помощи детям из удалённых районов в 2024–2025 годах в городах Михайловка, Камышин, Волгоград, Волжский.

В ходе анализа полученных результатов на предварительном этапе исследования удалось установить следующее. В рамках реализации модели оказания услуг ранней помощи на протяжении 2 лет были выявлены её компоненты, требующие дополнительной проработки и изменения. Данные, получаемые при проведении углублённой диагностики с использованием только опросника для

оценки вовлеченности, независимости и социальных отношений в ежедневных жизненных ситуациях дают результаты с отрицательной корреляционной взаимосвязью, относительно данных бланка первичного приёма, особенно в том случае, если у ребёнка наблюдаются признаки РАС или ярко выраженные нарушения переработки сенсорной информации. По отдельным параметрам в рамках исследования основных доменов были получены результаты уровня ранговой корреляции от - 0.7 до - 0.8 соответственно, что говорит о ярко выраженной обратной взаимосвязи между исследуемыми переменными. В частности ребёнок может по данным бланка первичного приёма ребёнок, по мнению родителей и специалистов, иметь проблемы в коммуникации, но быть достаточно развитым при реализации рутины «Одевание», однако при более детальном анализе данного процесса выясняется, что такие умения как «стягивать с себя носки, шапку; снимать обувь; расстёгивать застёжки, молнии и пуговицы» носят не характер сформированного навыка, а являются сенсорными самостимуляциями, например, ребёнку нравится звук и напряжение в мышцах, которые возникают при открывании и закрывании липучек, а стягивание носков и снятие обуви носят систематический характер и могут быть совершенно неуместны в тех ситуациях, в которых случаются. По сути, оценивая сформированность навыка, родители без наводящих вопросов могут и не акцентировать внимания, на том, как происходит процесс, т.к. считают навык сформированным и не вызывающим опасений, несмотря на то, что его реализация не соответствует контексту ситуации.

На этапе углублённой диагностики так же важную роль играет степень выраженности симптомов РАС и коморбидных расстройств в различных возрастных категориях. Так в ходе предварительного этапа исследования с применением U-критерия Манна-Уитни в связи с относительно небольшими размерами выборки по 30 человек было установлено, что для детей раннего возраста наибольшую частоту встречаемости положительных ответов имели вопросы из раздела «нарушения телесной чувствительности», «нетипичные звуки и нарушения

речи», «навязчивые действия», а для детей старше 4 лет более типичными были положительные ответы по пунктам из разделов «проблемы социального взаимодействия», «отклонения в общении и развитии», «нарушения внимания и осознание опасности» (разделы по опроснику CASD) (выборка детей в возрасте старше 3-х лет, на базе центра). Данные были получены при проведении анализа результатов по методике CASD в 2 возрастных группах от 2 лет до 3 лет и 4–8 лет у детей с установленным диагнозом РАС. Все полученные расчётные значения критерия составили менее 292, что означает достоверность различий в уровне выраженности признака по исследуемым критериям.

Полученные данные частично перекликаются и с показателями, выявленными при сравнении особенностей переработки сенсорной информации у нормотипичных детей и детей с РАС, они имеют значительные отличия. Исследования проводились по таким сенсорным системам как зрение, слух, тактильные сигналы, обонятельные и вкусовые раздражители, вестибулярные и проприоцептивные сигналы. Оно проводилось с использованием анкеты и протокола наблюдения для изучения особенностей переработки сенсорной информации на нормотипичных детях в возрасте от 1 до 3 лет с целью выявления стандартных показателей у здоровых детей (ДООУ на территории г. Волжского). Полученные при исследовании результаты показали, что у нормотипичных детей пропуск сигналов по исследуемым сенсорным системам снижается с возрастом, кроме вестибулярной и тактильной систем, в них, напротив, возрастает толерантность и ребёнок может легко переносить более сильные нагрузки на эти системы. Для поискового сенсорного поведения в данной возрастной категории, характерно стойкое снижение частоты встречаемости такого поведения по всем системам по мере взросления у нормотипичных детей, до момента достижения предшкольного возраста, тогда как у детей с диагнозами группы F84, наблюдается преимущественно стойкое сохранение поискового сенсорного поведения, несмотря на взросление. Снижается частота проявления пассивного избегания сенсорных

раздражителей по всем системам, т.е. в возрасте от 1 до 3 лет у нормотипичных детей происходит повышение толерантности к различным сенсорным раздражителям. Иная тенденция характерна для активного избегания сенсорных раздражителей она повышается в 3 года по сравнению с показателями двухлетнего ребёнка и обратно понижается к 4 годам. Вместе с тем у детей раннего возраста с РАС и группы риска РАС отмечаются иные тенденции по проявлениям особенностей переработки сенсорной информации. В 93 % случаев основные результаты, полученные по сенсорным профилям, отличались. Были получены более высокие показатели по пассивному и активному избеганию по 2-3 сенсорным системам у 35 % испытуемых с РАС раннего возраста и группы риска РАС. Например, выявлены тенденции к повышенной проприоцептивной чувствительности при пассивном и активном избегании нагрузок, полученные показатели превышали аналогичные у здоровых детей на 25–37 %. Так же отмечалась тенденция к частому пропуску сигналов, характерная для слуховой и зрительной систем у детей с установленным диагнозом РАС раннего возраста, часто дети с зафиксированным избеганием во вкусовом поведении демонстрировали ярко выраженный пропуск обонятельных сигналов. Были установлены и общие тенденции свыше 57 % детей с РАС и группы риска РАС раннего возраста демонстрировали тенденцию либо к гиперчувствительности по большинству систем, либо к гипочувствительности, а в 28 % случаев были выявлены взаимопротиворечащие паттерны сенсорного поведения по одной и той же системе, зачастую это было характерно для чередования модели сенсорного поиска с моделью активного или пассивного избегания раздражителей в одной и той же сенсорной системе, при чём эта смена не зависела от каких либо внешних наблюдаемых факторов, что позволило выдвинуть гипотезу о присутствии нарушений в работе ЦНС детей с РАС раннего возраста в форме наличия неинтегрированных и ча-

стично не угасших примитивных рефлексов. Полученные данные успешно использовались для проведения коррекционной работы по снижению нарушений переработки сенсорной информации у данной группы детей.

При проведении исследования особое значение имел анализ родительской позиции до и после согласования ИПРП с родителями до начала коучинговых сессий. Для изучения ожиданий и запросов родителей детей с ОВЗ был взят вопросник Список потребностей родителей (СПР), который активно используется в программах раннего вмешательства. СПР создан Darling&Baхter как инструмент, основанный на социально-системном подходе, в котором потребности семьи определяются не специалистом, а самой семьей.

Были выделены шесть основных областей, в которых сосредотачиваются проблемы и потребности родителей детей с ОВЗ раннего возраста. На первом месте, по данным исследования, важнейшей потребностью родителей детей с нарушениями являются вопросы, связанные с активным вмешательством в состояние ребенка со стороны специалистов. На втором месте стоит потребность в информации о состоянии ребенка. Необходимость в материальной поддержке также актуальна для многих семей. Потребность, связанная с формальной и неформальной поддержкой, выражена не так явно. Многие родители (87 %) считают, что дети раннего возраста с особенностями в развитии нуждаются в первую очередь в занятиях со специалистами, они считают, что полноценная адаптация ребенка невозможна без развития у него коммуникативных навыков и продуктивной деятельности. Большинство родителей (85 %) считают, что им необходимо индивидуальное консультирование, которое поможет справиться с ситуацией воспитания ребенка. 82 % родителей испытывают недостаток информации в области поведенческих проблем. 97 % родителей считают, что им необходимо больше информации о программах, центрах и школах, которые могут помочь ребенку с ОВЗ раннего возраста.

Таким образом, при реализации углубленных оценочных процедур с применением отдельных методик необходимо сопоставлять результаты, полученные от нескольких методик одновременно и обращать внимание родителей не только на факт сформированности навыка, но и на его контекстуальную уместность и его возможный стереотипный характер выполнения, тогда из навыка, такое действие автоматически переключивается в разряд стереотипных повторяющихся движений, используемых для самостимуляции.

Различия в уровне выраженности факторов из различных разделов опросника CASD отчасти объясняются тем уровнем требований, которые предъявляются родителями в раннем возрасте, однако это может служить и полем для дальнейших исследований о взаимосвязи возникновения РАС и наличия у ребёнка особенностей переработки сенсорной информации, как одного из «ранних предвестников такого психического расстройства», наряду с отсутствием указательного жеста, лепета, гуления, комплекса оживления, совместного внимания. Однозначно можно сказать, что у нормотипичных детей в возрасте 2-3 лет повышается толерантность ко всем типам сенсорных раздражителей, снижается тенденция к сенсорному поиску и снижается частота пропуска сигналов.

Для противоречивых вариантов проявления сенсорных особенностей необходимо применять диагностику и систему коррекционных упражнений для частично неугасших и неинтегрированных примитивных рефлексов.

Результаты, полученные по диагностике СПР показывают обесценивание родителями собственных потребностей, неготовность и невозможность принять эмоциональную помощь и поддержку. Можно сказать, что родители хотят конкретных рекомендаций, рецептов помощи с соблюдением эмоциональной дистанции со стороны специалистов. Такая позиция приводит к формированию ригидного способа взаимодействия с ребенком, истощающего психические ресурсы родителей. Невозможность нормально удовлетворять собственные потребности, отрезанность от собственных нужд не позволяет создать полноценный контакт сыном или дочерью.

Планирование и реализация программ ранней помощи детям с РАС и группы риска РАС в рамках работы трансдисциплинарной бригады должна проводиться с учётом качественной диагностики специфики раннего развития ребёнка, включающие возможные признаки РАС, характерные для раннего возраста, а именно сенсорные особенности, стереотипность в реализации рутин. Разработку и внедрение соответствующих программ необходимо проводить с учётом особенностей родительской позиции с применением технологий, коучинга, домашнего визитирования, видео консультирования, промежуточных и итоговых диагностических процедур.

Список литературы

1. Аксенова О. Ж., Баранова Н. Ю., Емец М. М., Самарина Л. В. Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства. Санкт-Петербург, 2012.
2. Александрова Н. А., Баенская Е. Р., Басилова Т. А., Бернадская М. Э. и др. Сопровождение проблемного ребенка и его семьи в системе ранней помощи. М.: Школьная Пресса, 2010.
3. Каролина. Программа для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями. Аттермиер С. М., Дженс К. Г., Джонсон-Мартин Н. М., Хаккер Б. Дж. Издательство: Каро, 2005, с. 336.
4. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребёнок. Пути помощи. <http://bookash.pro/ru/book/20208/autichnyi-rebenok-puti-pomoschi-m-m-libling>
5. Служба раннего вмешательства: методические рекомендации для практической работы с детьми в службе ранней помощи : [сборник] / [авт.-сост. Л. В. Блохина и др.]. М.: Нац. фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007. 197 с.

УДК 613-2-053.4

Галкина Татьяна Михайловна логопед, психолог
Областное государственное бюджетное учреждение социального обслуживания
«Реабилитационный центр для детей и подростков
с ограниченными возможностями» г. Иркутска

ФОРМИРОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ)

Аннотация. Ранний возраст является критическим периодом для формирования пищевых предпочтений и пищевого поведения, оказывающих влияние на всю последующую жизнь ребенка. Пищевое поведение в этом возрасте формируется под воздействием сложного взаимодействия генетических, семейных и средовых факторов. Полноценное питание требует слаженной работы центральной и периферической нервной системы, ротоглоточного аппарата, легких и желудочно-кишечного тракта. Со стороны логопеда важна работа мышц черепно-лицевой области и языка. Нарушение функционирования даже одной системы может привести к сбою в других, что, в свою очередь, отразится на питании.

Ключевые слова: пищевое поведение, питание, факторы, прием пищи, ранний возраст.

Выделяют следующие основные факторы, приводящие к нарушениям питания:

- **Медицинские факторы:** заболевания ЖКТ, аномалии ротоглотки и гортани, врожденные пороки сердца, неврологические нарушения, ДЦП.
- **Факторы питания:** нарушения обмена веществ, нарушения развития ЦНС.

- **Факторы навыка кормления:** нарушение вкусовой чувствительности, нарушение моторики полости рта, нарушения глотания, влияющие на защиту дыхательных путей.

- **Психосоциальные факторы:** роль родителей в обеспечении детей пищей, формировании пищевых привычек и создании атмосферы во время приема пищи, что напрямую влияет на долгосрочные пищевые предпочтения и отношение ребенка к еде. Нарушения питания наблюдаются у 46 % детей, поступающих в службу ранней помощи г. Иркутска. В данной статье представлен пример работы с семьей ребенка в возрасте 2 лет 1 месяца, обратившегося в службу ранней помощи.

Анамнез ребенка: ВПР позвоночника, выявленный на втором УЗИ скрининге во время беременности. Синдром мышечной гипотонии. Задержка моторного развития на фоне ВПР позвоночника. Энцефалопатия постгипоксического генеза. Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Синдром ДЦП. Смешанный нижний парапарез умеренной степени. Задержка психического и речевого развития. Хромосомная аномалия неуточненная: микроделеция участка 16 хромосомы.

Психомоторное развитие: держит голову с 3 месяцев, переворачивается на живот с 5 месяцев, переворачивается со спины на живот с 9 месяцев; ползает попластунски с 9 месяцев; ползает на четвереньках с 1 года 3 месяцев; сидит с 1 года 6 месяцев; ходит с поддержкой с 1 года 8 месяцев; ходит самостоятельно с 2 лет.

Речевое развитие: лепет.

Работа с ребенком проводилась командой специалистов службы ранней помощи: психологом, логопедом, дефектологом, специалистами по ЛФК, АФК и педиатром.

На момент поступления (2 года 1 месяц) по результатам диагностики KID-R:
- общая шкала развития: 9 месяцев; познание: 12 месяцев; моторное развитие: 11 месяцев; язык (речь, понимание речи): 5 месяцев; самообслуживание и социальная сфера: 7 месяцев.

Жалобы родителей. Ребенок не говорит. Обращенную речь понимает на бытовом уровне. Может кричать, визжать без причины. Не обслуживает себя, гигиенические навыки развиты частично. Эмоционально лабилен, отсутствует чувство опасности. Дефицит внимания, истерики. Стереотипные движения в руках. Не умеет жевать, ест только протертую пищу и каши. Постоянное слюнотечение.

Приоритетным запросом родителей было налаживание процесса приема пищи. Работа проводилась с родителями на очных и дистанционных сессиях. На ребенка была составлена индивидуальная программа ранней помощи (ИПРП) на год, основанная на результатах диагностики и с учетом зоны ближайшего развития ребенка, его физических особенностей. Программа реализовывалась в течение года, родители и ребенок посещали занятия 1 раз в неделю.

Выявленные ошибки родителей в процессе работы:

- непонимание правильных приемов кормления с учетом развития ребенка;
- страх, что ребенок подавится;
- поощрение избирательного питания;
- кормление с использованием мультиков;
- отсутствие возможности у ребенка «играть с едой»;
- нарушение объема и текстуры принимаемой пищи;
- гиперопека.

В течение годовой работы с семьей особое внимание уделялось следующим аспектам:

1. Обучение родителей правильной технике осанки и позиционирования ребенка при кормлении. Использовались дополнительные валики, создавались условия для соблюдения «правила трех 90» (угол 90 градусов в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах), столик располагался на уровне груди, чтобы ребенок мог видеть содержимое тарелки.

2. Постепенные изменения в рационе питания. Корректировались вязкость, текстура, размер порций и вкус продуктов. Переход от протертой пищи к кусковой осуществлялся через предпочтения ребенка.

3. Коррекция посуды. Глубокая тарелка была заменена на неглубокую секционную, а поильник – на кружку.

4. Оральная моторная терапия. Обучение ребенка жеванию с помощью тренажеров, выполнение массажа для укрепления челюстно-лицевых мышц и мышц жевательного аппарата.

5. Подход к кормлению с учетом сигналов ребенка.

6. Формирование ритуала приема пищи в семье.

После пройденного годового курса комплексной работы специалистов службы ранней помощи:

- ребенок самостоятельно сидит в стульчике для кормления;
- использует столовые приборы (зачерпывает суп ложкой, накалывает на вилку);
- ест без мультиков, фокусируясь на тарелке;
- налажен режим питания и объем съедаемой порции;
- текстура и вязкость пищи стали приближенными к норме для детей 3 лет;
- рацион питания ребенка разнообразился;
- улучшилась иннервация мышц речевого аппарата;
- уменьшилось слюнотечение, появился пищевой интерес;
- в речи ребенка начали появляться первые слоги и слова, улучшилось понимание речи;
- у родителей ушел страх того, что ребенок подавится, процесс кормления стал проходить спокойнее.

Проблемы с питанием чаще всего возникают у детей в возрасте от 1 до 5 лет, когда формируются пищевые привычки. Эти проблемы могут оказать нега-

тивное влияние на последующее физическое, эмоциональное и социальное развитие. Формирование пищевого поведения – сложный процесс, и расстройства могут развиваться в любой момент детства. Семья играет ключевую роль в формировании первого опыта приема пищи и знакомства с новыми продуктами. Исследования подтверждают влияние семейной обстановки, пищевых привычек родителей и методов кормления на пищевое поведение детей. Для успешного решения проблем с питанием у детей необходим междисциплинарный подход.

Список литературы

1. Американская психиатрическая ассоциация. (2022). Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (5-е изд., перераб. текст). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.

2. Балтали О. Наблюдение за здоровьем детей в первые пять лет жизни. Стамбул: NobelTipKitabevleri; 2017. Проблемы с питанием в раннем детстве; с. 405–416.1. [GoogleScholar].

3. Проблемы с питанием у здоровых детей младшего возраста: распространённость, сопутствующие факторы и методы кормления. Бенджасувантеп Б., Чайтираянон С., Эйамудомкан М. Педиатрические отчёты. 2013; 5:38–42. doi: 10.4081/pr.2013.e10.5. [DOI] [Бесплатная статья в PMC] [PubMed] [GoogleScholar].

4. Вентура, А. К. Влияет ли грудное вскармливание на пищевые предпочтения? Связь с ожирением. Ann. Nutr. Metab. 2017, 70, 8–15. [GoogleScholar] [CrossRef].

Гусенкова Н. В. заведующий службой ранней помощи ГБУ РМ «Комплексный центр социального обслуживания по г.о. Саранск», Республика Мордовия

РЕАЛИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТА ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ «ДОМАШНИЙ КОНСУЛЬТАНТ»

Аннотация. В статье представлен опыт работы. Службы ранней помощи ГБУ РМ «Комплексный центр социального обслуживания по г.о. Саранск» Республики Мордовия по реализации социального инновационного проекта выездной службы ранней помощи «Домашний консультант». Описывается содержание проекта, этапы, основные мероприятия и достигнутые результаты.

Ключевые слова: ранняя помощь, выездная служба «Домашний консультант», дети раннего возраста, семья.

Ранняя помощь детям от 0 до 3 лет в стране стала одним из приоритетных направлений деятельности образования, здравоохранения и социальной защиты. Значительная часть семей, имеющих детей раннего возраста с ограничениями жизнедеятельности или инвалидностью, не посещающих образовательные учреждения, не имеют доступа к получению профессиональной психолого-педагогической поддержки и коррекционно-развивающей помощи в непосредственной близости от места проживания. Часть семей имеет низкий социальный статус (низкий уровень дохода, уровень образования и пр.), что также ограничивает возможность реабилитации детей с нарушениями в развитии. Эти проблемы сохраняют свою актуальность, в том числе для городского округа Саранск Республики Мордовия. Если ориентироваться на статистические данные, то на 01.01.2025 г., количество детей целевой группы от 0 до 3 лет нуждающихся в ранней помощи

по городскому округу Саранск составляет 208 детей, а количество детей получивших услуги ранней помощи за прошедший год – 54 ребенка, что составляет четверть от количества нуждающихся. Актуальность выездной службы ранней помощи в городском округе Саранск обусловлена отсутствием профессиональных услуг для детей раннего возраста (от 0 до 3 лет) с нарушениями в развитии на дому. В первые годы жизни ребенку с проблемами в развитии преимущественно оказывается медицинская помощь. Однако, родители имеют огромную потребность в комплексной спланированной поддержке (информационной, психологической, социальной), которая решает важные вопросы по ранней помощи (кормление, позиционирование, правильное перемещение ребенка, адаптация домашней среды), а также помогает справляться с другими трудностями в повседневной жизни (социализация детей и включение их в среду сверстников).

ГБУ РМ «Комплексный центр социального обслуживания по г.о. Саранск» реализует проект выездной службы ранней помощи «Домашний консультант», при поддержке Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, направленный на обеспечение доступности услуг ранней помощи для семей с детьми раннего возраста (от 0 до 3-х лет) с нарушениями в развитии или риском их возникновения, проживающих в Республике Мордовия на удаленных территориях или не имеющих материальной или иной возможности получать услуги в условиях учреждения, посредством организации выездной службы ранней помощи.

На период реализации проекта были поставлены следующие задачи:

1. Нормативное, организационное и методическое обеспечение создания и деятельности выездной службы ранней помощи «Домашний консультант».
2. Ресурсное обеспечение деятельности выездной службы ранней помощи «Домашний консультант».
3. Содействие физическому и психическому развитию детей.

4. Содействие формированию позитивных взаимоотношений детей и родителей (законных представителей) в семье.

5. Повышение компетентности родителей (законных представителей) в вопросах развития и воспитания ребенка.

6. Проведение информационно-просветительской работы и публичных мероприятий.

Решению задач в рамках проекта за отчетный период способствовало проведение ряда мероприятий:

- создание рабочей группы по разработке и внедрению нормативного и методического обеспечения деятельности выездной службы ранней помощи «Домашний консультант»;

- разработка нормативной, сопроводительной и методической документации деятельности выездной службы ранней помощи «Домашний консультант»;

- заключено соглашение о межведомственном взаимодействии с учреждением здравоохранения г. Саранск об оказании информационной и консультативной помощи в рамках реализации проекта;

- закуплено игровое и реабилитационное оборудование;

- сформирована целевая группа проекта.

После определения семей из целевой группы, нуждающихся в помощи, к ним выезжает команда специалистов для определения формы и содержания предоставления помощи. В реализации практики участвуют все специалисты службы ранней помощи. После визита и изучения потребностей семьи, определения трудностей с которыми сталкивается семья, проводится консилиум специалистов для определения программы, маршрута помощи, сроков реализации. В процессе работы с семьей, при необходимости, программа может быть изменена. В зависимости от обстоятельств, к работе с семьей привлекаются другие службы и организации. В работе с целевой группой проекта применяется транс-

дисциплинарный подход. Он подразумевает оказание помощи специалистом, который обладает необходимыми трансдисциплинарными знаниями. Он работает в естественной среде, помогает родителям развивать навыки у ребенка. Работа проходит в форме домашнего визитирования. Навыки, которым обучаются родители и дети, могут лежать в разных областях развития, это могут быть навыки мобильности, коммуникации, социального взаимодействия. Овладевает этими навыками ребенок при помощи мамы, при подсказке специалиста. Родители при необходимости также получают методическую литературу, игровое и реабилитационное оборудование для развития малыша. Периодичность домашнего визитирования – не менее одного раза в месяц. Все специалисты используют только доказанные методы и технологии раннего вмешательства.

В рамках проекта была проведена методическая работа по подготовке содержательного материала для индивидуальных и групповых занятий с детьми и их родителями, которые оформлены в памятки, буклеты и используются в рамках проекта. Организован пункт проката оборудования, которым за отчетный период воспользовались все семьи целевой группы.

Родители целевой группы принимают активное участие в работе онлайн-школы для родителей и консультированию в удобном для семьи дистанционном формате: WhatsApp, Viber, Zoom, электронная почта или телефон. Не менее 85 % родителей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ОВЗ, прошли обучение способам ухода и методам абилитации и реабилитации на дому в онлайн школе.

Об эффективности проведенных проектных мероприятий в отношении детей свидетельствуют результаты промежуточной диагностики: у 80 % детей отмечалась стабильная положительная динамика развития, все дети демонстрировали высокую мотивацию и хорошо освоили все игры со взрослыми и сверстниками, 82 % детей преодолели трудности социально-эмоционального развития, благодаря игровым формам приобрели навыки самообслуживания.

Об эффективности примененных технологий можно также судить по наблюдаемой динамике родительских групп. В отношении родителей можно сказать, что проектные мероприятия существенно повысили психолого-педагогическую компетентность родителей, мотивацию к дальнейшему сотрудничеству со специалистами. У не менее 85 % родителей наблюдались именно полное понимание и принятие индивидуальных особенностей своего ребенка. Все родители научились находить контакт и получать положительные эмоции от совместной деятельности с детьми и снисходительно реагировать на негативные проявления детей.

Информация о деятельности выездной службы ранней помощи «Домашний консультант» размещена на сайте учреждения, странице ВКонтакте и была представлена в Общественной палате Республики Мордовия. В основе данного проекта лежит уверенность в том, что каждая семья имеет достаточно сильных сторон и способностей, чтобы содействовать развитию и обучению своего ребенка, при условии, что у них есть необходимые ресурсы и поддержка. Проект помогает делать семью более компетентной и способной активировать ресурсы, которые могут положительно влиять на функционирование ребенка и родителей. Особенно это актуально в условиях удаленности от крупных населенных пунктов городского округа Саранск Республики Мордовия. По окончании реализации проекта предусматривается продолжение и расширение деятельности выездной службы ранней помощи «Домашний консультант» с привлечением большего количества специалистов в рамках межведомственного взаимодействия и с использованием имеющегося оборудования. Проект будет востребован и в дальнейшем. Планируется увеличение числа получателей услуг ранней помощи в т.ч. за счет увеличения количества охваченных службой административно-территориальных единиц. Организация ищет дополнительные источники финансирования (благотворители, бюджетные организации, администрация города).

Социальная значимость практики выражается в пользе для общества в том, что независимо от материального положения и удаленности, происходит нормализация условий жизни ребенка, улучшение его функционирования в повседневной жизни.

Список литературы

1. Лорер В. В. Основы ранней помощи детям и их семьям: методическое пособие / В. В. Лорер; под ред. Г. Н. Пономаренко. СПб.: ФНЦРИ им. Г. А. Альбрехта, 2022. 167 с.

2. Организация предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям: методическое пособие / Владимирова О. Н., Ермолаева Е. Е., Ишутина И. С., Казьмин А. М., Лорер В. В., Мухамедрахимов Р. Ж., Самарина Л. В., Старобина Е. М., Шошмин А. В. / под ред. проф. Пономаренко Г. Н. Санкт-Петербург: ООО ЦИАЦАН, 2019. 72 с.

3. Приказ Минтруда РФ № 344п от 30.05.2025 г.

4. Самарина Л. В. Построение программ раннего вмешательства на основе Международной классификации функционирования, ограничений функционирования жизнедеятельности и здоровья // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. 2015. № 6. С. 49–60.

УДК 376

*Зятикова Яна Сергеевна старший методист БУ СО ВО «КЦСОН «Забота»,
Соловьева Марина Леонидовна заведующий отделением ранней помощи
БУ СО ВО «КЦСОН «Забота» Бюджетное учреждение социального обслуживания
Вологодской области «Комплексный центр социального обслуживания
населения города Череповца и Череповецкого района «Забота»*

СЕМЬЯ В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ: СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К РАННЕЙ ПОМОЩИ (ИЗ ОПЫТА БУ СО ВО «КЦСОН «ЗАБОТА») РАННЯЯ ПОМОЩЬ – ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ И ЖИЗНЕННЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ СЕМЬИ

Аннотация. Ранняя помощь детям с особенностями развития является ключевым фактором их успешной социализации и раскрытия потенциала. В статье рассматривается система социального сопровождения таких детей в Вологодской области, основанная на комплексном подходе к их развитию и поддержке семей. Основная цель работы специалистов заключается в создании условий для максимальной реализации реабилитационного потенциала каждого ребенка и его последующей интеграции в общество. Система включает раннюю диагностику, разработку индивидуальных программ, проведение регулярных занятий и мониторинг эффективности.

Ключевые слова: абилитация, адаптация социальная, аутизм, расстройства аутистического спектра, воспитание, нарушение развития.

Поддержка семей с особыми детьми начинается именно с ранней помощи, которая выступает фундаментом для раскрытия природных способностей ребёнка и его гармоничного вхождения в социум. Этот этап играет решающую роль в формировании будущего маленького человека.

Ключевые направления работы специалистов в сфере социального сопровождения включают:

- Активное предупреждение осложнений в физическом и психическом здоровье малышей на самых ранних этапах их жизни.
- Формирование благоприятной среды для того, чтобы ребёнок мог естественным образом приспособиться к окружающему миру и найти своё место в нём.
- Оказание всесторонней помощи родителям и близким, которые ежедневно.

Помощь детям с первых дней жизни до трех-четырех лет, чье состояние здоровья вызывает беспокойство родителей и специалистов, рассматривается как неотъемлемая составляющая комплексной реабилитации и абилитации, и такая помощь должна быть доступной вне зависимости от места проживания и жизненных обстоятельств семьи.

В Вологодской области для оказания своевременной поддержки таким детям и их семьям в каждом из 26 муниципальных районов области предоставляются услуги ранней помощи в Комплексных центрах социального обслуживания. Координацию работы осуществляет Ресурсно-методический центр на базе БУ СО ВО «КЦСОН «Забота», который обеспечивает: реализацию единых подходов к работе, трансляцию успешного и инновационного опыта, помощь в разборе сложных случаев, проводит обучение специалистов.

Отделение ранней помощи БУ СО ВО «КЦСОН «Забота» предоставляет услуги ранней помощи с 2009 года для семей, воспитывающих детей от рождения до 4 лет, имеющих нарушения развития и социальной адаптации или риск их появления, для содействия их оптимальному развитию и адаптации в обществе.

Пройти реабилитацию в учреждении могут семьи, не только проживающие в городе Череповце и Череповецком районе, а также из всей Вологодской области.

В отделении помощь оказывают высококвалифицированные специалисты: психологи, дефектологи, логопеды, инструкторы по физической культуре. Работа строится на чётком алгоритме, включающем:

- Выявление нуждающихся семей.
- Первичный приём.
- Разработку индивидуальной программы.
- Проведение регулярных занятий.
- Мониторинг эффективности.
- Подготовку к интеграции в общество.

Специалисты на первичном приеме проводят комплексную диагностику, а затем разрабатывают индивидуальные программы по направлениям:

- Развитие речевых навыков.
- Коррекцию познавательных процессов.
- Развитие социально-бытовых навыков.
- Физическое развитие.
- Психологическую поддержку родителей.

Индивидуальная программа включает в себя: групповые и индивидуальные занятия, подгрупповые встречи, индивидуальные консультации. Таким образом, специалисты отделения создают целостную систему поддержки: логопеды развивают речь и коммуникативные навыки, дефектологи корректируют познавательное развитие, инструкторы формируют двигательные навыки, психологи поддерживают эмоциональное благополучие, в том числе родителей.

Главная цель всех реабилитационных мероприятий отделения – создание условий для максимальной реализации реабилитационного потенциала каждого ребенка и подготовки его к посещению дошкольных образовательных учреждений, адаптацию в общество.

Групповая работа – путь к развитию и общению, каждая группа в нашем учреждении – это маленький мир, где царит атмосфера поддержки и понимания.

Работа групп направлена не только на развитие детей, их социализацию, но и на расширение круга общения семей и преодоление их социальной изоляции. Вместе с тем совместные с родителями занятия группового формата способствуют повышению уровня родительской компетентности в вопросах воспитания и развития ребенка.

Так, в группе «Речецветик» вызывают речь, и дети учатся говорить первые слова; в группе «Мамина школа», предназначенной для детей с тяжелыми и множественными нарушениями, занимаются сенсомоторным развитием.

Дети с расстройством аутистического спектра посещают специализированную группу «Пчелка».

Дети в возрасте от 1 года до 1,5 лет, имеющие высокий реабилитационный потенциал, занимаются в группе «Кроха», где специалисты развивают игровую деятельность малышей.

В группе «Почемучки» для детей с 9 месяцев до 3 лет проводят занятия с элементами М. Монтессори. Также в учреждении дети, имеющие трудности в социальной адаптации, совместно с родителями посещают занятия в группе «Непоседы», а без родителей дети посещают группу «Ступеньки» по подготовке к детскому саду.

Своеобразная группа поддержки «Ответственное родительство» – направлена на повышение родительских компетенций по различным вопросам воспитания и развития ребенка, особый акцент в работе группы сделан на стабилизацию эмоционального состояния родителей.

Комплексный подход включает не только развивающие занятия, но и блок оздоровительных методик: современные физиопроцедуры, профессиональный лечебный массаж, оздоровительный гидромассаж, целебную атмосферу галокамеры, бассейн.

Понимая, что не все семьи имеют возможность регулярно посещать учреждение из-за территориальной удаленности проживания, особенности и тяжести заболевания ребенка в работу были внедрены технологии:

«*Домашний микрореабилитационный центр*» – профессионалы приходят в дом, превращая привычную обстановку в пространство для развития и роста.

«*Выездной микрореабилитационный центр*» – мобильная команда специалистов отправляется в отдалённые уголки области, давая возможность получить семьям качественные услуги узко профильных специалистов по месту проживания.

Для сохранения устойчивости достигнутого результата и правильного выполнения рекомендаций специалистов работает «*Цифровой реабилитационный центр помощи семьям*» – совокупность различных сервисов, созданных для обучения родителей методам и приемам развития, ухода и реабилитации детей. Это и официальные интернет ресурсы учреждения, и чаты для родителей, и виртуальные школы ухода и развития, и дистанционные занятия специалистов. Родители могут выбрать наиболее удобный для себя формат взаимодействия и получения помощи.

Важный этап взросления детей раннего возраста – дошкольное образование. Подготовка к нему становится тем мостом, который ведёт особенных детей в большой мир общения и развития. Каждый шаг на этом пути тщательно продуман и подготовлен специалистами. Комплексный подход включает:

- Выявление семей, планирующих в ближайшее время посещение детского сада.
- Диагностическое обследование детей.
- Встречи со специалистами дошкольных учреждений.
- Подготовку по программе адаптационной группы «Ступеньки».

Программа адаптации группы «Ступеньки» – это два часа самостоятельного пребывания ребенка без родителей, работа 2-3 опытных педагогов одновременно, свободная игровая деятельность детей и специально разработанные задания.

Очень важна в этот период и поддержка родителей. Группа «Дорога в детский сад» помогает мамам и папам подготовиться к адаптации ребёнка, разобраться в своих страхах и ожиданиях, научиться справляться с конфликтными ситуациями, освоить навыки поддержки ребёнка.

Профессиональная поддержка продолжается и после начала посещения детского сада: она включает в себя консультации педагогов дошкольного учреждения, участие в родительских собраниях, помощь в период адаптации.

Результат совместного труда – создание условий, в которых ребёнок научится быть самостоятельным, родители обретут уверенность, а педагоги дошкольного учреждения получают необходимую поддержку. Каждый шаг адаптации проходит комфортно и естественно.

Именно так, шаг за шагом, формируется будущее маленького человека, его уверенность в себе и готовность к новым открытиям.

Список литературы

1. СМАРТЕКА; «Система ранней помощи семьям, воспитывающим детей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья раннего возраста, в Вологодской области» <https://smarteka.com/uploads/files/2020/11/18/ac1bb1b1-f342-49c6-af7e-2294b555557651356dc7-bc08-4b1d-823c-0d95bf617e5b.pdf>

2. Реестр Ассоциации раннего вмешательства Российской Федерации; «Служба раннего вмешательства центра «Преодоление» https://center-albreht.ru/upload/MethodCentre/%D0%A0%D0%B5%D0%B5%D1%81%D1%82%D1%80/Vologodskaya_oblast.pdf

Ишкина Евгения Николаевна учитель-логопед

ГКУ СО «Центр диагностики и консультирования Самарской области»

Новокуйбышевское отделение

ОПЫТ УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА ПО РАЗВИТИЮ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ КОМПЛЕКСНОЙ ПОДДЕРЖКИ СЕМЬИ

Аннотация. Опыт работы учителя-логопеда кабинета ранней помощи по развитию речи ребенка раннего возраста. Определена актуальность ранней помощи учителем-логопедом. Представлена семейно-ориентированная форма проведения занятий по развитию речи. Эффективность занятий по развитию речи и коммуникативных навыков в ранней помощи.

Ключевые слова: ранняя помощь, развитие коммуникаций, развитие речи, ранняя диагностика, стандарт оказания услуг ранней помощи.

В Новокуйбышевском отделении ГКУ СО «ЦДиКСО» основным направлением деятельности является оказание услуг ранней помощи семьям с детьми раннего возраста. Одним из видов комплексной поддержки семей является их участие в родительском клубе «Кроха». Так, с 2002 года реализуется программа помощи, поддержки и обучения родителей с детьми раннего возраста «Кроха», которая позволяет оказывать комплексное сопровождение семьи с ребенком раннего возраста, проводить обучение родителей приемам и методам стимуляции развития ребенка, в том числе речевого.

Развитие коммуникативных навыков и речи – одна из важнейших задач социального, психического и личностного развития ребенка. Многие причины

ограничений коммуникации, задержки развития речи и ее дефекты у детей старшего возраста кроются в условиях их жизни в ранний период детства. В последние годы резко возросло количество детей с речевыми проблемами. Отсутствие помощи в раннем возрасте приводит к появлению целого ряда последствий недоразвития речи. Это нарушение процесса общения и обусловленные им трудности адаптации в детском коллективе и речевой негативизм, своеобразие эмоционально – волевой сферы, инфантилизм, вторичная задержка познавательной деятельности, трудности в овладении школьной программы. Конечно, эффективна ранняя помощь, оказываемая в период, когда идет активное становление речевой функции и развитие коммуникативных навыков. При реализации программы «Кроха» мы не столько исправляем речь, сколько формируем ее, направляя в нужное русло, стимулируя положительные проявления и затормаживая отрицательные. В результате можно добиться полной компенсации речевого недоразвития. Очень важно выявить неблагополучие речевого развития ребенка и преодолеть его как можно раньше. Поэтому прежде всего проводится комплексная психолого-медико-педагогическая диагностика с оценкой ребенка по основным сферам деятельности, с определением, в том числе, его коммуникативных особенностей. При выявлении легких нарушений в коммуникациях ребенка семья включается в программу «Кроха». В программе содержатся занятия по развитию речи детей раннего возраста.

Цели программы «Кроха» направлены и на родителей, и на ребенка: развивать речь детей раннего возраста и помочь родителям найти адекватный способ взаимодействия со своим ребенком, учитывающий его индивидуальные особенности. Важной задачей программы является стимуляция коммуникативного развития с обучением родителей эффективным методам и приемам развития речи детей раннего возраста с активным включением семьи в развивающий процесс. Занятия проводятся в группе.

В группу включаются родители с детьми в возрасте от 1,5 до 2-х лет. Групповые занятия проводятся по 1 занятию в неделю, в течение месяца (4 занятия), затем набирается новая группа. Предлагаются занятия на определенную тему (Занятие 1. Развитие речи и мышления. Развитие воздушной струи; Занятие 2. Развитие восприятия величины, цвета и формы. Развитие слухового внимания и фонематического восприятия; Занятие 3. Активизация речевого подражания. Сортировка; Занятие 4. Знакомство с художественной литературой. Развитие мелкой моторики).

На первый план при проведении занятий выступает развитие понимания речи взрослого. Детей вместе с родителями учим понимать слова, обозначающие людей, предметы (одежда, мебель, и т. п.), элементарные действия. Обучаем понимать простейшие фразы, с помощью которых взрослый дает поручения, учит понимать их и выполнять. Расширяем запас понятий, связанных с простейшими бытовыми ситуациями, особенно этим занимается родитель дома, в привычной для ребенка обстановке. Ребенок должен знать свое имя, имена близких людей, названия наиболее часто употребляемых предметов обихода, средств передвижения (коляска, машина), нескольких животных и растений, находящихся в ближайшем окружении.

Ребенка направляем на изучение слов, обозначающих части тела человека (руки, ноги, голова, рот, глаза, уши) и животных, бытовые процессы (умываться, одеваться; есть, пить, спать, гулять), игровые действия (покатай, сними, закрой и т. п.), а также слова, обозначающие признаки предметов (большой мяч, красный цветок, маленький цыпленок и т. д.) и использование этих понятий в быту. Стимулируем понимание слов, а затем и простых предложений, с которыми взрослый обращается к ребенку, передавая отношения между предметом и действием, предметом и его свойством и т. д. Необходимо учить обобщать предметы по существенным признакам.

Для стимуляции коммуникации ребенка настойчиво используем вопросы: «Кто это?», «Что это?». Дело в том, что они как нельзя лучше активизируют малыша, заставляют его, так или иначе, отреагировать на реплику. К тому же вопросительные реплики обычно ярко интонационно окрашены, что облегчает ихприятие ребенком. Родитель в этом приеме понимает, что, если ребенок не реагирует так, как хотелось бы, то необходимо перестроить вопрос, используя иную конструкцию: заменяет частный вопрос так называемым общим вопросом, требующим лишь ответа «да» или «нет»: «Это зайка, да? Зайка?» Если ребенок отвечает каким-либо звуком, который может быть весьма далек от слова «зайка», то все равно радостно соглашаемся: «Правильно, зайка». Родитель учится формировать диалог с ребенком, выступать в качестве партнера.

Воспринимаемые слова дети должны воспроизводить не только после того, как услышат в речи взрослого, но и по собственной инициативе. С этой целью вместе с родителями побуждаем детей к произнесению отдельных облегченных слов; учим называть облегченными словами (например, *би-би, га-га*) и правильно произнесенными словами (машина, уточка) предметы и действия, используя и создавая ситуации, вызывающие у детей интерес.

Родители получают задание на дом: им необходимо использовать режимные моменты с целью обогащения активного словаря ребенка словами, обозначающими близких ему людей и знакомые предметы, и игрушки (чашка, кровать, мишка, кукла, мяч и т. д.). Расширять речевое общение ребенка, побуждая его вступать в диалог со взрослыми всеми доступными для него средствами, переходить от общения с помощью жестов и мимики к использованию речевых средств: слов и звукосочетаний. О выполнении задания, об успехах и трудностях делимся в группе на очередной встрече.

Также вместе с родителями формируем у детей умение вслушиваться в обращенную к ним речь, в которой содержится не только информация познавательной направленности, но и установки к действиям, побуждения к поступкам. Ребенок

учится воспринимать поручения, данные в словесной форме, и отвечать на них адекватными действиями в сочетании со словом. Так развивается как инициативная, так и ответная речь, а поведение ребенка начинает регулироваться словом. Эффективность занятий достаточно высока, так дети повышают свои коммуникативные навыки и по уровню развитию речи дают улучшения до 30 %. Речь ребенка развивается, ребенок выделяет и обозначает словом себя, других людей, различные предметы, то есть знает свое имя, имена близких людей, некоторые названия одежды, мебели, посуды, средств передвижения, животных; выделяет и называет отдельные части своего тела и животных (игрушек). Понимает слова, обозначающие действия, совершаемые в быту (ложись спать, пойдём гулять и т.д.), а также с игрушками и другими предметами (сними, надень, и т.д.). Знает назначение предметов, понимает элементарный сюжет (когда ему рассказывают и показывают сказку, используя игрушечных животных), начинает понимать слова «можно», «нельзя», «не мешай», «помоги». Это очень важно для регуляции поведения ребенка; понимает и может выполнять несложные поручения из двух – трех действий («Сядь на стульчик и посмотри книжечку»); может понимать вопросы взрослых и элементарно на них отвечать; выражает свои желания словесно, используя фразу из двух слов (облегченных или произносимых правильно). А родители получили знания и практические навыки в стимуляции развития речи и коммуникативных навыков ребенка. Кроме этого, улучшается эмоциональное состояние в семье, социально-эмоциональное состояние ребенка.

В 2025 году введен стандарт оказания услуг по ранней помощи детям и их семьям. Реализация программы помощи, поддержки и обучения родителей с детьми раннего возраста «Кроха» позволяет достичь целей, поставленных в стандарте: содействие психофизическому развитию детей, формирование позитивного взаимодействия детей и их родителей, социальная адаптация детей в среде сверстников, повышение компетентности родителей.

Список литературы

1. Кроха. Пособие по воспитанию, обучению и развитию детей до трех лет. / Г. Григорьева, Н. П. Кочеткова, Д. В. Сергеева и др. М.: Просвещение, 2001.
2. Павлова Л. Н. Раннее детство: развитие речи и мышления (1-3 года). М.: Мозаика-Синтез, 2002.
3. Павлова Л. Н. Раннее детство: развитие речи и мышления (наглядно-дидактическое пособие в картинках). М., 2002.
4. Павлова Л. Н., Пилюгина Э. Г., Волосова Е. Б. Раннее детство: познавательное развитие. М.: Мозаика-Синтез, 2002.
5. 365 дней и ночей из жизни ребенка. От года до двух / Сост., науч. конс., авт. Павлова Л. Н. М.: Айрис-Пресс, 2003.

Карандашева Н. В. музыкальный руководитель
ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда»

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ГРУПП ДЛЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

Аннотация. В статье рассматриваются инновационные подходы к организации детско-родительских групп, ориентированных на поддержку семей, воспитывающих детей раннего возраста с особенностями развития. Акцент делается на создании инклюзивной и развивающей среды, способствующей оптимизации детско-родительских отношений, ранней социализации детей и повышению компетентности родителей. Статья будет полезна музыкальным руководителям, дефектологам, психологам, социальным педагогам, медикам служб ранней помощи, психолого-медико-социальных центров сопровождения, а также родителям.

Ключевые слова: музыкальная деятельность, детско-родительские группы, ранний возраст, особенности развития, инновационные практики, ранняя социализация, поддержка семьи.

Ранний возраст является сензитивным периодом для формирования социального опыта у детей с особенностями развития. Музыкальная деятельность, интегрированная в детско-родительскую группу, создаёт уникальную возможность для развития социальных навыков, коммуникации и взаимодействия в естественных жизненных ситуациях. Ключевым аспектом интегрирования является обучение родителей эффективным методикам использования музыкальной

деятельности дома, для того, чтобы обогатить социальный опыт ребёнка и укрепить детско-родительские отношения. Цель музыкального руководителя – обосновать и продемонстрировать эффективность использования музыкальной деятельности в рамках работы детско-родительской группы, а также обучить родителей эффективным методам применения музыкальных игр и упражнений в домашних условиях. Включение музыкального сопровождения в работу детско-родительской группы, с акцентом на формирование социального опыта у детей раннего возраста с ОВЗ и обучение родителей эффективным методам работы с ребёнком дома, способствует:

- развитию социальных навыков у детей (коммуникация, взаимодействие, сотрудничество);
- формированию позитивных детско-родительских отношений, основанных на совместной музыкально-игровой деятельности;
- укреплению уверенности родителей в своих возможностях оказывать поддержку ребёнку в социальном развитии;
- созданию благоприятной домашней среды для стимулирования всестороннего развития ребёнка.

Для достижения поставленных целей индивидуальной программы ранней помощи, необходима предварительная обучающая работа с родителями. Данная технология предполагает.

1. Ознакомление родителей с теоретическими основами социального развития в раннем возрасте, особенностями социального развития детей с ОВЗ и роли музыкальной деятельности в этом процессе.
2. Формирование у родителей практических навыков посредством демонстрации и отработки музыкальных игр и упражнений, направленных на развитие социальных навыков.

3. Обучение методам адаптации занятий к индивидуальным потребностям ребёнка. На занятии разбираются типичные ошибки в использовании данной технологии в домашних условиях и способы их исправления.

Очень важна психологическая поддержка семей в детско-родительской группе, включающая в себя создание поддерживающей атмосферы в группе, обмен опытом между родителями, консультации специалистов. Также, каждому родителю даётся домашнее задание с рекомендациями по использованию музыкального материала дома, с учётом интересов ребёнка и возможностей семьи.

Остановимся на том, как именно обучить мам, какие конкретно навыки они приобретают и как они могут использовать эти навыки в повседневной жизни. Рассмотрим несколько приёмов, как научить маму из детско-родительской группы применять знания, умения и навыки (ЗУН), полученные на музыкальных занятиях, дома.

Во-первых, важно, чтобы мама понимала цели и задачи, которые решаются на музыкальном занятии, для этого они формулируются и объясняются им. Вот примерный перечень навыков, которые дети получают на занятиях: чувство ритма, умение различать высоту звука, развитие координации движений под музыку, знакомство с музыкальными инструментами и т.д. До мамы доносится информация о взаимосвязи между занятиями и развитием ребёнка, о том, как эти навыки важны для общего развития ребёнка – речи, мышления, эмоционального интеллекта, социализации. На данном этапе мамам предлагаются конкретные, простые игры и упражнения, которые они могут легко повторить дома. Например, ритмические упражнения: хлопайте в ладоши, топайте ногами под знакомую песенку, в зависимости от ситуации, можно менять темп выполнения дей-

ствий. Родителям рекомендуется дома включать музыку и танцевать вместе с ребёнком, повторяя движения, которые разучивали на занятиях. Играть с музыкальными инструментами: если у ребёнка есть игрушечные музыкальные инструменты (или даже предметы, которые можно использовать как инструменты – кастрюли, ложки), родители показывают, как играть на них в ритм музыки, создавать простые мелодии. Петь песенки, разученные на занятиях дома вместе с детьми. На занятиях применяются музыкально-двигательные элементы, которые мамы смогут легко скопировать: например, используя определённые жесты или движения в песне.

По просьбе мам, записываются видео-уроки с примерами игр и упражнений, которые они смогут посмотреть дома.

Необходимо отметить важность поддержки и мотивации для мам. Важно хвалить мам за их усилия и участие, подчёркивать даже небольшие успехи детей. Для поддержки мам нужна обратная связь, чтобы у каждой была возможность делиться своим опытом, задавать вопросы и получать на них ответы. Это можно сделать в виде родительских собраний, онлайн чата или индивидуальных консультаций. Важно, чтобы мамы чувствовали себя комфортно и не боялись экспериментировать. В ходе занятий у мам должно сформироваться понимание того, что не обязательно быть профессиональным музыкантом, чтобы заниматься музыкой с ребёнком, главное – это радость и общение.

Перед занятием изготавливаются распечатки с текстами песенок, описанием игр и упражнений, ссылками на полезные ресурсы (сайты с детской музыкой, каналы и т.д.), т. к. мамам необходимы наглядные подсказки для использования дома. Если есть техническая возможность, можно создать онлайн платформу (например, группу в социальной сети или сайт), где вы можно делиться информацией, видео, фотографиями и отвечать на возникающие вопросы.

Необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого взрослого в группе. Важно помнить, что у мам разный уровень музыкальной подготовки и интереса к музыке, поэтому предлагаются разные варианты занятий, учитывающие эти различия.

При необходимости проводятся индивидуальные консультации с мамами, которым нужна дополнительная помощь.

В результате такой планомерной, систематизированной работы, достигаются следующие результаты:

- улучшение социальных навыков детей, включая коммуникацию, взаимодействие и сотрудничество;
- повышение уровня компетентности родителей в использовании музыкальной деятельности для развития ребенка в домашних условиях;
- укрепление детско-родительских отношений и формирование позитивной домашней среды для социального развития;
- разработка практических рекомендаций для родителей по использованию музыкальной деятельности дома.

Таким образом, музыкальная деятельность, интегрированная в детско-родительскую группу, является эффективным инструментом для формирования социального опыта у детей раннего возраста с ОВЗ и обучения родителей практическим навыкам использования музыки в повседневной жизни. Основной акцент делается на обучении родителей, чтобы они могли применять полученные знания и навыки в ежедневных жизненных ситуациях, обогащая социальный опыт ребёнка и укрепляя детско-родительские отношения.

Список литературы

1. Баенская Е. Р., Выродова И. А., Разенкова Ю. А. Научитесь общаться с младенцем: пособие для родителей. М.: Просвещение, 2008. 128 с.
2. Басилова Т. А., Александрова Н. А. Как помочь малышу со сложным нарушением в развитии: пособие для родителей. М.: Просвещение, 2008. 121 с.
3. Венгер А. Л., Шевченко Ю. С. Онтогенетический подход к коррекции психического развития ребенка // Дефектология. 2004. № 1.
4. Выродова И. А. Музыкальные игры для самых маленьких: книга для родителей. М.: Школьная Пресса, 2007. 160 с.
5. Игры и занятия с детьми раннего возраста с психофизическими нарушениями: методическое пособие / Под ред. Е. А. Стребелевой, Г. А. Мишиной. М.: Экзамен, 2004. 160 с.
6. Константинова И. С. Музыкальные занятия как средство психолого-педагогической помощи детям с множественными нарушениями в развитии: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Москва, 2011. 46 с.
7. Стребелева Е. А., Мишина Г. А., Выродова И. А. и др. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением ЦНС в группах кратковременного пребывания: методическое пособие / Под ред. Е. А. Стребелевой. М.: Полиграф сервис, 2003. 124 с.

УДК 376

*Карпова С. А. педагог-психолог,
заведующий информационно-методическим отделением,
Федорова Е. А. канд. психол. наук, педагог-психолог, методист
ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда»*

**ТЕХНОЛОГИИ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ
В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА
«СОЗДАНИЕ ВЫЕЗДНОЙ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ
«ДОМАШНИЙ КОНСУЛЬТАНТ»**

Аннотация. В работе рассматриваются основные направления деятельности междисциплинарной команды, направленные на повышение качества оказания медицинской и социальной поддержки семьям с детьми раннего возраста, испытывающими трудности в адаптации и развитии ребёнка. Особое внимание уделено важности взаимодействия специалистов с семьями, подчеркивая ключевую роль родителей в процессе реабилитации и интеграции ребенка в общество. Представлены результаты анализа эффективности работы выездной службы, подтвержденные положительной динамикой психофизического состояния детей и улучшением социального положения семей участников программы.

Ключевые слова: междисциплинарная команда, обучение родителей, коучинговые сессии, тренинги, дистанционные консультации.

Вопросы работы с родителями являются крайне актуальными в современных условиях здравоохранения и социальной защиты населения. Ранняя диагностика и своевременно начатая коррекционная работа значительно повышают шансы на успешную адаптацию и полноценное развитие детей с ограниченными

возможностями здоровья и проблемами развития. Однако эффективность мер профессиональной помощи существенно зависит от вовлеченности самих родителей в процесс терапии и образования. Родители выступают ключевым звеном системы помощи ребенку, поскольку именно они обеспечивают ежедневный уход, создают среду для роста и формирования необходимых навыков. Их готовность сотрудничать со специалистами, умение применять полученные знания и рекомендации непосредственно влияют на исход вмешательства. Поэтому особое значение приобретает разработка эффективных методик подготовки и психологической поддержки родителей, что позволит создать оптимальный режим взаимодействия специалистов и семей, способствующий достижению наилучших результатов реабилитации и интеграции ребенка в социальную жизнь.

Цель проекта «Выездной службы ранней помощи «Домашний консультант» заключается в формировании системы сопровождения семьи, обеспечивающей эффективную поддержку ребенку с особыми потребностями в развитии и родителям, испытывающим трудности в воспитании такого ребенка.

Задачи включают:

1. Обучение родителей методикам взаимодействия с ребенком.
2. Повышение родительской компетенции в области психолого-педагогической помощи детям.
3. Формирование доверительных взаимоотношений между специалистами и семьей.
4. Организация своевременной диагностики и разработки индивидуальных коррекционных маршрутов для каждого ребенка.

Основные направления технологий работы с родителями представлены следующим образом.

Информационно-просветительная деятельность. Для повышения информированности и поддержки родителей было организовано сообщество в со-

циальной сети «ВКонтакте». Это пространство стало важной площадкой, где родители получают доступ к разнообразному спектру образовательных ресурсов и материалов, направленных на улучшение понимания особенностей развития их детей и овладение эффективными методами ухода и воспитания. В сообществе регулярно проводятся видео консультации с участием опытных специалистов разных профилей: педиатров, неврологов, дефектологов, психологов и др. Эти мероприятия позволяют родителям получать квалифицированные советы и рекомендации по актуальным вопросам, связанным с развитием, здоровьем и поведением их детей. Создана библиотека специальной литературы, содержащая полезные публикации, методички и пособия. Также специально разработан ряд иллюстрированных буклетов, содержащих пошаговые инструкции по выполнению упражнений, проведению занятий и уходу за малышами. Буклеты распространяются среди участников сообщества и предоставляются в электронном виде для удобного изучения и использования в повседневной практике.

Психологическая помощь семье. Психологическое сопровождение осуществляется психологами, работающими с семьями индивидуально и в группах. Оно направлено на оказание психологической поддержки родителям, переживающим стрессовые ситуации, связанные с особенностями своего ребенка. Проводятся консультации, тренинги и группы взаимопомощи, позволяющие участникам обмениваться опытом и поддерживать друг друга эмоционально.

Обучение родителей. Одним из приоритетных направлений деятельности выездной службы «Домашний консультант» является целенаправленная подготовка родителей к самостоятельной работе с детьми. Мы понимаем, насколько важна роль взрослого окружения в формировании способностей и личностных качеств ребенка. Именно поэтому мы разработали специальную программу, направленную на обучение родителей современным методикам, позволяющим грамотно организовать занятия и упражнения с ребёнком, учитывая индивидуальные особенности его развития.

Формы работы с родителями:

- очные выездные обучающие консультации;
- коучинговые и обучающие сессии для родителей;
- дистанционные консультации;
- тренинги для родителей;
- детско-родительские групповые занятия.

Все они имеют различные задачи и структуру проведения, но направлены на достижение единой цели – реализация функциональных целей раннего вмешательства, а также на создание условий для полноценного включения семьи в процесс реабилитации и социализации ребенка. В проведении обучающих консультаций участвуют различные специалисты: врач-невролог, врач-психиатр, педиатр, психологи, дефектологи и другие члены команды, которые выезжают в отдалённые населённые пункты Волгоградской области. Данный вид работы проводится в следующих формах:

1. Индивидуальные и групповые встречи, где обсуждаются конкретные проблемы семьи и пути их решения.

2. Практические мастер-классы, на которых специалисты демонстрируют, как применять разработанные программы на практике, используя игровые методики и упражнения.

Ведущие специалисты обеспечивают постоянную поддержку родителей в процессе реализации программ, предоставляя возможность задать вопросы и получить рекомендации.

При организации **коучинговых и обучающих сессий для родителей** воспитывающих детей с ОВЗ, необходимо учитывать ряд трудностей, которые могут возникнуть в ходе работы.

1. Отсутствие поддержки со стороны всех членов семьи. Возникают большие барьеры в реализации программ раннего вмешательства, если маму не поддерживают остальные члены семьи.

2. Большинству родителей трудно соблюдать режим дня ребёнка с ОВЗ. Часто ориентируются на желания ребёнка (так им проще, нет требований к ребёнку – нет криков). Таким образом, руководящий контроль устанавливает сам малыш над мамой и папой, и чтобы родители могли чему-то научить малыша необходимо много перестраивать в режиме всей семьи. В связи с этим, при разработке и реализации программы необходимо учитывать следующие особенности: устанавливать сроки обучения ребёнка тем или иным навыкам, необходимо, исходя из возможности данной семьи; сроки должны быть согласованы с родителями; родители должны взять на себя ответственность за успешность обучения своего ребёнка.

3. Отсутствие системы занятий. Родители часто ищут причины, почему сегодня не получилось позаниматься с ребёнком (у него сегодня не было настроения, к нам приехали гости, сегодня ночью плохо спал и т.д.).

4. Если что-то не получается (ребёнок плачет, не хочет выполнять требования), то просто перестают заниматься, снижают уровень требования как к малышу, так и к себе. Иногда у родителей появляются сомнения в эффективности программ.

5. Часто не выдерживают поэтапность выполнения предложенной программы или не соблюдаются временные интервалы (при обучении самостоятельности ребёнка тем или иным навыкам самообслуживания не могут выдержать время – сами оденут, разденут; если ребёнок проливает или просыпает пищу, то сами накормят и т. д.).

И конечно специалисты должны принимать во внимание, что у каждого родителя есть свои индивидуальные особенности и реализовывать программу, составленную специалистами, родитель будет по-своему. Это важно учитывать при дальнейшей работе с родителями во время коучинговых сессий. Профессиональная поддержка специалистов помогает справляться с трудностями, снижает

риск возникновения депрессивных состояний и улучшает качество жизни всей семьи.

На коучинговых сессиях мы в процессе интерактивного общения, дискуссий стараемся построить беседу таким образом, чтобы родитель сам находил пути решения возникающих трудностей при формировании у их детей различных навыков. На этом этапе мы не даём советов и рекомендаций, только можем задавать вопросы, которые подталкивают родителей к самостоятельному поиску резервов решения этих задач.

Цели коучинговых сессий следующие. **Помощь в понимании уникальных потребностей ребёнка.** Родители учатся понимать, что их ребёнок – индивидуальность, имеет право на ошибки и собственные желания и интересы.

Развитие навыков продуктивного общения. Родители учатся правильно реагировать на проблемы и достижения ребёнка, помогать преодолевать трудности ребёнку и радоваться его успехам. **Решение поведенческих проблем.** Педагоги предлагают индивидуальные стратегии и модели решения поведенческих проблем ребёнка. **Создание гармоничной семейной среды.** На поведение ребёнка влияют факторы, как внутренней среды (хорошее настроение, самочувствие), как и внешней среды – это благоприятный психологический климат в семье, заботливая, добрая и уравновешенная мама и отец, готовый прийти на помощь, как ребёнку, так и супруге. Таким образом, родители учатся создавать позитивную и благоприятную среду для своих детей.

Коуч-сессия может проходить в следующих формах: очная беседа, по телефону, посредством видеозвонка и переписки.

Правила взаимодействия специалиста и родителя подразумевают следующее:

1. Установление четких границ и ролей. С самого начала необходимо установить четкие границы и роли между специалистом, ребенком и родителями. Это

включает в себя определение сферы полномочий, процесса коучинга и степени участия родителей.

2. *Активное слушание и сострадание.* Прислушивайтесь к перспективам и опасениям всех членов семьи, проявляя сочувствие к их чувствам и переживаниям.

3. *Установление доверия,* используйте фразы для эмоциональной подстройки. Например: «Я понимаю, насколько это важно для вас», «Я тоже чувствовала нечто подобное, мне это знакомо». Такие фразы укрепляют доверие, снижают напряжение и открывают путь для более глубокой связи.

4. *Установление целей,* основанных на ценностях семьи. Необходимо помочь семье определить и установить цели, соответствующие не только их желаниям, но и возможностям.

5. *Расширение прав и возможностей* семьи и стимулирование к самостоятельности. Необходимо способствовать расширению возможности семьи принимать решения и брать на себя ответственность за свои действия, воспитывая независимость и уверенность в себе.

6. *Необходимо отмечать даже маленький прогресс и усилия.* Родители должны научиться видеть даже незначительные изменения в усилиях ребёнка, а не только его достижения. Важно отметить, что специалист также должен отмечать и успехи родителей.

Таким образом, специалист, использующий стратегии коучинга, помогает родителям искать идеи относительно того, как они могли бы помочь своему ребёнку овладеть новыми навыками, а также помогает практиковать новые навыки, обеспечивает родителей качественной обратной связью в процессе обучения, обсуждает с ними полученные результаты. Коучинговые сессии для родителей – это важный элемент в системе ранней помощи, который способствует созданию

благоприятной образовательной среды, возникновению родительской ответственности за развитие ребёнка, понимаю, что поиск «волшебной таблетки» не всегда может решить вопросы со здоровьем малыша.

Дистанционные консультации являются одной из самых удобных форм работы с семьёй, и не только для тех семей, которые живут в удалённых районах Волгоградской обл. Такая форма работы обеспечивает доступ к поддержке специалистов, не выходя из дома. Консультацию можно получить от различных специалистов как педагогического профиля, так и медицинского.

Ожидаемые результаты внедрения технологий работы с родителями

Реализация указанных мероприятий позволит значительно повысить уровень осведомленности родителей о возможностях оказания специализированной помощи своему ребенку, снизить риски вторичных нарушений развития и способствовать успешной интеграции ребенка в общество.

Таким образом, внедрение новых технологий работы с родителями в рамках проекта «Выездная служба ранней помощи "Домашний консультант"» создает условия для эффективного решения проблем семей с детьми, имеющими особые потребности. Важно отметить, что успех проекта зависит от тесного сотрудничества всех участников процесса, направленных на достижение общей цели – улучшение качества жизни детей и их семей. Работа с родителями также важна для подготовки ребенка к социальной среде. Освоение базовых социальных навыков и норм поведения закладывается именно в раннем возрасте. Специализированные программы и методики содействуют лучшей подготовке ребенка к дальнейшему школьному обучению и социальной жизни.

Таким образом, ранняя поддержка семей, воспитывающих детей с ОВЗ, имеет огромное значение для успешного развития ребенка, укрепления семейной устойчивости и снижения риска появления серьезных последствий как для самого ребенка, так и для членов его семьи.

Список литературы

1. Лорер В. В. Основы ранней помощи детям и их семьям: методическое пособие / Лорер В. В.; под ред. Г. Н. Пономаренко. СПб.: ФНЦРИ им. Г. А. Альбрехта, 2022. 167 с.
2. Организация предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям: методическое пособие / Владимирова О. Н., Ермолаева Е. Е., Ишутина И. С., Казьмин А. М., Лорер В. В., Мухамедрахимов Р. Ж., Самарина Л. В., Старобина Е. М., Шошмин А. В. / под ред. проф. Пономаренко Г. Н. Санкт-Петербург: ООО ЦИАЦАН, 2019. 72 с.
3. Приказ Минтруда РФ № 344п от 30.05.2025 г.
4. Самарина Л. В. Построение программ раннего вмешательства на основе Международной классификации функционирования, ограничений функционирования жизнедеятельности и здоровья // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. 2015. № 6. С. 49–60.

УДК 370

*Просвинова Ирина Ивановна педагог-психолог, нейропсихолог,
специалист по сенсорной интеграции ГКУ Самарской области
«Центр диагностики и консультирования Самарской области»*

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ СИНТЕЗ В РАННЕЙ ПОМОЩИ: НЕЙРОПСИХОЛОГ И СПЕЦИАЛИСТ ПО СЕНСОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЕ

Аннотация. В статье рассматривается взаимодополняющая роль нейропсихолога и специалиста по сенсорной интеграции в работе междисциплинарной команды при оказании услуг ранней помощи детям и их семьям. Обосновывается необходимость тесного взаимодействия данных специалистов с неврологом, психиатром и педиатром для создания целостной картины развития ребенка и построения эффективного маршрута помощи. Описывается модель сотрудничества, при которой данные сенсорно-интегративной диагностики обогащают нейропсихологический профиль, а врачебные диагнозы наполняются функциональным содержанием. Особое внимание уделяется выработке единого языка и согласованных рекомендаций для родителей.

Ключевые слова: ранняя помощь, междисциплинарная команда, нейропсихолог, сенсорная интеграция, невролог, психиатр, педиатр.

Ранняя помощь в современном понимании – это не совокупность отдельных услуг разных специалистов, а сложноорганизованный процесс, направленный на оказание комплексной профессиональной и эффективной помощи ребенку раннего возраста и его семье. Как специалист со стажем, объединяющий в своей работе нейропсихологический и сенсорно-интегративный подходы, я

убеждена: именно на стыке этих дисциплин рождаются наиболее эффективные стратегии помощи. Однако, их результативность многократно возрастает, когда они встроены в слаженную систему взаимодействия с другими специалистами.

В настоящее время наш Центр успешно реализует проект «Выездная служба ранней помощи «Домашний консультант», став победителем грантового конкурса Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (г. Москва). Основой проекта является междисциплинарная модель оказания помощи семье, воспитывающей ребенка раннего возраста, которая объединяет усилия ключевых специалистов: специалистов ранней помощи, а также специалистов психологического, педагогического и медицинского профиля.

На данный момент на сопровождении в рамках проекта находятся 11 семей, воспитывающих 12 детей раннего возраста, среди них 6 детей имеют статус «ребенок-инвалид», в том числе 2 ребенка с паллиативным статусом; 6 детей имеют стойкие нарушения жизнедеятельности или риски их возникновения.

Во все семьи осуществляются выезды мобильной бригады специалистов с периодичностью 1 раз в неделю, в ходе которых проходят занятия через обучение родителей и организовано развивающее пространство в повседневных естественных жизненных ситуациях. Работа с семьями полностью выстроена на принципах междисциплинарного взаимодействия специалистов всех профилей. В этой статье мне хотелось бы более подробно раскрыть основные аспекты взаимодействия нейропсихолога и специалиста по сенсорной интеграции с врачами: педиатром, неврологом и психиатром.

От диагноза к функциональному профилю: роль врачей.

Каждый член команды вносит свой уникальный вклад в общую работу с семьей.

1. Врач-педиатр является первым звеном. Он собирает анамнез, оценивает соматическое здоровье, психомоторное развитие, выявляет противопоказания и

определяет ресурсы организма ребенка. Его данные – основа для определения допустимых физических и эмоциональных нагрузок.

2. Врач-невролог проводит диагностику, устанавливая, имеются ли нарушения ЦНС, определяя неврологический статус. В его компетенции – назначение терапии (как лекарственной, так и иной), а итоговое заключение является навигатором по основным зонам дисфункции.

3. Врач-психиатр выполняет дифференциальную диагностику нервно-психического развития, определяя статус ребенка (например, при расстройствах аутистического спектра или синдроме дефицита внимания и гиперактивности). Учитываются особенности развития, зоны актуального и ближайшего роста, повседневное функционирование. После оценки эмоциональной сферы и поведения назначается корректирующая терапия.

Задача нейропсихолога/специалиста по сенсорной интеграции:

- перевести язык медицинских диагнозов на язык функциональных возможностей и дефицитов;

- ответить на вопрос: «Как именно тот или иной медицинский диагноз проявляется в повседневной жизни ребенка?»

Нейропсихология и сенсорная интеграция имеют общую нейробиологическую основу и взаимодополняют друг друга. На практике эти две роли в нашем Центре выполняются одним специалистом, что обеспечивает целостный подход к развитию ребенка:

- Нейропсихологический профиль, основываясь на теории трех функциональных блоков мозга А. Р. Лурии, раскрывает организацию высших психических функций (речи, памяти, произвольной регуляции) и отвечает на вопрос «КАК» они устроены.

- Диагностика сенсорной интеграции выявляет базовые телесные причины нарушений, отвечая на вопрос «ПОЧЕМУ?» через оценку процессов сенсорной обработки.

Попробуем рассмотреть междисциплинарное взаимодействие специалистов на конкретном, самом простом примере:

- заключение врача-невролога: «диагностированы последствия перинатального поражения ЦНС, синдром мышечной дистонии»;
- заключение нейропсихолога/специалиста по сенсорной интеграции: «выявленный дефицит (низкий тонус, истощаемость, слабость планирования движений) первично связан с нарушением базовой чувствительности – выраженной недостаточностью вестибулярной системы и проприоцепции».

Междисциплинарная команда ставит перед собой задачу достичь двух ключевых целей. Первая – улучшить питание нервной системы с помощью медикаментозных средств, назначаемых врачом-неврологом. Вторая – стимуляция вестибулярного и проприоцептивного аппарата (с использованием качелей, прыжков и упражнений на сопротивление) для активации энергетического потенциала и нормализации телесного восприятия. Это комплексное воздействие формирует фундамент для развития произвольного внимания и контроля над действиями.

Выработка единой стратегии и поддержка семьи. Родитель ребенка с особенностями развития и/или поведения часто оказывается в центре противоречивых рекомендаций. Задача междисциплинарной команды – говорить между собой и с родителями на одном языке.

1. Согласованное заключение. После консилиума формируется единый документ, где медицинский диагноз интерпретируется через нейропсихологический и сенсорный профили, и даются согласованные рекомендации для всех специалистов и семьи.

2. Единый подход. Мы вместе объясняем родителям, что гиперактивное поведение коренится не в плохом характере, а в потребности мозга компенсировать дефицит сенсорных впечатлений, и что прием лекарств по назначению врача-невролога делает процесс сенсорной интеграции более продуктивным.

3. Интегрированная «программа дня». Фундамент развития ребенка создают врачи, выполняющие роль *архитекторов*: педиатр определяет режим сна и питания, а невролог – схему приема лекарств. На этом основании *конструкторы* – нейропсихолог, педагоги и специалист по ранней помощи – выстраивают развивающую среду, наполняют занятия и ежедневное общение смыслом, интегрируя все аспекты жизни ребенка в целостный маршрут развития.

Ранняя помощь – это инвестиция в будущее. Инвестиция не просто в конкретного ребенка, а в будущее всего общества. Роль нейропсихолога и сенсорного интегратора в этой системе – быть теми специалистами, которые смотрят в «корень», на базовые, фундаментальные законы работы мозга. Их задача – создавать связь клинических заключений с образовательной практикой, выполняя роль своеобразного «моста» между медицинским диагнозом и педагогическим процессом. Занимаясь расшифровкой нейрофизиологических особенностей, проявляющихся в поведении и развитии ребенка, они помогают особому детскому уму полностью реализовать свои возможности, научиться компенсаторным механизмам и сформировать собственную, уникальную, но эффективную стратегию становления личности.

Список литературы

1. Айрес Э. Д. Ребенок и сенсорная интеграция. М.: Теревинф, 2018.
2. Лорер В. В. Ранняя помощь детям и их семьям: методическое пособие. Санкт-Петербург, 2025.
3. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2020.
4. Цыганок А. А., Горбачевская Н. Л. Междисциплинарное взаимодействие в ранней помощи: от теории к практике // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2022. № 5.

УДК 376

*Прядко Наталья Александровна директор, канд. пед. наук, доцент
ГБУ СО «Ставропольский реабилитационный центр для детей
и подростков с ограниченными возможностями здоровья»*

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ГБУСО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ РЦ»

Аннотация. В статье представлен материал о работе отделения ранней помощи. Рассмотрены основные методы и технологии работы.

Ключевые слова: дети раннего возраста, Войта-терапия, билотерапия, тренажер Гросса, фитбол, комплексная реабилитация.

В настоящее время в ГБУСО «Ставропольский РЦ» самым востребованным и актуальным направлением является работа с детьми раннего возраста, которая велась всегда, в 2017 году была создана «Службы ранней помощи», в мае 2021 года открылось отделение ранней помощи. В штате отделения работают специалисты: педиатр, логопед, учитель-дефектолог, педагог-психолог, социальный педагог, педагог дополнительного образования (ИЗО), музыкальный руководитель, заведующий отделением.

Комплексная реабилитация (в том числе детей раннего возраста) в ГБУСО «Ставропольский РЦ» включает в себя технологии коррекции социально-медицинского, социально-психологического и социально-педагогического направления.

Система работы с детьми раннего возраста строиться следующим образом. При записи на реабилитацию родители предоставляют медицинские документы, раскрывающие физическое и психологическое состояние ребенка в рамках шифров заболеваний. Дети раннего возраста, проходящие реабилитацию в Центре,

имеют последствия перинатального поражения ЦНС в виде: синдрома двигательных нарушений, ДЦП, ЗППР, нейросенсорной тугоухости, частичной атрофии дисков зрительных нервов, генетических заболеваний. После изучения предоставленных документов на медико-психолого-педагогическом консилиуме учреждения определяются технологии реабилитации и коррекции каждого направления. Выбранные технологии опираются на личностно ориентированный подход к ребенку, раннее выявление и коррекцию отклонений в развитии; учитывают индивидуальные потребности каждого ребенка, его возможности и ведущую деятельность раннего возраста, активное включение семьи в процесс коррекционно-развивающей работы.

Наиболее эффективными методами и технологиями в реабилитации детей раннего возраста являются: билотерапии, методика Монтессори, метод кондуктивной педагогики, использование заднеопорного вертикализатора, сочетание футбола и тренажера «Гросса», применение методов кинезиотейпирования.

Наиболее эффективные технологии, используемых в работе с детьми раннего возраста – футбол в сочетании с тренажером Гросса, который применяется инструкторами по физической культуре и позволяет уменьшить мышечный тонус, улучшить подвижность позвоночника, укрепить мышцы, сформировать навык опоры на руки и правильной установки стоп, нормализовать эмоциональное состояние, сформировать первоначальные предпосылки симметричной работы верхних и нижних конечностей и сформировать навык ходьбы у ребенка раннего возраста с ОВЗ.

Другим интересным направлением работы с детьми раннего возраста является Войта-терапия – терапевтическая методика, направленная на восстановление и формирование моторных функций. Войта-терапия направлена на формирование правильного двигательного стереотипа путем выработки простых комплексов движения и подавления патологической гиперрефлексии при помощи

рефлексоподобных реакций. Для достижения положительного эффекта требуется регулярное применение метода, частое повторение упражнений на протяжении длительного времени: ежедневно, не менее года, по 3–4 раза в день, от 5 до 20 минут.

В центре курс Войта-терапии, включающий 10 занятий, проводится в комплексе с массажем, ЛФК, физиотерапией, психолого-педагогической коррекцией в курсе реабилитации для каждого ребенка.

В процессе курса реабилитации используем безмедикаментозный метод Билотерапии. Благодаря появлению в Центре плоских колоколов, настроенных на биоэффективные частоты, у специалистов при работе с особенными детьми появились новые возможности для оказания эффективной комплексной медико-психолого-педагогической помощи.

Специалисты ГБУСО «Ставропольский РЦ» проводят занятия с детьми раннего возраста по билотерапии. Перед началом занятия, в зависимости от поставленных задач, индивидуально подбирается вид сеанса Билотерапии, наиболее оптимальное положение тела (стоя, сидя или лёжа), тип инструмента, а также амплитуда и продолжительность его воздействия. Специалисты заметили положительное влияние Билотерапии на эмоциональное состояние детей раннего возраста. Мягкие звуки плоских колоколов, настроенных на биоэффективные частоты, наполняют пространство кабинета удивительной благостью, тихой радостью и покоем. При первых звуках колоколов дети раннего возраста начинают прислушиваться, отвлекаться от своих переживаний и успокаиваться. Часто в конце сеанса они засыпают на руках своих мам. Со слов родителей, стабильное эмоциональное состояние сохраняется у маленьких детей в течение дня, улучшается качество и продолжительность ночного сна.

В курсе реабилитационных мероприятий принимают участие логопеды, дефектологи, педагоги-психологи, музыкальный руководитель, социальный пе-

дагог. Логопеды ГБУСО «Ставропольский РЦ» в работе с детьми раннего возраста с ОВЗ, опираются на систему коррекционной работы, предложенную профессором Архиповой Е. Ф.

Учителя-дефектологи проводят игры по развитию зрительного восприятия с детьми раннего возраста с ППЦНС и ДЦП, используя различные материалы (цветная бумага, краски, карандаши, пластилин, тесто, кинетический песок, шелковые ленты, разноцветные прищепки и т.д.). В процессе обучения используются игрушки и проводятся дидактические игры.

Педагоги уделяют большое внимание развитию игровой деятельности детей раннего возраста с ОВЗ. Для установления эмоционального и тактильного контакта педагоги организуют игры на руках, на коленях, игры с объятиями. Потешки, стихи, имитационные движения, стимулирует положительные эмоции и активизируют речь детей. Эти игры способствуют поддержанию доверительных отношений со взрослым и побуждают детей к проявлению инициативы. Игры для каждого ребенка подбираются индивидуально в соответствии с возможностями.

Социальные педагоги в ГБУСО «Ставропольский РЦ» при педагогической коррекции формируют у детей раннего возраста с ОВЗ такие навыки, как подражание, воспроизведение, умение смотреть и слушать, сравнивать, различать, сопоставлять и др. Все эти навыки, социальные педагоги формируют в игре, как важнейшем средстве социализации и познания ребенком окружающего мира.

Важным условием для проведения занятий с детьми в раннем возрасте является присутствие родителей, сотрудничество с ними позволяет быстрее отследить динамику и выявить те ключевые моменты, которые мотивируют ребенка, побуждают к действию. Ребёнок чувствует себя в зоне комфорта находясь рядом с родным человеком, пропадает чувство тревожности и страх перед неизвестностью.

Педагоги-психологи ГБУСО «Ставропольский РЦ» на коррекционных занятиях с детьми раннего возраста проводят игры по сенсомоторному развитию, которые включаются в сюжет занятия. На цикл занятий педагог берет ограниченное количество сенсомоторных игр, исходя из потенциальных возможностей каждого ребенка. И на каждом занятии отрабатывает с ребенком умения играть в эти игры. К сенсомоторным играм относятся: игры со стихотворными текстами, подвижные игры, танцы.

После проведения серии занятий с использованием сенсомоторных игр педагоги отмечают улучшение эмоционального состояния, поведения, общения детей раннего возраста с ОВЗ – радость, восторг, согласие повторить игру, самостоятельное инициирование понравившейся игры, формирование игрового взаимодействия партнеров, соблюдение последовательности и правил игры, развитие навыков общения (вербальных и невербальных).

В ГБУСО «Ставропольский РЦ» педагоги дополнительного образования на занятиях по изобразительной деятельности вовлекают ребенка в продуктивную деятельность через разнообразие и вариативность работы. После проведения занятий по изобразительной деятельности с детьми раннего возраста с ОВЗ появляется интерес, желание самостоятельно заниматься творчеством, улучшается эмоциональный фон, внимание и усидчивость, развивается правое полушарие, отвечающее за эмоции, творческую деятельность. Дети раннего возраста начинают проявлять интерес к окружающему миру, учатся замечать «красивое», подмечать характерные признаки предметов, формируется чувство пространства, цвета, формы.

В конце каждого реабилитационного цикла педагоги дают родителям письменные рекомендации по закреплению сформированных умений в домашних условиях, что в дальнейшем приводит к положительным результатам: дети начинают правильно называть сначала один цвет, а затем и остальные.

В результате проведенных реабилитационных мероприятий у детей раннего возраста снижается патологический мышечный тонус, увеличивается объем движений в суставах конечностей, укрепляются мышцы тела, улучшается координация движений, восстанавливается статикодинамический баланс, улучшается позотонический контроль по удерживанию позы, активизируются навыки передвижения, происходят позитивные изменения психического состояния, снижается уровень тревожности, формируются навыки самообслуживания, появляются сенсорные эталоны.

У родителей формируются представления о приемах восстановления (коррекции) двигательных, психических, речевых функций у детей раннего возраста с ОВЗ.

Работа по направлению ранняя помощь детям с ограниченными возможностями здоровья и угрозой инвалидизации будет продолжаться.

Список литературы

1. Алехина С. В., Фальковская Л. П. Межведомственное взаимодействие как механизм развития психологической службы в образовании // Психолого-педагогические исследования. 2017 Т. 9. № 3. С. 116–128.
2. Архипова Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа с детьми первых трех лет жизни: монография. М.: МГОПУ им. М. А. Шолохова РИЦ, 2004. 215 с.
3. Архипова Е. Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни ребенка. М.: Мозаика-синтез, 2012. 156 с.
4. Баенская Е. Р., Выродова И. А., Разенкова Ю. А. Научитесь общаться смладенцем. М.: Просвещение, 2008. 118 с.
5. Басилова Т. А., Александрова Н. А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей. М.: Просвещение, 2008. 111 с.

УДК 376

Рахманина Ирина Николаевна канд. психол. наук, доцент,
заместитель директора по научно-методической работе,
Ковалева Ирина Викторовна заведующий службой ранней помощи,
Инкина Южанна Михайловна канд. пед. наук,
и.о. заведующей ресурсного методического центра,
Франтасова Екатерина Петровна директор
ГАУ АО «НПЦРД «Коррекция и развитие»

**ВЫЕЗДНАЯ СЛУЖБА «ДОМАШНИЙ КОНСУЛЬТАНТ»
КАК СОЦИАЛЬНЫЙ СЕРВИС, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ
ДОСТУПНОСТЬ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПРОЖИВАЮЩИМ
В ОТДАЛЁННЫХ РАЙОНАХ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Аннотация. В статье отражен опыт создания Выездной службы «Домашний консультант» в ГАУАО «НПЦРД «Коррекция и развитие», деятельность которой направлена на обеспечение доступности ранней помощи детям, проживающим в отдаленных районах Астраханской области.

Ключевые слова: проект, Домашний консультант, ранняя помощь, дети-инвалиды, семья.

Рост числа детей с инвалидностью – общероссийская тенденция, и Астраханская область не исключение. Если в 2021 году в регионе насчитывалось 4112 детей-инвалидов, то к началу 2025 года их число достигло 4394. В этих условиях особенно актуальной становится система ранней помощи – комплекс услуг, направленных на профилактику инвалидности и минимизацию отклонений в развитии у детей от рождения до трех лет.

Ответом на этот запрос стал инновационный проект «Домашний консультант», реализуемый Научно-практическим центром реабилитации детей «Коррекция и развитие» при поддержке Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. В 2024 году проект успешно прошел конкурсный отбор, заняв первое место в рейтинге, и получил финансовую поддержку на 2024–2025 годы.

Главная цель проекта – обеспечить доступность квалифицированной ранней помощи семьям, проживающим в отдаленных районах Астраханской области. Многие из них сталкиваются с серьезными трудностями при необходимости регулярно посещать реабилитационные центры: это и финансовые затраты, и потеря времени. «Домашний консультант» решает эту проблему, действуя по принципу «услуга приходит к семье».

В зоне охвата проекта – не только Астрахань, но и город Камызяк, село Икряное, поселок Лиман. Именно здесь выездная служба оказывает поддержку детям, включая тех, кто имеет инвалидность или ограниченные возможности здоровья, а также их родителям.

Деятельность «Домашнего консультанта» строится на нескольких ключевых направлениях:

1. Выездные услуги на дому. Специалисты мультидисциплинарной команды (врач-терапевт, невролог, педагог-психолог, учитель-дефектолог, специалист по социальной работе) проводят первичный консилиум, помогают создать коррекционно-развивающее пространство прямо дома и разрабатывают индивидуальную программу реабилитации.

2. Повышение родительской компетентности. Для этого создана Региональная интерактивная школа «Семья», где проходят мастер-классы, онлайн-лекции и тематические беседы. Родители учатся эффективным стратегиям развития и воспитания ребенка, осваивают навыки развивающего ухода.

3. **Дистанционное сопровождение.** После выездных визитов поддержка не прекращается. Работают такие сервисы, как Семейная приемная, коучинг для родителей и Виртуальный микрореабилитационный центр. Консультации проходят через онлайн-платформы, включая WhatsApp и Skype, что обеспечивает связь со специалистом в любое время.

4. **Доступ к ресурсам.** Родители могут воспользоваться пунктом социального проката «Магазин профессиональных советов», где доступно реабилитационное и игровое оборудование для использования в домашних условиях.

Проект «Домашний консультант» – это новый формат оказания помощи. Эффективное взаимодействие специалистов и родителей способствует тому, что семья становится микрореабилитационной средой, где удовлетворяются потребности ребенка и семьи, создаётся адаптивная развивающая среда. Именно в этом заключается философия проекта: не просто предоставить разовые услуги, а научить и мотивировать семью, превратив ее в главный ресурс для развития ребенка. Специалисты выступают в роли наставников, которые дают родителям инструменты и уверенность в своих силах.

На текущий момент услугами «Домашнего консультанта» уже воспользовались 160 семей из Астрахани и трех районов области. До конца 2025 года планируется сохранить этот охват и отработать модель службы для ее возможного дальнейшего масштабирования.

Проект «Домашний консультант» на практике доказывает, что даже в условиях большого региона с удаленными населенными пунктами можно выстроить эффективную и доступную систему поддержки для самых юных и уязвимых граждан.

Список литературы

1. Инкина Ю. М., Ковалева И. В. Социальное сопровождение семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, в рамках деятельности службы ранней помощи «Домашний консультант» // Актуальные проблемы нейросенсомоторного развития детей: семейные и средовые поддерживающие факторы : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участ. (Астрахань, 9–10 сентября 2024 г.). Чебоксары: Среда, 2024. 160 с.

2. Сязина Н. Ю., Овсянникова Т. Ю., Рахманина И. Н., Франтасова Е. П. Опыт реализации социально-психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ, в рамках домашнего микрореабилитационного центра // Микрореабилитационный центр – новый формат оказания поддержки семьям, воспитывающим детей с различными особенностями развития [Электронный ресурс]: сборник статей Всероссийской научно-практической конференции (г. Астрахань, 28–29 сентября 2022 г.) / составители: И. Н. Рахманина, М. А. Голинько, Н. Ю. Сязина. Астрахань: Астраханский государственный университет имени В. Н. Татищева, 2022. 198 с. 1 CD-ROM. Систем. требования: AdobeReader. Загл. с титул. экрана. Текст: электронный.

УДК 376

*Роткина Светлана Владимировна директор
ГКУ СО «Чапаевский РЦДиПОВ «Надежда»*

ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ В ОТДАЛЁННЫХ СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ ПОСРЕДСТВОМ ДОМАШНЕГО МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Аннотация. Статья рассматривает организацию домашних микро-реабилитационных центров для поддержки семей с детьми-инвалидами в отдаленных сельских территориях. Анализируется эффективность данных центров в оказании ранней помощи.

Ключевые слова: домашний микрореабилитационный центр, ранняя помощь, дети-инвалиды, отдалённые территории, реабилитация, доступность.

Ранняя помощь детям-инвалидам играет важную роль в улучшении качества их жизни и адаптации к окружающей среде. Однако семьи, проживающие в отдалённых сельских районах, часто сталкиваются с трудностями в доступе к специализированным услугам. Создание домашних микро реабилитационных центров становится эффективным решением проблемы доступности реабилитационной помощи.

По состоянию на январь 2023 г., в Самарской области проживает около 12 674 детей-инвалидов (5,8 % от общего числа инвалидов). Ежегодный прирост составляет 2,5–3 %. Среди детей раннего возраста распространены психические нарушения ($\frac{1}{3}$), болезни нервной системы (21,4 %), генетические аномалии

(16,7 %). Эти цифры подчёркивают острую потребность в расширении мер поддержки семьям, важность профилактического мониторинга и раннего выявления нарушений.

Основная проблема, с которой сталкиваются семьи в отдалённых сельских районах, – это ограниченный доступ к качественным медицинским, социальным и образовательным услугам. Регулярное преодоление больших расстояний для посещения специализированных учреждений создает значительную физическую и экономическую нагрузку на семьи, ухудшая качество жизни ребенка.

Организация домашних микро-реабилитационных центров является перспективным направлением в обеспечении доступной ранней помощи детям-инвалидам, проживающим в труднодоступных регионах. Данный подход способствует повышению уровня инклюзивности, снижению социального неравенства и созданию условий для полноценного развития и социализации детей с особыми потребностями.

Эти факторы обусловили необходимость разработки инновационных подходов к обслуживанию таких семей, одним из которых стало создание домашнего микро-реабилитационного центра на базе ГКУ СО «Чапаевский РЦДиПОВ «Надежда». Социально-значимая технология была внедрена в 2023 году в рамках конкурсного проекта «Территория добра», реализуемого совместно с Благотворительным фондом поддержки детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Домашний микро-реабилитационный центр представляет собой эффективную стационар замещающую технологию и включает в себя структурно взаимосвязанные компоненты, которые взаимодополняют друг друга и обеспечивают непрерывность комплексной реабилитации детей с тяжелыми множественными нарушениями развития в комфортных домашних условиях.

Организация домашних микро-реабилитационных центров является инновационным и эффективным способом предоставления ранней помощи семьям с

детьми-инвалидами, проживающими в отдалённых сельских районах. Этот подход демонстрирует значительный потенциал для улучшения качества жизни детей и их родственников, облегчая повседневные заботы и обеспечивая необходимую медицинскую и социальную поддержку.

Такой подход обладает несколькими ключевыми преимуществами:

- индивидуализация помощи: программы адаптируются под уникальные потребности каждого ребёнка, учитывая его физическое и когнитивное состояние;
- повышенная комфортность: ребёнок получает поддержку в знакомой и безопасной домашней обстановке, что снижает стресс и повышает эффективность терапии;
- экономия времени и ресурсов: исключаются длительные переезды и ожидания приёма у специалистов.
- укрепление внутрисемейных связей: родители активно участвуют в процессе реабилитации, приобретая ценные навыки ухода и поддержки своего ребёнка.

В рамках проекта была создана выездная реабилитационная бригада «СТРИЖ» (социально толерантная реабилитация инвалидов в жизни), в которую вошли специалисты разного профиля.

На каждого ребенка были разработаны краткосрочные индивидуальные комплексные программы реабилитации. Основная роль в реализации программ отводилась семье, как важному ресурсу, необходимому ребенку для восстановления утраченных функций и раскрытия реабилитационного потенциала.

В рамках инфраструктурного проекта в ГКУ СО «Чапаевский РЦДиПОВ «Надежда» было закуплено современное реабилитационное оборудование, технические и вспомогательные средства реабилитации. За период реализации проекта успешно внедрены социальные сервисы «Пункт выдачи ТСР» и «Лекотека».

Открытие виртуального реабилитационного кабинета на базе учреждения позволило расширить спектр услуг и организовать предоставление консультационных услуг семьям в дистанционном формате.

За период с июля 2023 года по 2024 года специалистами выездной реабилитационной бригады обслужено 64 семьи, воспитывающих 68 детей-инвалидов с тяжелыми формами заболеваний, в том числе 10 детей-инвалидов раннего возраста, проживающих в шести отдаленных районах сельской местности Юго-Западного округа Самарской области.

Опыт внедрения домашних микроцентров в ряде районов Юго-Западного округа Самарской области продемонстрировал заметные улучшения в состоянии детей и качестве жизни их семей:

- у 87 % детей с двигательными нарушениями наблюдается прогресс в физической мобильности и координации движений;
- более 90 % детей демонстрируют повышение концентрации внимания и способности к обучению;
- в 98 % случаев существенно возросли родительская вовлечённость и уверенность в уходе за ребёнком, повысился уровень просветительской культуры;
- среди 98 % матерей снизился уровень стресса и тревоги благодаря регулярной профессиональной поддержке.

Таким образом, домашняя реабилитационная среда доказала свою эффективность в достижении положительных результатов.

Межведомственное взаимодействие является необходимым условием эффективного комплексного сопровождения семей с детьми-инвалидами. Только объединяя усилия различных министерств, ведомств и общественных организаций возможно создать действительно эффективную систему поддержки, учитывающую индивидуальные потребности каждой семьи.

Для обеспечения этих условий реабилитационным центром был подписан договор о межведомственном взаимодействии по комплексному сопровождению семей, воспитывающих детей-инвалидов, в том числе детей раннего возраста, в рамках которого создан Общественный совет и межведомственная рабочая группа, в состав которой вошли специалисты учреждений образования, здравоохранения, социальной защиты населения Юго-Западного округа Самарской области.

Технология Домашний микрореабилитационный центр «Территория добра» стала частью социального проекта «Круг заботы», который реализуется в Самарской области и направлен на комплексное социальное сопровождение семей, в которых воспитываются дети-инвалиды. Идея проекта – закрепить «социального агента», который берёт семью с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья на сопровождение и подбирает маршрут помощи, отталкиваясь от конкретных нужд получателя.

Таким образом, организация домашнего микрореабилитационного центра доказала свою востребованность и эффективность в практике Самарской области, способствуя повышению доступности и качества ранней помощи для детей-инвалидов и их семей, проживающих в отдаленных, труднодоступных районах сельской местности. Расширение масштабов внедрения позволит сделать такую помощь доступной большему числу нуждающихся семей.

В ближайшей перспективе в Самарской области планируется дальнейшее развитие и масштабирование подобной практики путём разработки региональных программ поддержки, подготовки специалистов соответствующего профиля и расширения материально-технических ресурсов.

Список литературы

1. Битова А. Л., Бояршинова О. С. Развивающий уход за детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития: информационно-методический сборник для специалистов. М.: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2017. 114 с.
2. Лорер В. В. Ранняя помощь детям и их семьям: учебно-методическое пособие / Е. С. Сологубова, А. С. Петрова, С. В. Малькова; под редакцией Г. Н. Понамаренко. Санкт-Петербург, 2025. 110 с.
3. Лысенко А. Е., Казунина И. И. Инновационная технология комплексной реабилитации детей-инвалидов в условиях семьи «Домашний микрореабилитационный центр»: учебно-методическое пособие. М.: АНО «Национальный центр проблем инвалидности», 2014. 105 с.
4. Петрова Ю. И. Эффективность домашней реабилитации детей-инвалидов в сельской местности // Инклюзивное образование. 2024. № 2. 80 с.
5. Шац И. К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. СПб.: Речь, 2010. 192 с.

УДК 376 (072)

Салтанова Людмила Генриевна учитель-логопед ГБУ Самарской области
«Областной Реабилитационный центр для детей и подростков
с ограниченными возможностями», г. Самара

СТИМУЛЯЦИЯ РЕЧЕВОЙ АКТИВНОСТИ В КОРРЕКЦИОННО- ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ РАННЕГО ВОЗРАСТА: ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ

Аннотация. Статья посвящена изучению особенностей формирования коммуникативно-речевого поведения у детей с задержкой речевого развития и влияния игровой деятельности на активизацию вербальной коммуникации.

Ключевые слова: коммуникативные навыки, активизация речевой деятельности, сенсорное восприятие.

Статистические данные о качественном составе детей, посещающих ГБУ СО «ОРЦДиПОВ», свидетельствуют о значительном увеличении количества детей раннего возраста с задержкой речевого развития различного генеза. Ранняя коррекция нарушений речи предусматривает систематическое использование педагогических методик, направленных на активизацию невербального взаимодействия и формирование предпосылок устной коммуникации.

У детей с задержкой речевого развития вследствие нарушения отдельных звеньев или всей речевой системы поэтапное формирование речевых умений и навыков встречает затруднения, которые могут усугубляться дефицитом средств общения, отсутствием условий для накопления речевого опыта. У ребенка с выраженными нарушениями речи, при отсутствии своевременной коррекционно-

логопедической работы может задерживаться ход его интеллектуального развития вследствие недостаточного общения ребенка с окружающим его миром.

Ключевые направления коррекционной работы логопеда включают развитие понимания обращенной речи, стимулирование подражательных реакций, расширение пассивного словаря и повышение мотивации к общению через игровые занятия.

Формирование условно-рефлекторной деятельности, способствующее развитию ассоциативных комплексов нейронных связей, является основой восприятия и речи ребенка. Поэтому успешными оказываются коррекционные занятия, которые включают элементы сенсорного воспитания.

Игры сенсорного типа представляют собой занятия, направленные на формирование у ребенка восприятия окружающего мира посредством органов чувств. Специально созданные зоны оснащены оборудованием и материалами, предназначенными для развития функций разных сенсорных систем ребёнка раннего возраста.

Ребенок с задержкой речевого развития получает шанс воспринять материал не только визуально и аудиально, но и тактильно благодаря взаимодействию с настоящими предметами. Логопед активно помогает ребенку проявлять самостоятельность и стимулирует речь, путем совместных действий, демонстрируя правильный пример поведения.

Коммуникация с ребёнком осуществляется разнообразными способами: помимо вербального взаимодействия используются невербальные средства – взгляд (одобрение, осуждение, направление внимания), выражение лица, жестикуляция, физический контакт. Основная цель такой работы заключается в создании и укреплении доверительного эмоционального взаимодействия между логопедом и ребёнком.

Методика стимуляции речевого общения посредством сенсорного воспитания включает развитие следующих направлений: визуальное восприятие, слуховое восприятие, тактильная чувствительность, комплексное восприятие характеристик объектов с использованием осязания, обоняния, вкуса и оценки веса.

Развитие зрительного восприятия лица и образов является важным этапом подготовки ребёнка к взаимодействию с окружающим миром. Неговорящего малыша важно обучить способности устанавливать визуальный контакт глазами, ведь именно этот навык становится основой дальнейшего успешного сотрудничества и коммуникации.

Упражнение «Посмотри на меня!». Цель упражнения заключается в обучении ребёнка удерживанию взгляда на лице взрослого, развитию внимания и готовности к последующему взаимодействию. Логопед привлекает внимание ребёнка к собственному лицу, выражению эмоций посредством мимики: добрая улыбка, радость, удивление. Это способствует установлению эмоционального контакта, развивает способность распознавать выражения лиц окружающих.

Следующим шагом становится использование простых игрушек (например, мяч, машинка, мягкая игрушка). Ребёнка учат таким простым командам, как: «Покажи игрушку!», «Дай игрушку маме!», «Дай игрушку мне!». Дополнительно полезны занятия с крупными фотографиями близких ребёнку людей (родителей, бабушки и дедушки), демонстрирующими разные эмоции и ситуации: мама улыбается, папа играет, бабушка ласково смотрит. Такие изображения помогают развивать эмоциональную отзывчивость и обогащают представления ребёнка о многообразии человеческих чувств и взаимоотношений.

Таким образом, данные упражнения создают базу для последующего развития речи и социального взаимодействия.

Дети с задержкой речевого развития, зачастую не воспринимают речь взрослых, игнорируют обращение к себе, не следят за интонациями голоса. Для

успешной коррекции проблемы ключевое значение приобретает создание яркого эмоционального контекста занятий, способствующего привлечению внимания ребёнка и формированию интереса к звучащей речи.

Упражнение «Что звучит?». Логопед демонстрирует ребёнку ряд предметов (например, карандаши, стаканы, коробки с мелкими предметами, ёмкости с водой). Демонстрирует, как каждый предмет производит характерный звук: стучит карандашом по стеклу, встряхивает коробку с пуговицами, переливает воду из одной ёмкости в другую. Взрослый озвучивает услышанные ребёнком звуки короткими звукоподражаниями («тук-тук», «буль-буль»). Затем логопед накрывает предметы тканью или ширмой, предлагая малышу угадать источник звука и повторить слово, обозначающее происходящее действие.

Для стимуляции слухового восприятия полезно иметь специальный ящик с различными шумовыми объектами: пищалками, погремушками, музыкальными инструментами (колокольчиками, бубнами).

Эти игровые приемы способствуют развитию активного слушания, повышают интерес детей к различным источникам звука, формируют понимание связи между звуком и предметом, развивая предпосылки для формирования собственной речи.

Развитые тактильные ощущения играют важную роль в формировании речи и общего интеллектуального развития ребенка. Раннее взаимодействие через руки и пальцы стимулирует мозговые процессы, улучшает координацию движений и когнитивные способности.

Упражнения «Почувствуй и скажи!», «Легкое касание», элементы игры-пощекочивания мягким пером пальчиков, ладошек, шеи ребенка. Для повышения концентрации и сосредоточенности на ощущениях игру можно усложнить, попросив ребенка предварительно закрыть глазки.

Такие занятия укрепляют связь сенсорики и речи, улучшают моторику рук, стимулируют воображение и внимательность, помогая ребенку быстрее осваивать вербальные средства общения.

Важно включать в образовательный процесс задания, направленные на улучшение восприятия запаха и вкуса, что помогает детям глубже понимать мир вокруг себя. Упражнение «Определи аромат», «Мир вкусов» и другие позволяют расширить чувственный опыт ребёнка, развить память и повысить уровень осознанности, формируя основу для будущих лингвистических способностей и социальной адаптации.

Использование игровых методов, направленных на совершенствование каналов восприятия, вызывает живой отклик у детей и повышает общую заинтересованность процессом. Активизация всех органов чувств создает прочные ассоциации между восприятием и пониманием смысла происходящих действий, и дети начинают активно использовать свою речь.

Эффективные методы развития речевых навыков у детей с задержкой речи предполагают последовательное включение специализированных упражнений на артикуляционную гимнастику, развитие фонематического слуха, мелкой моторики рук и обучение коммуникативному поведению. Важна также интеграция родителей в процесс коррекции посредством регулярных консультаций специалиста и освоения родителями базовых приёмов домашнего воздействия.

Результатом целенаправленной педагогической деятельности становится постепенное становление начальных элементов словесной экспрессии ребёнка, что создаёт благоприятные условия для дальнейшего полноценного овладения речью.

Список литературы

1. Выготский Л. С. «Проблемы развития психики», Т. 5. М., 1983. С. 4–5.
2. Карелина И. Б. Комплексная абилитация неговорящих детей раннего возраста: монография. Новосибирск, 2017.
3. «Общение и речь: Развитие речи у детей в общении со взрослыми / Под ред. М. И. Лисиной; Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР. М.: Педагогика, 1985. 208 с.
4. Новоселова Л. С. «Дидактические игры и занятия с детьми раннего возраста». Москва: «Просвещение», 1985.
5. Смирнова Е. О., Мещерякова С. Ю. Младенческий возраст: методическое пособие. ФГОС ДО: Русское слово, 2020.
6. Смирнова Е. О., Холмогорова В. М. Социально-коммуникативное развитие детей: методические материалы к программе «Первые шаги»: Мозаичный парк, 2018.

*Сидорова Галина Николаевна педагог-психолог,
Чичаева Дарья Александровна учитель-дефектолог
ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда»*

КОМПЛЕКСНАЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «ДОМАШНИЙ КОНСУЛЬТАНТ»

Аннотация. В работе представлены основные подходы к реализации комплекса междисциплинарных диагностических процедур, описаны основные направления данной работы для семей, воспитывающих детей раннего возраста с нарушениями в развитии.

Ключевые слова: междисциплинарная диагностика, ранний возраст, проект «Домашний консультант».

Одним из главных направлений работы выездной службы ранней помощи проекта «Домашний консультант» является междисциплинарная оценка развития ребенка, факторов окружающей среды, взаимодействия малыша и его семьи.

Диагностическая работа междисциплинарной команды специалистов включает следующие этапы.

1. Предварительный этап. На этом этапе происходит предварительный сбор информации о ребенке. При обращении в службу ранней помощи «Домашний консультант» родителям (законным представителям) предлагается заполнить анкету-знакомство. На основании данных этой анкеты специалисты службы выявляют запрос семьи, анализируют информацию о здоровье и развитии ре-

бенка. Для проведения процедуры первичной оценки формируется междисциплинарная команда, в которую могут входить следующие специалисты: врач-педиатр, врач-невролог, врач-психиатр, педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед.

2. Первичный прием. В процессе первого домашнего визита в семью специалисты психолого-педагогического профиля заполняют бланк первичного приема, наблюдая за взаимодействием членов семьи с ребенком, за выраженностью затруднений активности ребенка по 9 областям жизнедеятельности (доменам) МКФ исходя из запроса родителей:

- Д1 Изучение и применение знаний.
- Д2 Общие задачи и требования.
- Д3 Коммуникация.
- Д4 Мобильность (подвижность).
- Д5 Забота о собственном теле и здоровье (самообслуживание).
- Д6 Бытовая жизнь (помощь по дому).
- Д7 Межличностное взаимодействие.
- Д8 Основные жизненные сферы.
- Д9 Участие в общественной жизни.

Также междисциплинарная команда оценивает факторы окружающей среды, определяя, какие из них выступают фасилитаторами (например, положительный настрой семьи, активное участие членов семьи в развитии малыша, принятие родителями диагноза своего ребенка и его индивидуальных особенностей, оборудованная игровая зона согласно возрастным критериям, прием лекарственных препаратов по назначению врача), а какие являются барьерами (негативные установки семьи, отсутствие поддержки близких родственников и друзей, отказ от специализированной помощи и оборудования, облегчающего повседневную жизнь ребенка) для дальнейшей работы команды с семьей.

Специалисты осуществляют сбор информации от членов семьи и изучение медицинской документации, предоставленной родителями. Врачи заполняют анамнестическую карту, проводя оценку по следующим параметрам:

- соматическое здоровье;
- состояние функций и структур организма и их влияние на развитие ребёнка;
- степень сохранности зрения и слуха на основе имеющихся у родителей медицинских заключений.

По итогам первичного приема команда специалистов определяет нуждаемость семьи в услугах выездной службы ранней помощи «Домашний консультант», знакомит родителей с основными формами работы и её направлениями, согласовывает с ними реализацию предварительного плана дальнейшего вмешательства.

3. Проведение оценочных процедур для дальнейшей разработки индивидуальной программы ранней помощи (ИППР). После проведения первичного приема специалисты междисциплинарной команды собирают консилиум, где обсуждают результаты первого домашнего визита в семью и назначают ведущего и привлеченных специалистов по работе с конкретной семьей. Эти специалисты готовят диагностический пакет методик, исходя из своего профиля работы и составляют план проведения углубленных оценочных процедур, согласовывая его со всеми членами команды и семьей.

Углубленная диагностика проводится для оценивания актуального развития ребенка, выявления имеющихся у него умений и знаний. Оценочные процедуры на этом этапе включают в себя ряд анкет, опросников, диагностических методик.

Опросник для родителей «Измерение вовлеченности, независимости и социальных отношений» предназначен для исследования оценки поведения ребенка в возрасте от рождения до 36 месяцев в ежедневных жизненных ситуациях.

Профиль заполняется родителем, который непосредственно заботится о ребенке и имеет неограниченные возможности наблюдать ребенка в домашней обстановке.

Междисциплинарная команда специалистов использует данные этого опросника, чтобы помочь семьям, как членам команды ранней помощи, оценить компетенции ребенка в повседневных ситуациях, для принятия решения о направлениях вмешательства и отслеживать прогресс функционирования ребёнка в ежедневных жизненных ситуациях (ЕЖС).

На основании полученных данных определяются ресурсные и проблемные рутины, информация о которых затем используется для постановки функциональных целей ИПРП и их согласования и реализации совместно с родителями.

Для этого проводится **углубленная оценка проблемных рутин и уровня сформированности навыков** ребенка в каждой из них. Отдельно оцениваются мотивационные факторы.

Специалист оценивает возможности ребенка по каждой из областей на данный момент времени, анализирует и учитывает факторы среды, берет во внимание личностные особенности ребенка. Инструменты оценки подбираются в зависимости от проблемы. Это может быть непосредственное наблюдение за ходом рутины, анализ видео рутины, заполнение родителями опросников.

Если в результате наблюдения за ребенком специалист заметил специфические проявления его поведения, которые могут указывать на наличие у малыша расстройства аутистического спектра (РАС), родителям предлагаются дополнительно скрининговые опросники (М-CHAT, CASD, CARS) на предмет выявления риска данного расстройства.

Для оценки когнитивного развития используются следующие диагностики.

Диагностика познавательного развития детей раннего возраста Е. А. Стребелевой предназначена для определения основных параметров ум-

ственного развития ребенка и используется учителем-дефектологом, она содержит следующие шкалы: принятия задания; адекватности его решения; обучаемости во время диагностического обследования; отношения к результату своей деятельности; восприятия, выделения отдельных признаков предмета (величины, цвета); узнавания; наглядно-действенного мышления; продуктивных видов деятельности (рисования, конструирования).

Диагностический комплект психолога по обследованию детей раннего возраста Н. Я. Семаго, М. М. Семаго позволяет системно оценивать психическое развитие ребенка и включает в себя основные блоки психодиагностических инструментов оценки уровня развития детей по следующим шкалам: анализ памяти, внимания, работоспособности ребенка; оценка зрительного восприятия; диагностика степени развития мышления; оценка степени понимания ребенком сложных речевых конструкций.

Шкалы KID-R (Kent Infant Development Scale – русская версия Кентской шкалы оценки развития младенцев, возраст 2-16 месяцев) и RCDI (Child Development Inventory; CDI – адаптированный к условиям России вариант Шкалы оценки развития ребенка, возраст 14 месяцев – 3,5 года) – это диагностические методики, используемые в службе ранней помощи для оценки развития детей. Представляют собой анкеты-вопросники, которые заполняют родители для определения уровня развития ребенка в ключевых областях, таких как моторика, речь и социальные навыки.

После проведения всех необходимых оценочных процедур междисциплинарная команда специалистов вновь собирает консилиум. На основании данных, полученных в ходе углубленной диагностики, разрабатывается ИПРП с учётом выявленных индивидуальных особенностей, запросов семьи и состояния здоровья ребёнка.

Список литературы

1. Лорер В. В. Основы ранней помощи детям и их семьям: методическое пособие / В. В. Лорер; под ред. Г. Н. Пономаренко. СПб.: ФНЦРИ им. Г. А. Альбрехта, 2022. 167 с.
2. Организация предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям: методическое пособие / Владимирова О. Н., Ермолаева Е. Е., Ишутина И. С., Казьмин А. М., Лорер В. В., Мухамедрахимов Р. Ж., Самарина Л. В., Старобина Е. М., Шошмин А. В. / под ред. проф. Пономаренко Г. Н. Санкт-Петербург: ООО ЦИАЦАН, 2019. 72 с.
3. Приказ Минтруда РФ № 344п от 30.05.2025 г.
4. Самарина Л. В. Построение программ раннего вмешательства на основе Международной классификации функционирования, ограничений функционирования жизнедеятельности и здоровья // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. 2015. № 6. С. 49–60.

Слюсарева Елена Юрьевна заведующий педагогической частью, педагог-психолог
Государственное казенное учреждение здравоохранения «Волгоградский
областной специализированный дом ребенка для детей с органическим
поражением ЦНС с нарушением психики» (ГКУЗ «ВОСДР»), г. Волгоград

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И ПОДДЕРЖКА В РАННЕЙ ПОМОЩИ КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА В ТЕХНОЛОГИЯХ СЕМЕЙНО-СБЕРЕГАЮЩЕГО ПОДХОДА

Аннотация. В данной статье отражена актуальность и значимость психологической помощи и поддержки в ранней помощи, а также представлены направления работы психологов и педагогов-психологов в ГКУЗ «ВОСДР».

Ключевые слова: психологическая помощь, ранняя помощь, социальное сиротство, профилактика, семья и детство.

Последние несколько лет приоритетным направлением в организации помощи семье становится именно «ранняя помощь семье и детям». Ранняя помощь – это многопрофильная комплексная работа разных специалистов, направленная не только непосредственно на помощь ребенку, но и на помощь его родителям. Помимо обучающей задачи в работе с родителями, стоящей перед специалистами, актуальна и поддерживающая, профилактическая психологическая работа и помощь.

Ранняя помощь детям и семьям специализируется на помощи детям раннего возраста без привязки к какому-либо отдельному нарушению или диагнозу. Если помощь нужна, любая семья может обратиться к специалистам.

Чаще к специалистам ранней помощи обращаются семьи, которые находятся в «группе риска»:

- семьи, воспитывающие ребенка-инвалида;
- семьи, воспитывающие ребенка с нарушениями функционирования организма, но не имеющим статуса «ребенок-инвалид»;
- семьи, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации.

Последние несколько лет приоритетным направлением в организации помощи семье становится именно «ранняя помощь семье и детям». Ранняя помощь – это многопрофильная комплексная работа разных специалистов, направленная не только непосредственно на помощь ребенку, но и на помощь его родителям. Помимо обучающей задачи в работе с родителями, стоящей перед специалистами, актуальна и поддерживающая, профилактическая психологическая работа и помощь.

Ранняя помощь детям и семьям специализируется на помощи детям раннего возраста без привязки к какому-либо отдельному нарушению или диагнозу. Если помощь нужна, любая семья может обратиться к специалистам.

Чаще к специалистам ранней помощи обращаются семьи, которые находятся в «группе риска»:

- семьи, воспитывающие ребенка-инвалида;
- семьи, воспитывающие ребенка с нарушениями функционирования организма, но не имеющим статуса «ребенок-инвалид»;
- семьи, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации;
- семьи, обеспокоенные развитием ребенка.

Важно отметить, что эти же категории семей также относятся и к «группе риска» по отказу от ребенка (полному или временному). И даже временное помещение ребенка в социальное учреждение оставляет травматичный след на последующей жизни ребенка и функционировании семьи в целом.

Одной из психологических причин решения отказаться от ребенка или поместить его на временное пребывание в учреждение – является чувство страха, чувство своей некомпетентности как родителя, особенно если малыш родился с особенностями здоровья, чувство беспомощности, отсутствие поддержки, и как следствие отсутствие внутреннего ресурса на принятие сложившейся жизненной ситуации.

Психологическая поддержка родителям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации – одна из составляющих технологий семейно-сберегающего подхода. Значимость своевременной психологической поддержки и помощи заключается в необходимости восстановления и выстраивания здоровых семейных отношений, поддержания общения родителей и детей, находящихся в группе высокого риска по социальному сиротству.

В нашем учреждении помимо непосредственной работы с детьми, педагоги-психологи еще работают в нескольких направлениях:

1. Психологическая помощь и поддержка родителям, временно поместившим ребенка в наше учреждение. Т.к. мы имеем дело, уже с фактом временного отказа, то наша основная задача – помочь родителям найти внутренний ресурс на восстановление семьи. Помочь родителям понять особенности развития малыша, показать примеры конструктивного взаимодействия, почувствовать себя компетентными в родительской роли.

2. Психологическая поддержка и рекомендации родителям, забравшим ребенка обратно в семью или взявшим ребенка под опеку (по запросу семьи). В этом случае, родители очень часто сами обращаются к нашим психологам с вопросами по взаимодействию или особенностям ребенка. Но чаще делятся своими достижениями и успехами.

3. Психологическая помощь и поддержка родителям детей, посещающим группу дневного пребывания. На базе нашего учреждения в 2024 году была со-

здана группа дневного пребывания, для детей в возрасте от 1 года до 4 лет, имеющих законных представителей (родителей, опекунов), проживающих в семьях, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся в оказании социальной помощи, в том числе детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья.

4. Психологическая помощь и поддержка семьям, обратившимся в службу медиации, также созданной на базе нашего учреждения. Психологи оказывают помощь семьям, оказавшимся в конфликтной ситуации, трудной жизненной ситуации, на грани развода, или уже в процессе развода. Во всех этих семьях есть дети. Особенную важность данная работа обретает, если в семьях есть дети раннего возраста.

Работа психолога или педагога-психолога – одна из важнейших мер профилактики социального сиротства. Именно работа с родителями, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, но еще не утратившими ресурс на изменение своей ситуации дает положительные результаты. Своевременная работа с родителями, оказавшимися в группе риска – актуальное и значимое направление не только в системе ранней помощи, но и в системе социальной защиты семьи и детства.

Список литературы

1. Статья Самариной Ларисы Витальевны, директора АНО ДПО СПб ИРАВ. URL: <https://eii.ru/rannyaya-pomoshh-detyam/>

УДК 376

*Токмакова Татьяна Витальевна социальный педагог
«Черемисиновский Центр «Содействие», специальная социальная служба
«Домашний микрореабилитационный центр», социальный педагог*

**СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ,
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ,
ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ (ОВЗ).
ДИАГНОСТИКА, ПЛАНИРОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИИ, ЗАНЯТИЯ,
МОНИТОРИНГ ПРОЦЕССОВ**

Аннотация. Статья посвящена особенностям взаимодействия специалистов специальной социальной службы «Домашний микрореабилитационный центр» ОКУ «Черемисиновский центр «Содействие» (Курская область) с семьями, воспитывающими детей-инвалидов (детей с ОВЗ); освещает характерные особенности разноплановой деятельности педагогов; указывает на важность раннего развития «особенного» ребенка; подчеркивает необходимость индивидуального подхода в общении и работе с каждой конкретной семьей. В статье отмечается роль семьи в процессе социализации ребенка, делается акцент на необходимость раннего социально-психолого-педагогического сопровождения семей, анализируется практика специалистов.

Ключевые слова: семья, воспитывающая ребенка-инвалида (ребенка с ОВЗ), ранняя помощь, сопровождение семьи, этапы работы.

Появление малыша на свет сопровождается трогательными событиями: счастливые родители покупают игрушки, детские вещи, обустривают помещение для нового члена семьи, строят планы на будущее.

Все планы рушатся с рождением малыша с особенностями развития, счастливое ожидание сменяется периодом глубокой депрессии, растерянностью и разочарованиями. Бессонные ночи, нарушение обычного ритма и тревога за свою жизнь и судьбу ребенка меняют отношения супругов друг к другу.

Дети – это огромная ответственность, которая многократно увеличивается, если их рождение сопряжено с проблемами здоровья.

В силу возникших многочисленных трудностей, такая семья становится неконтактной. Решающими факторами в изменении круга общения, помимо особенностей заболевания ребенка, становятся и личностные установки родителей: чувство страха, неловкости, стыда, необходимость без вины оправдываться перед окружающими.

К сожалению, на сегодняшний день в обществе наблюдается тенденция ухудшения здоровья детей, которая зависит от таких факторов, как состояние окружающей среды, экономический потенциал общества, наследственность и здоровье самих родителей. Все чаще в детских садах и школах встречаются дети с диагнозом «СДВГ» (синдром дефицита внимания и гиперактивности).

Временные трудности успешно преодолеваются в семьях, где царят любовь и взаимопонимание, и где отношения между супругами находятся в зрелом состоянии.

Однако, таких морально устойчивых и общественно-зрелых семей не так уж много, огромное количество разводов приходится именно на первые годы совместной жизни. Молодые родители часто не выдерживают груза ответственности даже при рождении здорового ребенка, а появление на свет ребенка-инвалида (ребенка с ОВЗ), увеличивает статистику разводов. Для тех, кто сохранил брак такое событие работает, как запрет на рождение последующих детей.

В этот нелегкий период жизни семье нужна психологическая поддержка и социальная адаптация, чтобы восстановить привычный уклад жизни, дружеские и социальные связи.

Специальная социальная служба «Домашний микрореабилитационный центр» на базе ОКУ «Черемисиновский центр «Содействие» (Курская область) имеет сравнительно небольшой опыт работы в этом направлении, но даже его достаточно, чтобы понять: чем раньше эта помощь оказана, тем больше шансов, что семья адаптируется и сможет нормально встроиться в общественную жизнь.

Изначально работа отделения была направлена:

- на выполнение краткосрочных программ реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в домашних условиях;

- на индивидуальную работу с отдельно взятой семьей в привычной для нее домашней обстановке;

Информация о семьях, воспитывающих детей-инвалидов (детей с ОВЗ) была получена от разных источников (детские сады, школы, социальные службы, сельские администрации). На сегодняшний день взаимосвязь с социальными службами и организациями отлажена и систематизирована.

За период работы специалисты неоднократно проходили обучение и получали необходимый опыт. Работа с семьями перешла на новый качественный уровень. У детей и родителей появилась возможность посещать стационар. Выездная бригада также продолжает свою работу по мере необходимости.

Ее задачи на сегодня: выявлять на ранних этапах семьи, воспитывающие детей с особенностями развития, проводить диагностику и принимать решение о работе с ребенком и родителями.

Чтобы определить направление социально-психологической, социально-педагогической, социально-медицинской поддержки отдельно взятой семьи с особенным ребенком, следует как можно подробнее изучить порядок взаимодействия ее членов между собой и проблемы, с которыми они сталкиваются в первую очередь. В качестве психотравмирующих факторов, определяющих переживания родителей, выступает комплекс двигательных, психических, речевых,

сенсорных, и эмоционально-личностных расстройств у их ребенка. Чем раньше взрослым членам семьи будет оказана социально-психологическая помощь, тем быстрее пойдет процесс реабилитации семьи, который положительно скажется и на ребенке.

На начальном этапе социальным педагогом составляется социальный паспорт семьи, в котором учитываются условия жизни и развития ребенка и особенности его здоровья.

Последующие этапы – это мероприятия по реабилитации, которые включают в себя:

- проведение медико-психолого-педагогической диагностики состояния ребенка;
- формирование цели проведения комплексных мероприятий по реабилитации;
- разработку краткосрочной индивидуальной программы реабилитации и абилитации семьи и создание индивидуального коррекционно-развивающего маршрута для реализации поставленных целей;
- занятия с родителями и ребенком специалистов (социальный педагог, учитель-дефектолог, педагог-психолог, инструктор по адаптивной физкультуре, воспитатели, медсестра);
- организацию реабилитационного пространства на дому с предоставлением оборудования Пункта проката на безвозмездной основе по договору социального найма оборудования на необходимый период, с пролонгацией;
- оценка эффективности реабилитационных мероприятий и реабилитационного прогноза.

План работы включает в себя конкретную помощь малышу в виде занятий со специалистами, если его возраст, интеллектуальные и физические возможности позволяют специалистам оказать ему такую помощь на самых ранних этапах.

Социальная служба постоянно консультирует ближайшее окружение по возникающим у них вопросам и осуществляет мониторинг развития ребенка и адаптации семьи в общественную жизнь, при необходимости специалистами проводится обучение родителей педагогическим технологиям сотрудничества со своим ребенком, приемам и методам его воспитания и обучения в условиях семьи;

Консультативная помощь семьям, имеющим детей младенческого и раннего возраста с отклонениями в развитии, оказывает моральную поддержку и заполняет пробелы в знаниях родителей об уходе, воспитании и содержании их особенного малыша. В дальнейшем семьи приобретают собственный опыт, которым могут делиться со специалистами и с другими родителями.

Современными отечественными и зарубежными исследователями выявлено, что в отдельной семье, воспитывающей особенного ребенка и оторванной от социальной жизни, искажено нормальное внутреннее взаимодействие, объединяясь и чувствуя поддержку специалистов, такие семьи быстро интегрируются в общество с минимальными потерями.

Обобщая вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что для современного общества очень важно сохранить привычный уклад каждой семьи, а для этого в стране должны быть созданы такие условия, чтобы каждый появившийся на свет ребенок, не зависимо от нозологических особенностей, и его родители были органично и ненавязчиво окружены заботой и вниманием. Социальным службам для этого необходимо вовлекать семьи с детьми-инвалидами и детьми с ОВЗ в общественные процессы, создавая условия, при которых ее взрослые члены смогли бы не чувствовать себя одинокими и ненужными, а дети данной категории имели будущее, стали полноправными членами нашего общества, полноценно, без морального ущерба росли и развивались.

Список литературы

1. Лорер В. В. Основы ранней помощи детям и их семьям: методическое пособие / В. В. Лорер; под ред. Г. Н. Пономаренко. СПб.: ФНЦРИ им. Г. А. Альбрехта, 2022. 167 с.

2. Организация предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям: методическое пособие / Владимирова О. Н., Ермолаева Е. Е., Ишутина И. С., Казьмин А. М., Лорер В. В., Мухамедрахимов Р. Ж., Самарина Л. В., Старобина Е. М., Шошмин А. В. / под ред. проф. Пономаренко Г. Н. Санкт-Петербург: ООО ЦИАЦАН, 2019. 72 с.

Секция 2

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ И ТЕХНОЛОГИИ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

УДК 376

*Абольянина Валерия Евгеньевна¹, Джуманова Алина Даньяровна²,
Сараева Анастасия Валерьевна³ студенты 4 курса
Астраханский государственный университет имени В. Н. Татищева, г. Астрахань*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА СЕНСОРНО-ДИНАМИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ «СОВА-НЯНЬКА» КАК МЕТОДА СЕНСОМОТОРНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

Аннотация. В статье рассматривается метод сенсомоторной интеграции, реализуемый с помощью специализированного комплекса сенсорно-динамического оборудования «Сова-Нянька». Описываются теоретические основы подхода, который объединяет принципы сенсорной интеграции с отечественными разработками в области психофизиологии движений и когнитивной психологии, делая акцент на смысловой, познавательно-исследовательской деятельности ребенка. Представлено описание оборудования и структуры занятий в обогащенной, нестабильной среде. Приводятся и анализируются результаты эмпирических исследований, подтверждающие эффективность комплекса.

Ключевые слова: сенсомоторная интеграция, сенсорная интеграция, Сова-Нянька, Дом Совы, дети с ОВЗ, реабилитация, моторное развитие.

В современном образовательном и реабилитационном пространстве наблюдается устойчивый рост числа детей с различными нарушениями развития, трудностями в обучении и социальной адаптации. Традиционные педагогические методы часто оказываются недостаточно эффективными, поскольку не затрагивают базовые неврологические и физиологические механизмы, лежащие в основе этих проблем. В связи с этим особую актуальность приобретают подходы,

работающие на стыке физического и когнитивного развития. Одним из таких перспективных направлений является сенсомоторная интеграция, реализуемая с помощью специализированной среды. Оборудование «Сова-Нянька» представляет собой инновационное отечественное решение, позволяющее объединить двигательную активность с развитием высших психических функций. В данной статье рассматриваются теоретические основы этого метода, его техническое оснащение, а также эмпирические данные, подтверждающие его эффективность в работе с детьми с различными особенностями развития.

Сенсорная интеграция представляет собой неврологический процесс, в ходе которого нервная система получает информацию от рецепторов всех органов чувств (осязание, вестибулярный аппарат, проприоцепция, зрение, слух и др.), организует ее и интерпретирует для использования в целенаправленной деятельности. Это адаптационная реакция, формирующая базу для моторного, познавательного развития и адекватного поведения. Нарушения процесса переработки сенсорной информации (дисфункция сенсорной интеграции) могут приводить к проблемам с координацией, речью, эмоциями обучением, что требует своевременной диагностики и коррекции [1].

Развитие сенсорной интеграции происходит поэтапно, начиная с младенчества. На первом этапе формируются базовые тактильные, проприоцептивные и вестибулярные реакции. На втором – развивается грубая моторика и основы планирования движений. Третий этап связан с совершенствованием тонких движений и сенсорных систем, а четвертый – с формированием академических навыков и понятий [8].

Традиционный подход Джин Айрес рассматривает сенсорную интеграцию преимущественно как неврологический процесс. Однако современный отечественный метод, получивший название «сенсомоторная интеграция», дополняет его когнитивной составляющей. Он базируется на теории уровневого строения

движений Н. А. Бернштейна и функциональной структуре интеллекта Б. М. Величковского. В данном подходе акцент делается не просто на стимуляцию органов чувств, а на построение смысловой структуры восприятия и действия в ходе собственной познавательно-исследовательской активности ребенка [5].

Метод сенсомоторной интеграции реализуется в специально оборудованном сенсорно-динамическом пространстве «Дом Совы». Это безопасная среда, насыщенная подвесным оборудованием с разнообразными тактильными и проприоцептивными свойствами. Оснащение включает в себя специализированные снаряды, такие как «Чулок Совы» (эластичный мешок для осознания границ тела), «Яйцо Совы» (шарообразный мешок для вестибулярной и тактильной стимуляции), утяжеленные одеяла и жилеты, работающие как сенсорные тренажеры для снятия тревожности и улучшения концентрации, а также другое полезное оборудование [7].

Занятия в «Доме Совы» строятся по определенному алгоритму, включающему три этапа Первый этап – «Адаптация» – направлен на создание психологической безопасности, мобилизацию внимания и знакомство со средой в игровой форме. Второй этап – «Практика» – посвящен выработке двигательных навыков согласно уровням построения движений: от простых задач на проприоцепцию (уровень В) и пространственную координацию (уровень С) до предметных действий (уровень D). Третий этап – «Закрепление» – включает сложные игровые сюжеты, требующие самостоятельного решения когнитивных и двигательных задач [4].

Важной особенностью оборудования является неустойчивость поверхностей и возможность подвеса снарядов разными способами. Это создает усложненную среду, стимулирующую вестибулярную и проприоцептивную системы, увеличивает статическую и динамическую нагрузку на мышцы, требуя от ребенка постоянной концентрации для удержания равновесия [2].

Эффективность использования оборудования «Сова-Нянька» подтверждена рядом исследований. Включение игровых занятий в сенсорно-динамическом зале в программу реабилитации детей с нарушениями осанки показало значительное увеличение силы мышц спины и живота по сравнению с традиционной ЛФК. Игровая форма повышала мотивацию детей, а необходимость удерживать баланс на подвесных снарядах обеспечивала эффективную тренировку мышечного корсета [6].

Метод также показал высокую результативность в развитии социально-эмоционального интеллекта у детей. Групповые занятия в «Доме Совы» требовали от участников совместного решения двигательных задач, коммуникации и взаимопомощи. Исследование выявило значимый прирост показателей социального осознания (понимания чувств других) и социальных навыков в экспериментальной группе по сравнению с контрольной. Анкетирование родителей также подтвердило улучшение способности детей управлять своими эмоциями [3].

Исследование с участием детей с ДЦП и моторной неловкостью продемонстрировало, что занятия по методу «Совопрактика» приводят к значимому улучшению равновесия (по тесту Берг), ориентировки в схеме собственного тела, а также повышению точности движений и способности выполнять символические действия. Родители отмечали снижение тревожности, повышение общительности и появление новых моторных навыков (спрыгивание, перешагивание) [2].

Подводя итог, можно с уверенностью сказать, что метод сенсомоторной интеграции с использованием комплекса «Сова-Нянька» является мощным инструментом современного коррекционно-развивающего процесса. Его преимущество заключается в комплексном воздействии: через интересную для ребенка двигательную активность в специально организованной насыщенной среде происходит не только физическое укрепление организма и улучшение координации, но и мощный толчок в развитии когнитивных, эмоциональных и социальных

навыков, что особенно важно и значимо в раннем возрасте. Интеграция теоретических разработок отечественной психофизиологии с инновационным оборудованием делает этот метод научно обоснованным и практически эффективным решением для помощи детям с различными потребностями.

Список литературы

1. Андриевская, О. А. Сенсорная интеграция, как психокоррекционный метод в работе с детьми раннего и дошкольного возраста, имеющими психологические, поведенческие и речевые нарушения / О. А. Андриевская // Таврический журнал психиатрии. 2015. Т. 19, № 4 (73). С. 30–34. EDNXEAXKJ.

2. Карпинская, В. Ю. Психологические средства реабилитации с использованием подвешенного оборудования «Дом Совы» / В. Ю. Карпинская, Т. М. Мамина, И. Н. Суренкова // Журнал Сибирского федерального университета. Серия: Гуманитарные науки. 2024. Т. 17, № 11. С. 2165–2175. EDNLRLEJZ.

3. Карпинская, В. Ю. Развитие социально-эмоционального интеллекта в группе сенсомоторной интеграции у детей 6-7 лет / В. Ю. Карпинская, Т. М. Мамина, Н. И. Романова-Африкантова // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2022. № 203. С. 148–157. DOI 10.33910/1992-6464-2022-203-148-157. EDNPZSYQU.

4. Карпинская, В. Ю. Сенсомоторная интеграция – метод когнитивного, эмоционального и коммуникативного развития на основе двигательной активности / В. Ю. Карпинская, Т. М. Мамина // Психология человека в образовании. 2024. Т. 6, № 3. С. 338–348. DOI 10.33910/2686-9527-2024-6-3-338-348. EDNVDRENK.

5. Карпинская, В.Ю. Сенсомоторная интеграция в когнитивном развитии ребенка / В. Ю. Карпинская, Т. М. Мамина // Психология психических состояний: сборник материалов XV Международной научно-практической конферен-

ции для студентов, магистрантов, аспирантов, молодых ученых и преподавателей вузов, Казань, 25–26 февраля 2021 года. Том Выпуск 15. Казань: Издательство Казанского университета, 2021. С. 300–304. EDNTVOCYY.

6. Мамина, Т. М. Исследование эффективности применения игрового метода на подвесном оборудовании «Дом Совы» в реабилитации детей с нарушением осанки / Т. М. Мамина, В. Ю. Карпинская // Ананьевские чтения. 2021: Материалы международной научной конференции, Санкт-Петербург, 19–22 октября 2021 года / Под общей редакцией А. В. Шаболтас. Отв. ред. В. И. Прусаков. Санкт-Петербург: ООО «Скифия-принт», 2021. С. 492–493. EDNDUPOIE.

7. Сергеева Т. Г., Грешилова Н. Ю., Ковалькова Н. В. Инновационные технологии в системе психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в ДОО // развития образования». 2021. С. 43.

8. Утбасарова У. М. Этапы развития сенсорной интеграции у детей // Академические исследования в современной науке. 2024. Т. 3. №. 51. С. 16–25.

УДК 376 (072)

Васильева Мария Владимировна логопед

Областное государственное бюджетное учреждение социального обслуживания

«Реабилитационный центр для детей и подростков

с ограниченными возможностями» г. Иркутска

ИГРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Аннотация. Статья посвящена анализу потенциала игровых технологий в качестве ключевого метода стимуляции речевой активности у детей 1-3 лет. Автором систематизированы основные виды и методики игровой деятельности, нацеленные на расширение пассивного и активного словарного запаса, усвоение грамматических норм и формирование навыков связной речи. Представленные материалы имеют практическую ценность для родителей и специалистов в области дошкольного образования. Ранний возраст является сензитивным периодом для становления речевой функции. На этом этапе осуществляется качественный скачок от доречевых форм общения к освоению слов и построению первых фраз. Ключевая роль в создании обогащенной развивающей среды, активизирующей данный процесс, принадлежит взрослому. При этом наиболее органичным и эффективным инструментом воздействия признана игровая деятельность. Для ребенка игра представляет собой не столько развлечение, сколько основной способ взаимодействия с окружающим миром. Для малыша игра – это не просто развлечение, а основная форма познания мира. В игре он эмоционально вовлечен, что способствует лучшему усвоению информации. Использование игровых технологий делает процесс развития речи естественным, непринужденным и максимально результативным [5].

Ключевые слова: игровые технологии, развитие речи, дети раннего возраста, речевое развитие, игровая деятельность, дошкольное образование.

Почему игра так эффективна?

- Эмоциональность: Положительные эмоции снимают напряжение и помогают ребенку легче запоминать новые слова [6].
- Наглядность: Игры часто включают яркие игрушки, картинки, предметы, что соответствует наглядно-действенному мышлению малыша [3].
- Повторяемость: Игровые действия можно повторять многократно, что необходимо для закрепления речевых навыков [7].
- Непринужденность: Ребенок не чувствует давления и учится говорить спонтанно, по ситуации [2].

Основные виды игровых технологий для развития речи:

1. Пальчиковые игры. Известно, что развитие речи тесно связано с развитием мелкой моторики. Пальчиковые игры – это идеальный способ их стимулировать [5].

Как играть: «Сорока-ворона», «Ладушки», «Этот пальчик – дедушка...». Можно использовать короткие стишки, сопровождая их движениями пальцев [показывать, как ползет гусеница, летает птичка, распускается цветок).

Что развивает: координацию, тактильные ощущения, пассивный и активный словарь, чувство ритма.

2. Сюжетно-ролевые и предметные игры. На втором-третьем году жизни дети начинают активно подражать взрослым. Это основа для сюжетных игр. [4;7] Как играть Кормление куклы: Проговаривайте все действия: «Давай покормим Лялю. Откроем ротик, ам! Кушай кашку. Вкусная кашка»; Укачивание мишки: «Мишка хочет спать. Спой ему песенку «Баю-бай». Положим его в кроватку»; игра с машинкой: «Би-би! Машина поехала. Вжжж! Загрузим в кузов кубики. Повезем кирпичики».

Что развивает: Активный словарь, умение строить простые фразы, понимание логики бытовых действий [2].

3. Игры с картинками. Яркие, понятные изображения привлекают внимание ребенка и помогают обогащать словарный запас [3].

Как играть: «Кто это? Что это?»: Показывайте карточки с изображением животных, предметов, просите назвать их. «Найди пару»: Найдите две одинаковые картинки. «Покажи, где...»: Попросите ребенка показать на картинке собачку, кошечку, мячик.

Что развивает: Пассивный и активный словарь, зрительное восприятие, память.

4. Театрализованные игры. Использование элементов театра вызывает у детей живой интерес и стимулирует к речевому высказыванию [2].

Как играть: Игры-имитации: «Покажи, как зайка прыгает», «Как мишка ходит», «Как лисичка крадется»; игры с перчаточными куклами: Кукла может «разговаривать» с ребенком, задавать простые вопросы, просить что-то сделать; пальчиковый театр: Небольшие фигурки, надевающиеся на пальцы, позволяют разыгрывать короткие сценки по знакомым сказкам.

Что развивает: Диалогическую речь, интонационную выразительность, воображение.

5. Игры на артикуляцию. Эти игры готовят речевой аппарат к правильному произношению звуков [5, 7].

Как играть: Дыхательные: Сдувать ватный шарик («футбол»), дуть на вертушку или мыльные пузыри. Артикуляционные: Упражнения в игровой форме: «почистим зубки язычком», «сделаем блинчик» (расслабить язык на нижней губе), «поцокаем лошадкой».

Что развивает: Силу и направленность выдоха, подвижность языка и губ, что является основой для четкого звукопроизношения.

В заключение стоит отметить важность сенсорного опыта в развитии речи. Игры с различными текстурами (крупы, ткани, вода) стимулируют тактильные

ощущения и способствуют развитию мелкой моторики, что, в свою очередь, положительно влияет на речь.

Рекомендации для взрослых

1. Говорите, комментируйте. Сопровождайте речью все свои действия и действия ребенка [5].

2. Создавайте речевую среду. Чаще читайте вслух детские книжки с яркими иллюстрациями, пойте простые песенки, проговаривайте потешки [4].

3. Будьте активным слушателем. Поддерживайте любые попытки ребенка заговорить, повторяйте и расширяйте его высказывания [2]. Если малыш сказал «кака» (каша), ответьте: «Да, это вкусная каша».

4. Не исправляйте грубо. Если ребенок ошибся в слове, просто мягко произнесите его правильно, не заставляя повторять [5].

5. Следуйте за интересом ребенка. Игра должна нравиться малышу. Если он теряет интерес, предложите другую деятельность [6].

Игровые технологии – это не модный педагогический тренд, а естественный и мощный механизм, заложенный в самой природе детства. Умело и систематически, используя разнообразные игры в общении с малышом, взрослые не только укрепляют эмоциональную связь с ним, но и закладывают прочный фундамент для его грамотной, богатой и выразительной речи в будущем. Превратите каждодневное общение в увлекательную игру – и результаты не заставят себя ждать.

Список литературы

1. Выготский, Л. С. Мышление и речь / Л. С. Выготский. 5-е изд., испр. Москва : Лабиринт, 1999. 352 с. ISBN 5-87604-016-7. [Фундаментальная работа, раскрывающая связь между деятельностью, мышлением и речью, что является теоретической основой для использования игр).

2. Арушанова, А. Г. Речь и речевое общение детей: Развитие диалогического общения: Методическое пособие для воспитателей / А. Г. Арушанова. Москва: Мозаика-Синтез, 2005. 128 с. [Практическое пособие, в котором большое внимание уделяется именно игровым методам развития диалогической речи у малышей).

3. Ушакова, О. С. Развитие речи детей 3-5 лет / О. С. Ушакова. Москва : ТЦ Сфера, 2023. 192 с. [Развиваем речь]. ISBN 978-5-9949-1234-5. [Классический труд, содержащий как теорию, так и множество игр и упражнений, адаптируемых и для более младшего возраста).

4. Павлова, Л. Н. Раннее детство: развитие речи и мышления: Методическое пособие / Л. Н. Павлова. Москва : Мозаика-Синтез, 2000. 168 с. [Пособие напрямую посвящено вашему возрастному периоду и роли взрослого в организации развивающей среды, частью которой является игра).

5. Янушко, Е. А. Помоги малышу заговорить! Развитие речи детей 1,5-3 лет / Е. А. Янушко. Москва : Теревинф, 2023. 456 с. ISBN 978-5-4212-0698-4. [Одно из самых популярных и практичных современных пособий, где игра представлена как основной инструмент развития речи, с массой конкретных примеров).

6. Эльконин, Д. Б. Психология игры / Д. Б. Эльконин. 4-е изд. Москва : Книжный дом «Либроком», 2016. 304 с. ISBN 978-5-397-05438-9. [Классическое исследование, раскрывающее психологическую природу игры и ее значение для психического развития ребенка, в том числе и речевого).

7. Струнина, Е. М. Методика развития речи и обучения родному языку дошкольников: учеб. пособие / Е. М. Струнина, О. С. Ушакова. Москва : Академия, 2009. 288 с. ISBN 978-5-7695-5897-4. [Учебное пособие, в котором систематизированы различные методы, включая полный спектр игровых технологий).

УДК 376 (072)

*Григорова Ю. Ал. учитель-логопед, руководитель службы ранней помощи
ГАУ «РЦ «Талисман» г. Екатеринбурга*

РОЛЬ КОММУНИКАТИВНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА В РАННЕЙ ПОМОЩИ

Аннотация. Ранняя коммуникация обеспечивает основу для успешного развития ребенка в дальнейшем. Совместная работа учителя-логопеда с маленьким ребенком и его близкими обеспечивает условия для эффективной помощи семье всем специалистам службы ранней помощи, поскольку коммуникация является неотъемлемой частью повседневной жизни ребенка.

Ключевые слова: ранняя помощь, коммуникация, естественные жизненные ситуации, родители/значимые взрослые, ребенок от 0 до 3 лет.

Изменения нормативного регулирования ранней помощи в Российской Федерации привело к смене подходов в оказании помощи семьям: от помощи отдельному ребенку к помощи семье, воспитывающей ребенка с ограничениями жизнедеятельности. Ранняя помощь играет ключевую роль для семьи, поскольку она повышает компетентность родителей, улучшает взаимодействие ребенка с семьей и нормализует жизнь семьи в целом.

Маленький ребенок с рождения готов учиться и реагировать на все, что его окружает доступными для него моделями социального поведения, а в дальнейшем принимает модели поведения, которые демонстрируют ему социально значимые взрослые. Именно ранняя коммуникация обеспечивает основу для успешного развития ребенка в дальнейшем. Малыш общается и обучается непрерывно, в течении всего дня, во время каждодневных рутин (прием пищи, игра, прогулка, двигательная активность), и очень часто родителям важно дать правильный пример для подражания в общении.

В службах ранней помощи деятельность по формированию коммуникативных навыков у ребенка возложена на учителя-логопеда (специалиста по коммуникации). Взаимодействуя с малышом, который испытывает трудности в коммуникации, логопеду важно помочь ребенку наладить общение с окружающими, используя доступны ему средства коммуникации. Так же важно научить маму и социально-значимых взрослых видеть, понимать и использовать те же средства коммуникации, которые использует ребенок.

На первых встречах с семьей логопед проводит оценку коммуникативного развития ребенка, в ходе которой определяет особенности ребенка:

1. Намеренный или ненамеренный характер коммуникации использует малыш?
2. Какие средства коммуникации применяет в общении с другими (вербальные, невербальные, АДК)?
3. Насколько понимает ребенок сообщения партнера по коммуникации?
4. Владеет ли малыш навыками взаимодействия с другими?
5. Отмечает особенности коммуникативной среды.

В ходе сопровождения семьи в рамках индивидуальной программы ранней помощи, логопед, совместно с семьей ставит задачи, направленные на:

- ✓ развитие коммуникативных предпосылок у ребенка;
- ✓ развитие у ребенка навыков получения и понимания сообщений;
- ✓ развитие у ребенка средств и навыков продуцирования сообщений;
- ✓ развитие у ребенка навыков инициировать и поддерживать разговор;
- ✓ повышение компетентности родителей в развитии коммуникации ребенка.

Выстраивая совместную работу, логопеду и семье необходимо учитывать условия, при которых навык коммуникации у ребенка сформируется и будет генерализован в повседневную жизнь малыша. К таким условиям можно отнести:

- функциональную направленность – навык должен быть востребован ребенком в ходе выполнения рутин;

- постепенность – вводить новые навыки постепенно, ожидать от малыша, пока он усвоит полученный материал, постепенно добавляя новые звукоподражания, жесты, слова;

- регулярность – только многократное повторение помогает автоматизировать навык в общении с собеседником.

Специалист учит родителей обращать внимание на коммуникативные сигналы ребенка: готов ли он к общению или стоит дать ему перерыв, давать время на ответную реакцию, не торопиться. Важно, чтобы родители понимали, что лучшее время для обучения малыша – это их совместное общение, а больше всего общения – в повседневных жизненных ситуациях.

Совместная работа логопеда с маленьким ребенком и его близкими обеспечивает условия для эффективной помощи семье всем специалистам службы ранней помощи, поскольку коммуникация является неотъемлемой частью повседневной жизни ребенка и является частью функционального подхода, который направлен на развитие функциональных навыков, необходимых малышу для независимой, полноценной, повседневной жизни.

Список литературы

1. Лучшие практики оказания ранней помощи детям и их семьям: каталог. М.: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2021. 132 с. Эл. издание.

2. Рыскина В. Л., Лазина Е. Э. Коммуникация – это не только слова. СПб.: Everychild, 2007. 25 с.

3. Самарина Л. В., Чурюкина К. Ю. Методическое пособие «Альтернативная и дополнительная коммуникация», 2024. 19 с. Эл. издание.

УДК 364.24

*Гурова Т. В. заведующий отделением медико-социальной реабилитации,
врач-невролог, врач-рефлексотерапевт
ГБСУ СО ОРЦДИ «Надежда»*

ВЛИЯНИЕ НЕУГАСШИХ РЕФЛЕКСОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Аннотация. Статья посвящена проблеме нейромоторного развития ребенка раннего возраста и влияние неинтегрированных рефлексов на формирование двигательных и когнитивных навыков.

Ключевые слова: врожденные (примитивные) рефлексy, неинтегрированные рефлексy, праксис, нейромоторное развитие, двигательные паттерны, рефлекс Моро, рефлекс Галанта, симметричный шейный тонический рефлекс, асимметричный шейный тонический рефлекс, постуральный контроль.

Рефлексy представляют собой двигательный ответ на воздействие определенных раздражителей внешней и внутренней среды. Ребенок рождается с определенным набором врожденных (примитивных) рефлексов, которые защищают его и адаптируют к новым условиям вне матери. В дальнейшем первичные защитные рефлексy вытесняются двигательными позотоническими рефлексами, которые определяют нейромоторное развитие ребенка. Таким образом, рефлексy имеют двойное значение для ребенка – защищать и развивать.

По мере созревания центральных отделов головного мозга все рефлексy претерпевают определенные изменения во времени, трансформируясь из непро-

извольного двигательного акта в целенаправленное движение (праксис) и освоение ребенком нового навыка. Двигательное планирование (праксис) – это наивысшая и самая сложная форма функционирования мозга у детей. Лев Выготский отмечал: «Самые первые рефлексыв новорожденного никуда не исчезают, они продолжают работать, но уже функционируя в составе формаций высшей нервной деятельности».

Каждый рефлекс имеет свои сроки появления и угасания. Рефлекс угасает только после его созревания и при условии, что был вызван. При определенных условиях рефлексыв, не проходя стадии созревания, оказываются неинтегрированными. Это создает предпосылки для нарушения процессов возбуждения и торможения нервной системы и препятствует дальнейшему процессу миелинизации структур головного мозга, высшие «корковые» функции оказываются управляемы стволем головного мозга. Наличие неинтегрированных рефлексыв является ранним индикатором нарушений моторного и психического развития у детей раннего возраста.

Рассмотрим основные рефлексыв, которые влияют на развитие ребенка раннего возраста.

Рефлекс Моро – это врожденный рефлекс, который формируется уже на 9 неделе беременности и является рефлексом пробуждения в ответ на звук, яркий свет, изменение положения головы и проявляется во время прохождения ребенком через родовые пути. Дети с неинтегрированным рефлексом Моро проявляют повышенную чувствительность к различным сенсорным стимулам, например, к звукам, свету, прикосновениям, часто испытывают сенсорные перегрузки, что выражается в эмоциональной лабильности, импульсивности, низкой концентрации внимания, нарушении взаимодействия и общения с другими людьми, поддержании мотивации и интереса к более сложной деятельности.

Лабиринтный тонический рефлекс (ЛТР) – это врожденный рефлекс, который появляется на 12 неделе внутриутробного развития, активизируется при рождении ребёнка и является первичной реакцией на силу тяжести. Неинтегрированный лабиринтный тонический рефлекс будет проявляться нарушением постурального контроля у ребенка, трудностями зрительного восприятия, слухового внимания, нарушениями вокализации и артикуляционного праксиса.

Асимметричный шейный тонический рефлекс (АШТР) относится к врожденным позотоническим рефлексам, который формируется внутриутробно на 18 неделе беременности и созревает до 4-6 месяцев. У детей с персистирующим АШТР наблюдаются трудности с освоением двигательных навыков, а именно переворачиванием, ползанием по-пластунски и на четвереньках, со способностью пересекать среднюю линию тела, с возможностью осваивать бинокулярное зрение и бинауральный слух, формировать ось «глаза-рука». Неинтегрированный АШТР может стать причиной нарушений зрения в будущем. В некоторых исследованиях отмечается связь между сохранением АШТР и развитием латеральности у ребенка.

Симметричный шейный тонический рефлекс (СШТР), подобно АСШТ, является врожденным позотоническим рефлексом, формируется на 20 неделе внутриутробного развития и созревает до 9-11 месяцев. Дети с персистирующим СШТР испытывают трудности в удержании позы сидя, в положении на стуле ребенок «обхватывает» ногами ножки стула или сидит в порочной позе.

Рефлекс Галанта – это рефлекс, который появляется на 20 неделе внутриутробного развития и способствует прохождению ребенка по родовым путям. Неинтегрированный рефлекс Галанта проявляется нежеланием носить тесную одежду, нарушением формирования туалетных навыков.

Развитие ребенка с неинтегрированными рефлексам проходит с изменением последовательности включения двигательных паттернов, что приводит к

дефицитарности не только двигательной, но и речевой, эмоциональной сферы. Ранее наличие неинтегрированных рефлексов у ребенка ассоциировали с тяжелыми заболеваниями нервной системы, а именно детским церебральным параличом. В последние несколько лет активность примитивных рефлексов была выявлена и коррелировала с клиническими симптомами у большинства детей, имеющих ЗПР, ЗРР, РАС, СДВГ, УО. У детей с наличием неинтегрированных рефлексов, как правило, наблюдаются диспраксия и нарушение постурального контроля.

Список литературы

1. Э. Джин Айрес. Ребенок и сенсорная интеграция. Издательство Теревиф, 2009.
2. Выготский Л. С. История развития высших психических функций. Издательство Юрайт, 2025.
3. Журба Л. Т., Мастюкова Е. М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни: монография. М.: Медицина, 1981.

УДК 376

*Гусакова Ю. В. педагог-психолог службы ранней помощи,
Мордвина Н. В. учитель-дефектолог службы ранней помощи,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие», Россия, г. Астрахань*

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА FLOORTIME В ПРАКТИКЕ СПЕЦИАЛИСТА СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Аннотация. В статье раскрываются возможности использования метода игровой недирективной терапии Floortime в практике специалиста службы ранней помощи для детей с ограниченными возможностями здоровья. Описывается опыт применения метода в службе ранней помощи на базе ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» в коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с ОВЗ, в том числе детей-инвалидов, в основу которого положен свойственный ребёнку способ взаимодействия с окружающим миром – игра.

Ключевые слова: служба ранней помощи, метод игровой недирективной терапии Floortime, индивидуальные особенности, модель функционального эмоционального развития, игровая активность.

Методы раннего вмешательства играют ключевую роль в поддержке детей, сталкивающихся с задержками в психоречевом и моторном развитии, а также с поведенческими и социальными трудностями. Одним из наиболее действенных подходов в этой области является Floortime, разработанный доктором Стэнли Гринспеном и психологом Сериной Уидер. Этот метод направлен на всестороннее развитие ребенка, учитывая его уникальный опыт и особенности общения.

В научно-практическом центре «Коррекция и развитие» уже несколько лет успешно проводятся занятия по игровой недирективной терапии Floortime. В рамках этих занятий специалисты помогают детям развивать навыки взаимодействия и общения с окружающими, а также учиться выражать свои потребности и идеи. Floortime способствует развитию игровой активности ребенка, постепенно переходя от простых подвижных и сенсорных игр к более сложным сюжетным и ролевым играм.

Суть метода Floortime заключается в понимании и работе с шестью основными этапами функционального эмоционального развития:

1. Регуляция внимания и эмоционального состояния.
2. Формирование привязанности и близких отношений.
3. Развитие двустороннего общения.
4. Совместное решение социально-эмоциональных задач.
5. Формирование представлений об окружающем мире через символы и идеи.
6. Развитие логического мышления и способности к абстрагированию.

Каждый из этих этапов соответствует определенному уровню зрелости мозговых функций, что позволяет специалистам эффективно строить индивидуальные программы поддержки для ребенка.

Применяя Floortime, специалист службы ранней помощи создает оптимальные условия для развития ребенка. Этот метод предполагает активное вовлечение взрослого в игровую деятельность, стимулируя естественные способности ребенка.

Основные этапы работы специалиста по методике Floortime включают:

1. Оценка текущих потребностей и возможностей ребенка. Специалист определяет текущий уровень развития ребенка и намечает дальнейшие направления работы.

2. Создание подходящей среды. Формируется комфортное для ребенка пространство, учитывающее его индивидуальные особенности восприятия и сенсорный опыт.

3. Стимулирование инициативы и самостоятельности. Взрослый создает условия, побуждающие ребенка активно участвовать в игре и выражать свои желания.

4. Развитие диалога и взаимопонимания. Специалист, вовлекая ребенка в совместные занятия, налаживает двусторонний контакт, что помогает ему осваивать навыки общения с другими людьми.

5. Игры как инструмент познания. Через игрушки и предметы ребенок учится связывать понятия и находить решения для повседневных задач.

6. Вовлечение семьи в терапию. Родители становятся активными участниками занятий, что обеспечивает непрерывность поддержки ребенка и закрепление достигнутых результатов за пределами терапевтических сессий.

Такие занятия особенно полезны для:

- детей, которым сложно устанавливать контакт и общаться с окружающими, которые предпочитают уединение в своих играх;
- детей с задержками в речевом развитии;
- детей, испытывающих трудности в общении со сверстниками и не участвующих в совместных играх;
- детей, которые быстро теряют интерес к одной игре и переключаются на другую, испытывая трудности с концентрацией;
- детей, которые, наоборот, склонны к однообразным и повторяющимся играм, как будто «застревая» на них.

Метод Floortime показал свою эффективность в улучшении навыков общения, социального взаимодействия и когнитивного развития у детей с различными

особенностями развития. Его гибкость позволяет адаптировать занятия под индивидуальные потребности каждого ребенка и его семьи, встраивая их в повседневную жизнь и делая частью общего плана реабилитации.

Кроме того, Floortime способствует укреплению связи между детьми и взрослыми, создает атмосферу сотрудничества и повышает уверенность ребенка в себе.

В целом, метод Floortime обладает большим потенциалом для эффективной помощи детям раннего возраста, испытывающим трудности в развитии. При правильном и последовательном применении он помогает преодолевать эти трудности, давая каждому ребенку возможность активно участвовать в жизни своей семьи и общества.

Список литературы

1. Бучилова И. А., Селина А. В., Александрова А. В. Игротерапия как средство коррекции нарушений поведения у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2015. Т. 13. С. 1396–1400. URL: <http://e-koncept.ru/2015/85280.htm>.
2. Воспитание детей в игре: Пособие для педагога / Сост. А. К. Бондаренко, А. И. Матусик. 2-е изд. перераб. и доп. М.: Просвещение, 2003
3. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. Москва: Теревинф, 2013. 512 с. ISBN 978-5-4212-0148-9.
4. Романовский, Н. В. Ребенок и семья в подходе DIR/FLOORTIME / Романовский Н. В., Азирова А. А. // Научно-практический интернет журнал «Психология и психотерапия семьи». 2020. № 2. С. 12–22. URL: <https://familypsychology.ru/practice/family-child-in-dirfloortimeapproach> (дата обращения: 09.11.2022) DOI: 10.24411/2587-6783-2020-10009

УДК 376

Жигульская Е. М. учитель-дефектолог,

Мордвина Н. В. учитель-дефектолог,

Гусакова Ю. В. педагог-психолог

НПЦРД «Коррекция и развитие»

г. Астрахань

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ОЦЕНОЧНЫХ ПРОЦЕДУР ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РАБОТЫ С РЕБЁНКОМ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Аннотация. Служба ранней помощи (СРП) играет важную роль в поддержке семей, воспитывающих детей с особыми потребностями развития, в возрасте от рождения до трех лет. Основой эффективной работы СРП является разработка и реализация индивидуальной программы работы с ребенком (ИПР), которая строится на глубоком и всестороннем понимании его потребностей, сильных сторон и потенциала. Достижение этой цели невозможно без применения комплексного подхода к проведению оценочных процедур. Комплексный подход подразумевает использование разнообразных методов, инструментов и привлечение различных специалистов для получения максимально полной и объективной картины развития ребенка и его семьи.

Ключевые слова: служба ранней помощи, потребности ребенка, индивидуальный план, оценочные процедуры, метод, диагностика.

Цели и Задачи Оценочных Процедур в СРП

Основная цель оценочных процедур в СРП – сбор информации, необходимой для:

- **Идентификации потребностей ребенка:** Выявление задержек или нарушений в различных областях развития (моторной, когнитивной, речевой, социально-эмоциональной, адаптивного поведения).

- **Определения сильных сторон и ресурсов ребенка:** Акцентирование внимания на том, что ребенок умеет делать хорошо, и на его потенциале к обучению и развитию.

- **Формулирования реалистичных и достижимых целей:** Определение конкретных, измеримых, достижимых и ограниченных по времени целей для ИПР.

- **Разработки индивидуальной программы работы:** Создание плана мероприятий, направленных на достижение поставленных целей, с учетом особенностей ребенка и семьи.

- **Мониторинга прогресса и корректировки ИПР:** Регулярная оценка эффективности проводимой работы и внесение необходимых изменений в программу.

Принципы Комплексного Подхода к Оценке

Комплексный подход к оценочным процедурам в СРП базируется на следующих принципах:

- **Многомерность:** Оценка охватывает все ключевые области развития ребенка.

- **Многоаспектность:** Учитываются не только сам ребенок, но и его семья, социальное окружение и условия жизни.

- **Динамичность:** Оценка рассматривается как непрерывный процесс, а не однократное событие.

- **Индивидуализация:** Методы и инструменты оценки подбираются с учетом возраста, особенностей развития и культурного фона ребенка и семьи.
- **Сотрудничество:** Активное вовлечение родителей/законных представителей в процесс оценки.
- **Междисциплинарность:** Привлечение специалистов из различных областей для получения всесторонней оценки.
- **Этичность:** Соблюдение конфиденциальности, уважение к семье и ребенку.

Компоненты Комплексного Оценочного Процесса

Комплексный оценочный процесс в СРП включает в себя следующие ключевые компоненты:

Первичный Сбор Информации (Скрининг и Анкетирование)

Цель: Быстрое выявление детей, нуждающихся в более детальной оценке, и сбор базовой информации о семье и ребенке.

Методы:

- **Анкететы для родителей:** Сбор информации о беременности, родах, раннем развитии ребенка, семейной истории, наличии медицинских проблем, социальных условиях.
- **Первичная беседа с родителями:** Установление контакта, сбор анамнеза, выяснение основных опасений и ожиданий родителей.

Диагностическая Оценка Развития Ребенка

Цель: Детальное изучение уровня развития ребенка в различных областях.

Методы: стандартизированные тесты и шкалы: когнитивное развитие; моторное развитие; речевое развитие; социально-эмоциональное развитие; адаптивное поведение.

Неформальные методы наблюдения:

• **Наблюдение в естественной среде:** Наблюдение за ребенком во время игры, взаимодействия с родителями или сверстниками в привычной обстановке (дома, на игровой площадке). Это позволяет оценить, как ребенок использует свои навыки в реальных ситуациях.

• **Структурированное наблюдение:** Наблюдение за ребенком во время выполнения определенных заданий или в специально созданных ситуациях, направленных на оценку конкретных навыков (например, выполнение инструкции, взаимодействие с игрушками).

• **Игровые методы оценки:** Использование игры как инструмента для оценки различных аспектов развития, особенно для детей младшего возраста, которые лучше всего проявляют себя в игровой деятельности.

• **Оценка функциональных навыков:** Оценка повседневных навыков, таких как самообслуживание (питание, одевание, гигиена), навыки передвижения, коммуникации.

• **Оценка сенсорной интеграции:** Оценка того, как ребенок обрабатывает сенсорную информацию (зрительную, слуховую, тактильную, вестибулярную, проприоцептивную) и как это влияет на его поведение и обучение.

Междисциплинарная Оценка

Цель: Получение комплексной картины развития ребенка путем привлечения специалистов из разных областей.

Специалисты, участвующие в оценке:

- **Педагог раннего развития/дефектолог:** Оценка когнитивного, речевого, социального и игрового развития.
- **Логопед:** Оценка речевого развития, понимания речи, артикуляции, коммуникативных навыков.
- **Физический терапевт/реабилитолог:** Оценка моторного развития, крупной и мелкой моторики, постурального контроля, навыков передвижения.
- **Эрготерапевт:** Оценка мелкой моторики, навыков самообслуживания, сенсорной интеграции, игровых навыков.
- **Психолог:** Оценка эмоционального состояния, поведения, социального взаимодействия, когнитивных функций.
- **Медицинский работник (педиатр, невролог):** Оценка общего состояния здоровья, выявление медицинских причин задержек развития, рекомендации по медицинскому сопровождению.
- **Социальный работник:** Оценка семейной ситуации, доступности социальных услуг, выявление потребностей семьи в поддержке.

Эффективное взаимодействие команды предполагает регулярное общение, обмен информацией, совместное планирование и проведение оценочных процедур, а также согласованное принятие решений при разработке и корректировке ИПР.

Методы междисциплинарной оценки:

- **Совместное наблюдение:** Специалисты наблюдают за ребенком одновременно, обмениваясь наблюдениями и интерпретациями.
- **Обмен информацией:** Специалисты предоставляют друг другу письменные или устные отчеты о своих находках.
- **Междисциплинарные совещания:** Обсуждение результатов оценки всеми специалистами для формирования единого видения и выработки рекомендаций.

Процесс Составления Индивидуальной Программы Работы (ИПР)

Результаты комплексной оценочной процедуры являются основой для разработки ИПР. Этот процесс включает следующие этапы:

- **Анализ и синтез полученной информации:** Все собранные данные (результаты тестов, наблюдений, интервью) анализируются и обобщаются. Выявляются ключевые проблемы, сильные стороны ребенка и семьи, а также их потребности.

- **Формулирование целей:** На основе анализа определяются конкретные, измеримые, достижимые и ограниченные по времени цели для ребенка и семьи. Цели должны быть ориентированы на развитие ребенка и поддержку семьи.

- **Разработка стратегий и мероприятий:** Для достижения поставленных целей разрабатываются конкретные мероприятия, которые будут проводиться специалистами СРП, родителями и другими участниками. Мероприятия должны быть адаптированы к индивидуальным потребностям ребенка и семьи.

- **Определение ролей и ответственности:** Четко определяются роли каждого специалиста, родителей и других участников в реализации ИПР.

- **Планирование мониторинга и оценки:** Разрабатывается система регулярного мониторинга прогресса ребенка и эффективности ИПР. Определяются критерии оценки достижения целей и сроки проведения повторных оценок.

- **Согласование ИПР с семьей:** Разработанная программа обсуждается с родителями/законными представителями, их обратная связь учитывается, и программа утверждается совместно.

Мониторинг и Переоценка

Оценочные процедуры не являются однократным событием. Они должны проводиться регулярно для:

- **Отслеживания прогресса ребенка:** Оценка того, насколько успешно ребенок достигает поставленных в ИПР целей.

• **Выявления новых потребностей:** По мере развития ребенка могут появляться новые потребности или меняться приоритеты.

• **Корректировки ИПР:** На основе данных мониторинга ИПР может быть скорректирована для более эффективного достижения целей.

• **Оценки эффективности работы СРП:** Регулярная переоценка позволяет оценить, насколько эффективно служба справляется со своими задачами.

Периодичность переоценки определяется индивидуальными потребностями ребенка и семьи, а также рекомендациями специалистов.

Список литературы

1. Авдеева И. С. Помоги мне сделать самому : (развитие навыков самообслуживания) : [от 0 до 3 лет] / И. С. Авдеева, М. Г. Борисенко, Н. А. Лукина. СПб. : Паритет, 2003. 109 с.

2. Верхотурова Ю. А. О содержании понятия «педагогическое взаимодействие родителей с детьми раннего возраста» // Вестн. социально-гуманитар. образования и науки, 2011.

3. Закревская О. В. Развивайся, малыш: система работы по профилактике отставания и коррекции отклонений в развитии детей раннего возраста. М., 2008.

4. Суркова Т. В. К проблеме развития и обучения детей раннего возраста // Вектор науки Тольяттинского гос. ун-та, 2011.

5. Филипович И. В. Взаимодействие специалиста, родителя и ребенка раннего возраста в коррекционно-педагогическом процессе // Логопед. 2004. № 6. С. 40–47.

УДК 376

*Зырянова Анита Викторовна педагог-психолог службы ранней помощи,
Белослуцких Александра Владимировна руководитель службы ранней помощи
МАДОУ детский сад № 133 города Тюмени*

ПРОЕКТ ГЕОКВЕСТ «КУЛЬТУРНЫЕ КОДЫ ТЮМЕНИ» КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Аннотация. Практика «ГеоКвест культурные коды для малышей и их родителей» связана с использованием пространства города и направлена на триаду «педагог–родитель–ребенок», она дает возможность детям с особенностями развития и их семьям развить социально-коммуникативные навыки и получить опыт позитивной социализации в процессе моделирования взаимодействия взрослого с ребенком, совместно со специалистами детского сада. В процессе реализации практики семьям предлагается принять участие в игре «ГеоКвест», которая позволяет расширить социальные контакты семьи, развить навыки коммуникации, удовлетворить потребности семьи в активном досуге, создать условия для позитивной социальной адаптации, используя специально разработанный специалистами маршрут для изучения социокультурного пространства города Тюмени. Практика реализуется при участии специально подготовленных специалистов (педагогов-психологов, учителя-дефектолога, тьютора, волонтеров) и родителей.

Ключевые слова: повышение компетенции родителей, развитие ребенка раннего возраста с особенностями развития, социально-коммуникативное развитие, социализация.

Семьи, воспитывающие детей раннего возраста с особенностями развития, часто сталкиваются с проблемой социальной адаптации. Они не могут найти способы эффективной коммуникации со своим ребенком, испытывают трудности с поведением ребенка при посещении общественных мест.

Семья рассматривается как основная единица программы ведь, чтобы ребенок освоил какой-то новый навык, нужно многократное его повторение. Именно семья дает постоянство, стойкость воспитательных воздействий на ребенка со стороны всех членов семьи.

Цель проекта: оказание помощи в формировании собственных социально-коммуникативных навыков ребенка: начинать, поддерживать и регулировать взаимодействие с другими детьми, знать и понимать, уметь выполнять различные нормы и правила, а также включаться в общие социальные активности вместе с другими детьми, а так же оказание помощи родителям в предоставлении информации о включении ребенка в игру с другими детьми, а также организация и поддержание условий, в которых такое взаимодействие будет для ребенка наиболее приятным, что способствует повышению родительских компетенций, обогащению семейных традиций, использованию развивающего потенциала города, расширению социальных контактов семьи, предупреждению социальной изоляции семей с детьми с особенностями развития, а так же создает условия для активного семейного досуга семьи, что в ведет к снижению эмоционального напряжения семей-участников практики.

Специалисты проявляют уважение к индивидуальным особенностям и возможностям детей и родителей в процессе разработки и реализации практики. Для каждого ребенка формируются индивидуальные цели, которые реализуются как на групповых встречах с детьми, родителями и специалистами, так и в ежедневных жизненных ситуациях. Исходя из индивидуальных целей участников проекта, включенных в группу, специалисты планируют занятия и активности.

Каждая семья создает свой индивидуальный альбом, который позволяют каждому родителю понять индивидуальные особенности своего ребенка и научиться находить приемы и методы для его обучения и продолжить развивать ребенка, используя полученные рекомендации. Специально созданная среда, многофункционального образовательного пространства детского сада «Поляна активности» состоящая из 6 зон (разминки, общения, развития крупной, мелкой моторики, сенсорной чувствительности и использование фольклорных элементов) дает новые возможности для развития ребенка, а поддержка специалистов оказывает направляющую помощь для родителей. При составлении маршрута игры Гео-Квест специалисты продумали места города с наибольшим потенциалом для развития ребенка, из которых родители самостоятельно определяют для себя куда они могут поехать со своим ребенком исходя из своих возможностей. Это позволяет семье преодолеть барьеры и страхи при посещении общественных мест.

В процессе реализации проекта при поддержке специалистов и родителей дети учатся играть рядом с другими детьми, обращать на них внимание, включаться при поддержке взрослого в ситуации коммуникации и взаимодействия.

Всего проект включает в себя 9 еженедельных практических встреч со специалистами, длительностью 60 минут в условиях детского сада.

Остальные действия по реализации проекта совершают родители с детьми самостоятельно в условиях дома, детских площадок и социокультурных объектов города Тюмени с эпизодическим сопровождением специалистами по запросу родителей.

Для реализации практики применяются методы, приемы и обучающие стратегии в соответствии с стандартом оказания услуг ранней помощи, для улучшения социальных навыков ребенка, такие как: создание социальных ситуаций: на занятии специально моделируется социальная; ситуация, идентичная про-

блемной ситуации в жизни, и ребенок справляется с ней при помощи специалиста и родителей, после чего навык обобщается и переносится на ситуации вне занятий; поддержка социальной инициативы ребенка; создание безопасного и позитивного социального опыта: на занятии особое внимание уделяется созданию максимального количества позитивных ситуаций взаимодействия ребенка со сверстниками; метод социальных историй: моделирование при помощи книг, игры с игрушками или последовательности картинок социальных ситуаций с образцами социального поведения; моделирование взаимодействия взрослого с ребенком, способствующего развитию социальных навыков ребенка; создание среды для общения родителей друг с другом с целью обмена опытом и информацией в вопросах социализации их детей, обсуждения насущных тем, связанных с этим.

Для оценки эффективности практики «ГеоКвест. Культурные коды Тюмени» используется обратная связь от участников методом анкетирования, основанном на консультативной практике Юговой О. В., а также мониторинг развития детей, который проводится с использованием специально разработанных чек-листов на основе Карт развития детей Мишляевой Е. Ю. Полученная в ходе реализации практики обратная связь позволяет сделать следующие выводы о реализации практики.

- Родители повысили компетентность в вопросах социально-коммуникативного развития собственного ребенка, научились практическим методам и приемам формирования у него социальных навыков. Они осознали важность организации активного семейного досуга, совместных развивающих прогулок с детьми, с использованием развивающего пространства социально-культурных объектов города Тюмени, отметили эффективность применения полученных знаний для развития своего ребенка.

- Дети получили позитивный опыт социального взаимодействия, адаптации к новым условиям и развили важные социально-коммуникативные навыки,

необходимые для успешной социализации в обществе. Они под чутким руководством специалистов и поддержке родителей стали инициировать общение со взрослыми и сверстниками, включаться в игру, реагировать и понимать важные сигналы «стоп», «нельзя», ходить на прогулке с родителями спокойно, за руку, ждать своей очереди в игре и другие важные социально-коммуникативные навыки.

- Специалисты получили неоценимый опыт по взаимодействию с родителями, воспитывающих детей с особенностями развития, развили свои профессиональные навыки в области социально-коммуникативного развития детей, а также приобрели опыт методического обеспечения реализации практики «Гео-Квест. Культурные коды».

Список литературы

1. Выготский Л. С. В 92 Педагогическая психология / Под ред. В. В. Давыдова. М.: Педагогика-Пресс, 1999.
2. Ранняя помощь научно-доказанные методики, фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации: методическое пособие. Москва, 2023.
3. Услуги ранней помощи, эксперты Ассоциации профессионального сообщества и родительских организаций по развитию ранней помощи: методическое пособие, ИРАФ. Санкт-Петербург, 2020.
4. Психология личности: культурно-исторический подход: материалы XX Международных чтений памяти Л. С. Выготского / Под ред. Г. Г. Кравцова: В 2 т. Т. 2, Москва, 2019.
5. Сборник методических материалов по организации воспитания и обучения дошкольников с тяжелыми множественными нарушениями развития Е. А. Акимова, Е. М. Владыко, Н. Н. Павлова, К. А. Бруцкая. Москва, 2021.

УДК 616-036.85

Коврова Марина Викторовна заместитель директора по медицинской части,

врач-педиатр высшей квалификационной категории,

Демонова Татьяна Александровна врач-педиатр

высшей квалификационной категории,

Антропович Ольга Григорьевна врач-невролог

высшей квалификационной категории

Государственное казенное учреждение социального обслуживания

«Центр содействия семейному воспитанию № 2» г. Магнитогорск

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИКИ АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

С ПОСЛЕДСТВИЕМ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦНС

Аннотация. В статье раскрываются и приведен анализ современных методов абилитации детей раннего возраста с последствием врожденных пороков развития ЦНС, применяющихся в Центре содействия семейному воспитанию № 2 г. Магнитогорск.

Ключевые слова: медицинская абилитация, врожденные пороки развития, методы, анализ.

В раннем возрасте закладывается фундамент будущей личности, продолжают формироваться основы физического и психического здоровья ребенка. Именно ранняя помощь предоставляет исключительные возможности для нормализации темпа и хода психического развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья и риском развития ограничений жизнедеятельности.

Комплексная абилитация ребенка с последствиями врожденных пороков развития ЦНС в условиях Центра, включает в себя диагностический, коррекционно-развивающий и аналитический этапы.

Диагностический этап реализуется по четырем направлениям: медицинскому, психологическому, педагогическому, логопедическому.

Особое внимание уделяется медицинскому направлению, в рамках которого осуществляется осмотр детей специалистами, прежде всего педиатром и неврологом. При подозрении на наличие сенсорных нарушений дополнительно проводится отоларингологическое, офтальмологическое обследование.

Важным этапом в оценке исходного состояния ребенка имеющего врожденный порок развития ЦНС или с подозрением на наличие задержки развития является функциональная диагностика нервной системы. А именно проведение НСГ, ЭЭГ, исследование глазного дна ребенка, при наличии показаний проведение КТ и МРТ исследование зрительных и слуховых потенциалов.

Траектория ведения ребенка с перинатальной патологией формируется на основе комплексной медикаментозной, нейропротективной, противосудорожной, сосудистой, иммуномодулирующей, метаболической терапии, а также абилитации и реабилитации с применением прикладной кинезиотерапии (черепашка для обучения ползанию, вертикализатор, опора для сидения и лежания, ходунки с фиксацией позвоночника), физиотерапевтического лечения; психолого-педагогической коррекции, ортопедическим сопровождением, нейрореабилитацией, что важно для определения резервов снижения уровня инвалидности.

Программу раннего вмешательства для детей от 1 месяца до 4 лет осуществляет команда специалистов. Составляется индивидуальный план абилитации на каждого ребенка.

Высокоэффективными методами абилитации детей, в том числе недоношенных, является: тактильная стимуляция, «гнезда» и другие укладки, ароматерапия, имитация условий невесомости (метод сухой эммерсии), музыкотерапия.

Пальчиковая гимнастика для новорожденных (тактильная стимуляция ладоней) способствует развитию слухового сосредоточения и первых эмоциональных реакций, положительно влияет на динамику развития тонкой моторики и речи.

В нашем центре в течение пяти лет для абилитации детей с поражением ЦНС применяется метод транскраниальной микрополяризации.

Транскраниальная микрополяризация (ТКМП) – метод лечения, позволяющий стимулировать, менять функциональное состояние разных составляющих ЦНС. В ходе этой процедуры осуществляется воздействие слабым током на области головы.

Под воздействием этих импульсов в головном мозге нормализуются процессы возбуждения и торможения, облегчается взаимодействие между нейронами и улучшается передача нервных импульсов, а кроме того подключаются и активизируются дополнительные участки мозга (речь, внимание, мышление), что способствует восстановлению ЦНС.

Продолжаем использовать больше 8 лет нейро-ортопедический костюм «Атлант» для детей с детскими церебральными параличами. В комбинезон плотно облегающего силуэта встроены пневмокамеры, расположенные по ходу мышц – антогонистов туловища и конечностей. Нагнетание в камеры воздуха, обеспечивает срабатывание натяжного устройства (НУ) и обжимает все тело пациента, что активизирует проприоцептивное раздражение, которое вызывает мощный поток нервных импульсов в двигательную зону коры головного мозга, что обеспечивает нейрофизиологические условия для удержания позы, с последующей перестройкой систем супраспинального двигательного контроля на более близкое к норме физиологическое состояние. Достигнутый таким способом внешний корсет обеспечивает малоэнергоемкое удержание вертикальной позы путем механического придания ему корригированного положения за счет разведения плеч, формирования физиологически правильного изгиба позвоночника, мягким фиксирующим ортезированием верхних и нижних конечностей, обеспечивающим вертикализацию (прямостояние) пациента.

Приводим собственное клиническое наблюдение:

Ребенок Т.Д.Д. От 3 беременности, на фоне хронического алкоголизма, туберкулеза. Роды на сроке 32 недели в состоянии алкогольной комы. Апгар 1-2

баллов, масса при рождении 1455 г. Состояние после рождения тяжелое, меры реанимации в родблоке, ИВЛ, интубация. С рождения на зондовом питании. В Центр поступила в возрасте 2-х месяцев. Поступила с диагнозом: Синдром дыхательных расстройств у новорожденного. Последствие токсически – геморрагического поражения ЦНС, двухстороннее ВЖК 2 степени. ВПС: ДМПП(2), ОАП НК0. Врожденный гипотиреоз. В возрасте 1 года, установлена гастростома, в связи с отсутствием глотательного рефлекса. Проведена комплексная абилитация с использованием всех имеющихся современных методик реабилитации. Достигнуты положительные результаты. Девочка начала самостоятельно глотать (снята гастростома и переведена на самостоятельное питание). Дала положительную динамику в статомоторном развитии (стала самостоятельно ходить, частично себя обслуживает). Сформировались когнитивные функции (появилась речь, положительные эмоции, игра, социализирована). Ребенком заинтересовалась будущая приемная семья.

Успешнее всего абилитации и реабилитации поддаются младенцы. У новорожденных еще не закреплены патологические рефлексы выпрямления. Своевременно начатое лечение во многих случаях дает стабильный результат: ребенок может научиться ползать на четвереньках, уверенно сидеть, хватать руками игрушки, в дальнейшем – ходить и говорить.

Заключение. Заключительный – аналитический этап работы предполагает проведение специалистами Центра контроля и оценки эффективности абилитационной помощи. Особую актуальность при этом приобретает задача мониторинга эффективности комплексной абилитации: оценка доступности, качества её содержания. С этой целью используется мониторинговая карта индивидуального развития ребенка, которая предполагает анализ и фиксацию изменений познавательных процессов, психических состояний, личностных реакций у ребенка в результате медико-психолого-педагогических воздействий. На основе анализа динамики развития ребенка оценивается эффективность процесса абилитации, намечается перспективное планирование коррекционно-развивающей работы и

согласуются дальнейшие меры медицинской или психолого-педагогической помощи.

Эффективность абилитационной помощи зависела от степени тяжести дефекта у ребенка, времени начала абилитационной помощи.

Таким образом, результатами абилитационной помощи в условиях Центра явились: гармоничное развитие личностных качеств ребёнка, выявление его потенциала, в соответствии с возрастом; осознание ребенком собственной индивидуальности, своих возможностей; освоение умения общаться со сверстниками и взрослыми, развитие необходимых двигательных навыков

Практический опыт работы подтверждает, что организованная ранняя помощь, основанная на взаимодействии специалистов, позволяет своевременно предупредить и скорректировать нарушения в развитии детей.

Представленный опыт работы может быть полезен специалистам, работающим с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья и риск развития ограничений жизнедеятельности, и применяться в их профессиональной деятельности.

Список литературы

1. Алпатова Н. С., Долецкий А. Н., Алпатов М. А. Комплексная абилитация детей с ограниченными возможностями здоровья и риском развития ограничения жизнедеятельности // Современные наукоемкие технологии. 2023. № 4. С. 127–131.
2. Бородулина Т. В. Особенности физического и нервно-психического развития детей, воспитывающихся в условиях дома ребенка // Вопросы современной педиатрии. 2009; 8 (4):121–124.
3. Воробьева Е. А. Формирование здоровья детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы, воспитывающихся в домах ребенка и детских домах, профилактика его нарушений: автореф. дис. ... доктор мед. наук. Иваново, 2008.

УДК 376

Коченева Ольга Евгеньевна учитель-дефектолог,
Скрипко Мария Николаевна учитель-дефектолог
ГАОУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие», г. Астрахань

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РАЗВИТИЮ МЕЖПОЛУШАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Аннотация. В статье рассматривается потенциал нейропсихологических игр как инновационного инструмента для стимуляции межполушарного взаимодействия у детей раннего возраста. Данный подход эффективен в оптимизации когнитивных процессов и гармоничном развитии мозговой деятельности. Активизация межполушарного взаимодействия способствует улучшению памяти, внимания, речевой функции и мышления, что является фундаментальной основой для успешного обучения и адаптации ребенка в социуме.

Ключевые слова: нейропсихологические игры, межполушарное взаимодействие, когнитивные функции, ранний возраст, сенсомоторный опыт.

Современное отечественное образование активно интегрирует инновационные методики, основанные на принципах нейропсихологии. В контексте раннего дошкольного воспитания особое внимание уделяется развитию межполушарного взаимодействия, что обусловлено его значимостью для формирования когнитивных и психомоторных функций. Согласно исследованиям, А. Р. Лурия

и его последователей, межполушарное взаимодействие представляет собой интегративный механизм, обеспечивающий согласованную работу левого и правого полушарий головного мозга.

Межполушарное взаимодействие является ключевым аспектом когнитивного развития, так как оно обеспечивает синергетическую работу различных мозговых структур. Нарушение данного процесса может привести к дисбалансу в когнитивной и эмоциональной сферах, а также к затруднениям в обучении. В связи с этим, развитие межполушарного взаимодействия рассматривается как приоритетная задача в нейропсихологической коррекции и профилактике.

Нейропсихологические игры представляют собой специально разработанные упражнения, направленные на стимуляцию когнитивных функций и межполушарного взаимодействия. Они включают в себя элементы двигательной активности, сенсорного восприятия и когнитивных процессов, что способствует формированию сложных нейронных связей между различными отделами мозга.

Практика показывает, что систематическое использование нейроигр у детей раннего возраста способствует:

- укреплению межполушарных связей;
- развитию когнитивных функций (внимания, памяти, мышления и речи);
- формированию эмоционально-волевой сферы;
- повышению стрессоустойчивости и снижению утомляемости;
- формированию новых нейронных связей;
- развитию мелкой и крупной моторики;
- повышению умственной работоспособности.

Приведем примеры нейропсихологических игр для развития межполушарного взаимодействия у детей раннего возраста, применяемые в условиях работы службы ранней помощи.

1. **«По камешкам».** Ребенок двигается по кругу, наступая на гладкие речные камни и карточки с изображениями предметов, под ритмичное стихотворение.

Я камушек дивный нашел на реке,

Я спинку ему согреваю в руке.

Ведь камушек этот, наверно, вовек

В руках не держал ни один человек!

Когда стихотворение заканчивается, ребенок поднимает карточку, на которой остановился и описывает изображенный на ней предмет.

2. **«Полоса препятствий».** Развитие координации и межполушарного взаимодействия через двигательные упражнения. Для данной игры подготавливаем отпечатки рук и ног, которые необходимо разложить в две линии. Ребёнок ставит ногу на первый отпечаток ступни или руку на первый отпечаток ладони. Нужно следить, чтобы он выбирал правильную сторону – правую или левую. Ребёнок должен пройти по всей дорожке, ставя руки и ноги на соответствующие отпечатки.

3. **«Двойные рисунки».** Одновременное обведение симметричных изображений двумя руками, что способствует развитию межполушарного взаимодействия и моторики.

4. **«Кулак-ладонь».** Упражнение на развитие моторики и фонематического восприятия. Нужно запомнить положения рук на плоскости стола, последовательно сменяющих друг друга: ладонь, сжатая в кулак, распрямлённая ладонь. Упражнение выполняется сначала правой рукой, потом левой, затем двумя руками вместе.

5. **«Межполушарные лабиринты».** **Первый этап:** лабиринт проходит одна ведущая рука. Ребенок помещает пальчиковую фишку в начало лабиринта и передвигает её по часовой стрелке, затем ведёт обратно. После этого тоже самое проделывает вторая рука. **Второй этап:** когда движения становятся четкими

и уверенными, нужно проходить лабиринты одновременно двумя руками. Сначала в одном направлении, потом в другом. Можно менять направление движения для каждой руки: правая движется от начала лабиринта в конец, а левая – из конца в начало.

6. **«Веселые прищепки».** Снимать двумя руками прищепки с веревочки, двигаясь от края к центру. Складывать прищепки в два контейнера, сортируя по цветам.

7. **«Цветные камешки».** Из большого контейнера с цветными камешками для аквариума деревянными ложками двумя руками одновременно пересыпать их в две емкости меньшего размера.

8. **«Палочки».** Слева от ребенка кладем счетные палочки, а справа цветные палочки для мороженого. Ребенок должен одновременно брать левой рукой маленькую палочку, а правой рукой большую и опускать в банку с прорезью.

9. **«Липкие тарелки».** Упражнение с разнонаправленными движениями рук (одна бросает, другая ловит), которые можно совмещать с речевыми заданиями.

10. **«Сенсорная доска».** Совершая тянущие, толкающие и скручивающие движения с силиконовыми стержнями, ребенок двумя руками укладывает их в определенные узоры.

11. **Настольно-печатные игры.** Игровое поле поделено вертикально на две части, на которых изображены животные. Ребенок должен указательными пальцами одновременно левой и правой рукой показывать животных, которых называет педагог.

12. Дополнительно используются **нейротренажеры:** нейроскакалка, балансировочная доска, которые тренируют способность выполнять несколько действий одновременно, улучшая концентрацию и скорость мышления.

Таким образом, интеграция нейропсихологических игр в образовательный процесс является эффективным инструментом для развития межполушарного

взаимодействия у детей раннего дошкольного возраста в условиях работы службы ранней помощи. Данный подход способствует формированию когнитивных и психомоторных навыков, что создает прочную основу для успешного обучения и гармоничного развития ребенка.

Библиографический список

1. Нейропсихологическая профилактика и коррекция. Дошкольники: учебно-метод. пособие / Под ред. А. В. Семенович. М.: Дрофа, 2014, 240 с.
2. Павлова, Н. Н., Руденко, Л. Г. Экспресс-диагностика в детском саду. СПб.: Генезис, 2017, 80 с.
3. Семенович, А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2022. 232 с.
4. Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие. М.: Генезис, 2012. 474 с.
5. Сиротюк, А. Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. М.: Сфера, 2003. 288 с.
6. Сиротюк, А. Л. Коррекция развития интеллекта дошкольников. М.: ТЦ Сфера, 2011. 48 с.

УДК 376 (072)

DOI: 10.12345/specped.2025.02.003 (условный)

Курбатова Ирина Владимировна учитель-дефектолог

ГАУ АО НПЦРД «Коррекция и развитие»

МЕТОДЫ И ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ ДЕФЕКТОЛОГА С ДЕТЬМИ, НЕ УМЕЮЩИМИ ГОВОРИТЬ

Аннотация. В статье рассматриваются современные подходы к коррекционной работе с неговорящими детьми – категорией, в которую входят дети с задержкой речевого развития, расстройствами аутистического спектра, интеллектуальной недостаточностью, алалией и другими нарушениями, сопровождающимися отсутствием или резким ограничением экспрессивной речи. Обосновывается необходимость перехода от узко логопедического к междисциплинарному, сенсорно-ориентированному подходу. Раскрываются ключевые принципы коррекционной работы.

Ключевые слова: неговорящие дети, дефектолог, коррекционная работа, альтернативная коммуникация, сенсорная интеграция, нейропсихологическая коррекция, предречевое развитие, АДСК, взаимодействие.

Проблема отсутствия речи у детей старше 2,5–3 лет остаётся одной из самых сложных в практике дефектолога. Термин «неговорящие дети» не является диагностическим, а описывает функциональное состояние, при котором ребёнок не использует экспрессивную речь для общения, несмотря на сохранный слух и отсутствие грубых анатомических дефектов речевого аппарата [1]. Причины мо-

гут быть разными: первичные речевые расстройства (моторная/сенсорная алалия), вторичные нарушения при РАС, ЗПР, ДЦП, генетических синдромах или тяжёлых перинатальных поражениях ЦНС.

Традиционные логопедические методы, ориентированные на звукопроизношение и грамматический строй речи, оказываются неэффективными на ранних этапах работы с неговорящими детьми. Современная дефектология всё чаще обращается к интегративной модели, в которой речь рассматривается не как изолированный навык, а как высший психический процесс, возникающий на основе созревания сенсорных, моторных, эмоциональных и когнитивных систем [2].

Проблема отсутствия речи у детей привлекала внимание учёных на протяжении веков. В XIX веке доминировала медицинская модель, согласно которой отсутствие речи рассматривалось как следствие органического поражения головного мозга (П. Брока, К. Вернике). В XX веке в отечественной науке сформировалась психолого-педагогическая парадигма, заложенная Л. С. Выготским, А. Р. Лурией, Р. Е. Левиной, которая сместила акцент с дефекта на структурно-функциональную организацию высших психических функций [1].

Л. С. Выготский ввёл понятие «зона ближайшего развития», подчеркнув, что даже у ребёнка с тяжёлыми нарушениями есть потенциал к развитию при правильной педагогической поддержке. А. Р. Лурия разработал системный подход к анализу речевых расстройств, показав, что речь – это сложная функциональная система, включающая блоки регуляции, приёма и переработки информации, а также программирования и контроля [2]. Эти идеи легли в основу современной нейропсихологической коррекции.

Современный этап характеризуется интеграцией нейронаук, сенсорной интеграции, когнитивной лингвистики и теории привязанности, что позволяет рассматривать отсутствие речи не как изолированный симптом, а как многомерное нарушение коммуникативной компетентности.

Речь формируется на основе созревания иерархически организованных мозговых структур:

Стволовые и подкорковые структуры (ретикулярная формация, базальные ядра) обеспечивают тонус, ритм дыхания, плавность артикуляции. Их незрелость приводит к поверхностному дыханию, нарушению речевого ритма и артикуляционной неловкости.

Лимбическая система (миндалевидное тело, гиппокамп) отвечает за эмоциональную окраску речи, мотивацию к общению. При её дисфункции (часто встречающейся у детей с РАС) речь может быть формальной, «роботизированной» или полностью отсутствовать из-за отсутствия социального интереса.

Ассоциативные зоны коры (префронтальная, теменно-височно-затылочная) обеспечивают символическое мышление, понимание намерений другого человека, планирование речевого высказывания. Их недоразвитие лежит в основе трудностей с инициацией общения и использованием речи по назначению.

Важно отметить, что речь невозможна без зрелости неречевых систем: проприоцепции (ощущения положения органов артикуляции), слухового анализа (дифференциация фонем), зрительно-пространственного анализа (чтение мимики, жестов), мелкой моторики (точность артикуляционных движений) [3].

Термин «неговорящий ребёнок» объединяет гетерогенную группу детей с разными этиопатогенетическими механизмами.

Первичная алалия – изолированное нарушение речи при сохранных когнитивных способностях;

Вторичная задержка речевого развития – при ЗПР, РАС, синдроме Дауна, ДЦП;

Мутационная дисфония – психогенное молчание на фоне стресса;

Сенсорная глухота – при недиагностированной тугоухости.

Каждая форма требует специфической коррекционной стратегии. Например, при РАС ключевой задачей является развитие социально-коммуникативной

мотивации, а при моторной алалии – формирование артикуляционной и речедвигательной программы.

Современная наука отказывается от линейной модели «слово → фраза → текст» в пользу коммуникативно-прагматического подхода. Согласно теории М. А. Ковшикова, речь развивается в трёх взаимосвязанных плоскостях:

Прагматическая – использование речи для достижения цели («дай», «нет»);

Семантическая – понимание и использование значений;

Фонетико-грамматический – звуковой и структурный.

У неговорящих детей чаще всего нарушена именно прагматическая плоскость: ребёнок не видит смысла в общении, не понимает, что речь может влиять на поведение другого человека. Поэтому первоочередная задача – формирование коммуникативного намерения, а не обучение словам.

Эта идея поддерживается и в международной практике: в DSM-5 и МКБ-11 нарушения речи всё чаще рассматриваются в контексте коммуникативных расстройств, а не как изолированные логопедические дефекты [4].

Современные исследования (Дж. Боулби, К. Тревартен, П. Манди) подтверждают: речь рождается в диалоге. Уже с первых месяцев жизни ребёнок участвует в «протодиалогах» с матерью, чередуя вокализации, взгляды и мимику. Эта эмоционально насыщенная взаимность закладывает основу для последующего речевого развития.

У детей с нарушениями привязанности или при недостатке эмоциональной реакции со стороны взрослого формируется «коммуникативная пассивность»: ребёнок перестаёт инициировать контакт, так как не получает подкрепления. В этом случае коррекция начинается не с артикуляции, а с восстановления эмоционального диалога через синхронные движения, ритм, совместное внимание.

Современный дефектолог выступает не как узкий специалист, а как координатор междисциплинарной команды, в которую входят: невролога (для исключения органической патологии); нейропсихолога (для оценки функциональных

систем мозга); логопеда (формирование артикуляционной базы); эрготерапевта (развитие сенсомоторики); психолога (работа с тревожностью, привязанностью); педагога (включение в образовательную среду).

Только такой целостный подход позволяет создать условия для появления речи как живого, осмысленного акта общения.

Принципы коррекционной работы с детьми, которые не говорят

Системный подход. Речь формируется в единстве с другими функциональными системами. Поэтому коррекция должна охватывать не только речевой аппарат, но и зрительное, слуховое, тактильное восприятие, моторику, эмоционально-волевую сферу и социально-коммуникативные навыки.

Онтогенетический принцип. Работа строится в соответствии с естественной последовательностью речевого онтогенеза: от голосовых реакций → к гулению и лепету → к жестовой коммуникации → к первым словам. Пропуск этапов приводит к фрагментарности речевого развития.

Опора на сохранные функции. Даже у детей с тяжёлыми нарушениями есть «островки сохранности». Задача дефектолога – выявить их (например, интерес к музыке, зрительное внимание, двигательную активность) и использовать как точку опоры для развития коммуникации.

Поэтапность и последовательность. Коррекция строится по принципу «от простого к сложному»: сначала – эмоциональный контакт, затем – инициация общения, далее – символическое замещение и только потом – вербализация.

Ведущая роль взаимодействия. Речь рождается в диалоге. Поэтому центральное место в коррекции занимает формирование мотивации к общению, а не обучение словам как таковым.

Методы коррекционной работы

1. Сенсорная интеграция (по Ж. Айрес). Многие неговорящие дети страдают от сенсорной дисмодуляции: гипер- или гипочувствительности к звукам,

прикосновениям, движениям. Это мешает им устанавливать контакт и концентрировать внимание.

Тактильно-проприоцептивные игры (с песком, пластилином, массаж) снижают уровень защиты и повышают осознанность тела.

Вестибулярная стимуляция (покачивание, вращение) улучшает регуляцию возбуждения и внимания.

Слуховая десенсибилизация (ритм, музыка, шёпот) подготавливает слуховую систему к восприятию речи.

2. Нейропсихологическая коррекция

Направлена на созревание тех мозговых структур, которые лежат в основе речи: Рефлекторно-интеграционные упражнения (подавление примитивных рефлексов) улучшают постуральный контроль и артикуляционную моторику. Упражнения на межполушарное взаимодействие (пересечение срединной линии) подготавливают основу для символического мышления. Развитие проприоцепции и схемы тела способствует осознанию артикуляционных движений.

3. Альтернативные и дополнительные способы коммуникации (АДСК)

Использование невербальных средств снимает напряжение и формирует понимание функции общения: жесты и мимика (естественные и условные); PECS (система обмена изображениями) – обмен изображениями; коммуникационные доски и планшеты с символами; знаковые системы (например, упрощённый жестовый язык). Важно: АДСК не заменяет речь, а создаёт мост к ней.

4. Игровая и арт-терапия. Игра – естественная среда для развития общения у дошкольников. Сюжетно-ролевые игры («дочки-матери», «магазин») развивают понимание социальных ролей и намерений. Песочная терапия снижает тревожность и позволяет выразить то, что невозможно сказать словами.

Музыкально-ритмические занятия синхронизируют дыхание, артикуляцию и эмоции.

5. Работа с родителями. Семья – главный партнёр в коррекции. Дефектолог обучает родителей: создавать коммуникативные ситуации в быту («дай ложку», «куда мяч?»); используйте ожидание и паузу вместо навязывания слов; поддерживать любую попытку общения (взглядом, жестом, звуком); применять АДСК в домашних условиях.

Этапы коррекционного процесса

Диагностический этап: выявление причин отсутствия речи, оценка сенсорного, когнитивного и эмоционального профиля.

Формирование контакта и мотивации: с помощью сенсорных игр, ритуалов, эмоционального сопровождения.

Развитие предпосылок речи: совместное внимание, понимание жестов, подражание, инициация.

Введение АДСК: как инструмент общения и символического мышления.

Стимуляция экспрессивной речи: с помощью пения, ритма, артикуляционной гимнастики, вербального сопровождения действий.

Переход к вербальной коммуникации: постепенное сокращение АДСК по мере появления речи.

Своевременная коррекционная работа в дошкольном возрасте позволяет предотвратить формирование стойких вторичных нарушений: когнитивной дезорганизации из-за отсутствия символического мышления; эмоционально-личностных трудностей (фрустрация, агрессия, социальная изоляция); школьной дезадаптации в будущем.

Дефектолог, владеющий современными диагностическими инструментами (в том числе на основе Международной классификации функционирования – ICF-CY), может выявить ранние предикторы речевого неблагополучия (отсутствие совместного внимания, слабая реакция на имя, отсутствие жестовой коммуникации к 12–18 месяцам) и инициировать раннее вмешательство – ключевой фактор успешной реабилитации.

В условиях реализации принципов инклюзивного образования способность ребёнка к общению становится не просто педагогической, а социальной необходимостью. Дефектолог, внедряя АДСК (альтернативные и дополняющие способы коммуникации), даёт неговорящему ребёнку инструмент для участия в образовательной и социальной жизни: возможность выразить потребности в детском саду или школе; участие в совместных играх и занятиях; снижение риска буллинга и социального отторжения.

Коррекционная работа логопеда с неговорящими детьми – это не «вкладывание слов», а создание условий для возникновения речи как живого акта общения. Успех зависит от глубокого понимания нейрофизиологических основ речи, уважения к темпу развития ребёнка и тесного сотрудничества с семьёй. Современный логопед выступает не как «учитель речи», а как проводник, помогающий ребёнку найти свой голос в этом мире.

Список литературы

1. Лалаева Р. И. Нарушения речи у детей: диагностика и коррекция. СПб.: Союз, 2020.
2. Айрес А. Дж. Сенсорная интеграция и ребёнок. М.: Академия, 2008.
3. Выготский Л. С. Педология школьного возраста. М.: Педагогика, 1996.
4. Бондаренко А. В. Альтернативные способы коммуникации в работе с неговорящими детьми // Дефектология. 2019. № 4. С. 56.

УДК 376.3:616.89

DOI: 10.12345/conference.2025.04.005 (условный)

Овсянникова Т. Ю. канд. психол. наук,
заведующий службой психолого-педагогической помощи,
Булатова Н. К. педагог-психолог службы психолого-педагогической помощи,
Колесникова Е. А. педагог-психолог службы психолого-педагогической помощи
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие», г. Астрахань

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИЁМЫ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ КОММУНИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. В статье представлен опыт применения игровой терапии в коррекционной работе с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС) с целью развития коммуникативных навыков. Обосновывается, что игра как естественная форма самовыражения ребёнка создаёт безопасное пространство для установления эмоционального контакта, формирования социального взаимодействия и развития экспрессивной речи. Описаны этапы игровой терапии, особенности игровой деятельности детей с РАС и практические приёмы смешанной игровой терапии с использованием арт-методов (плассотерапия, эбрутерапия, сказкотерапия). Подчёркивается важность вовлечения родителей в процесс коррекции как условия устойчивого переноса навыков в повседневную жизнь.

Ключевые слова: игровая терапия, дети с РАС, коммуникация, смешанная игровая терапия, арт-терапия, родительское сопровождение, сюжетно-ролевая игра.

Введение. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США, РАС диагностируется у 1 из 36 детей (2023), что подтверждает рост рас-

пространённости расстройств аутистического спектра и, как следствие, потребность в эффективных, гуманистически ориентированных методах психолого-педагогического сопровождения [1].

Хотя прикладной анализ поведения (ПАП) остаётся «золотым стандартом» коррекции, всё больше исследователей и практиков обращаются к игровой терапии как к методу, направленному на формирование внутренней мотивации к общению, развитие привязанности и спонтанной игровой инициативы – сфер, недоступных чисто поведенческим вмешательствам [2].

Современные представления о расстройствах аутистического спектра (РАС) выходят за рамки поведенческой модели и всё чаще опираются на нейробиологические, когнитивные и привязанности-ориентированные теории, которые объясняют трудности в коммуникации как следствие нарушений в обработке социальной информации, сенсорной интеграции и эмоциональной регуляции.

Л. С. Выготский в своих трудах подчёркивал, что игра – ведущая деятельность дошкольного возраста, в которой формируются высшие психические функции, воображение и произвольность поведения [1]. Именно в игре ребёнок впервые выходит за пределы непосредственного желания и осваивает символическую функцию: предмет «замещает» другой, действие приобретает смысл. У детей с РАС, как показывают многочисленные исследования (О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг), символическая функция и способность к воображению формируются с задержкой или искажаются, что отражается на особенностях игровой деятельности – её стереотипности, эхолалии, отсутствии ролевого компонента [2].

Современная нейропсихология подтверждает: игра активизирует префронтальные, теменные и лимбические структуры мозга, отвечающие за планирование, социальное познание (теорию разума) и эмоциональную регуляцию [3]. Таким образом, игровая активность не просто отражает уровень развития, но и выступает мощным средством нейропластичности, способствуя созреванию тех самых систем, которые нарушены при РАС.

Традиционно коммуникация у детей с РАС рассматривалась через призму дефицита: отсутствие речи, игнорирование обращений, нарушение совместного внимания. Однако в последние десятилетия в науке утвердилась парадигма нейроразнообразия, согласно которой аутизм – это не болезнь, а вариант нейрокогнитивной организации [4]. В этом контексте игра перестаёт быть «терапией от аутизма» и становится мостом между двумя нейротипами: нейротипичным (взрослым) и аутистическим (ребёнком).

Как отмечает С. Гринспен, автор концепции DIR/Floortime, ключевая задача взрослого – не подстраивать игру ребёнка под «норму», а вступить в неё на её собственных условиях, чтобы постепенно расширить диапазон взаимодействия, эмоций и инициатив [5]. Игра становится пространством диалога на равных, где ребёнок – не объект коррекции, а субъект общения.

Исследования Ж. Айрес о сенсорной интеграции позволяют понять, почему дети с РАС так часто прибегают к аутостимуляции: вращение, хлопки, выстраивание предметов в ряд – это не «бессмысленное поведение», а попытка организовать хаотичный сенсорный поток [6]. Тактильная, проприоцептивная, вестибулярная и зрительная системы у многих детей с РАС функционируют нетипично, что приводит к гипер- или гипочувствительности.

Игровая терапия, особенно в её сенсорно-ориентированной форме, использует эти особенности как ресурс: с помощью контролируемой сенсорной стимуляции (песок, вода, пластилин, качели) ребёнок учится модулировать свою нервную систему, снижать тревожность и становиться более открытым к социальному взаимодействию. Именно поэтому такие методы, как плассотерапия или эбрутерапия, оказываются особенно эффективными: они сочетают сенсорное удовольствие с возможностью совместной деятельности.

Теория привязанности Дж. Боулби и М. Эйнсворт показывает, что безопасная привязанность – основа для развития социальной коммуникации [7]. У детей с РАС часто наблюдаются нетипичные паттерны привязанности, обусловленные

трудностями в распознавании эмоций, нарушением зрительного контакта и нестандартной реакцией на стресс. Однако это не означает отсутствия привязанности – это лишь другое её проявление.

Игровая терапия, особенно с участием родителей, создаёт условия для формирования или укрепления безопасной привязанности: предсказуемость, принятие, эмоциональная доступность взрослого в игре формируют у ребёнка ощущение «я в безопасности – я могу пробовать, ошибаться, проявлять инициативу». Этот опыт становится основой для развития не только речи, но и доверия к миру.

Современные данные нейровизуализации показывают, что у детей с РАС нарушена межполушарная и внутриполушарная связность, особенно в сетях, отвечающих за социальное познание («сеть по умолчанию») и исполнительные функции [8]. Игра, особенно динамичная, с пересечением срединной линии, сюжетно-ролевая и с элементами импровизации, стимулирует активность мозолистого тела и префронтальной коры, способствуя интеграции нейронных сетей.

Таким образом, игровая терапия – это не только психологический, но и нейробиологически обоснованный метод, направленный на созревание тех структур мозга, которые лежат в основе социальной коммуникации, саморегуляции и символического мышления. Задача специалиста – не «натаскать» ребёнка на игру, а вникнуть в её внутреннюю логику и, опираясь на неё, расширить коммуникативные возможности ребёнка.

Игровая деятельность детей с РАС характеризуется рядом специфических черт [3]: доминирование аутостимуляции (вращение предметов, повторяющиеся движения); отсутствие или фрагментарность сюжета; использование неигровых предметов по их сенсорным свойствам (например, рассматривание бликов на ложке); стереотипность и жёсткость игровых сценариев; трудности с вовлечением другого игрока – игра остаётся одиночной.

Эти особенности не являются «дефектом», а отражают особый способ обработки сенсорной информации и потребность в контроле. Именно с них начинается терапевтическая работа.

В нашей практике применяется смешанная игровая терапия – синтез недирективного подхода (следование за ребёнком) и директивных стратегий (создание «зоны ближайшего развития») [5].

Для расширения сенсорного и эмоционального опыта используются арт-методы: Плассотерапия – работа с пластилином развивает тактильную чувствительность и мелкую моторику, способствует вербализации: «Сделаем колбаску... порежем... угостим куклу!»; Эбрутерапия – рисование на воде снижает тревожность, стимулирует зрительное внимание и совместные действия. Сказкотерапия – адаптированные сказки с визуальными подсказками помогают усвоить социальные сценарии: «Как волк сказал “спасибо”»; Игры с интерактивным полом – развивают динамическое равновесие, зрительно-моторную координацию и инициативность в обращении к партнёру.

Вовлечение родителей – ключевой фактор успеха. В процессе совместных игр: меняется эмоциональный климат в семье; родители учатся «говорить на языке ребёнка»; стирается иерархия «взрослый – ребёнок», формируется партнёрство; навыки, приобретённые на занятии, применяются в быту.

Мы обучаем родителей простым приёмам: ожидание (пауза после жеста/звука); параллельная речь (озвучивание действий ребёнка); расширение высказывания (ребёнок: «Машина!» → взрослый: «Да, красная машина едет!»).

Игровая терапия – это не метод «лечения аутизма», а путь к диалогу. Она учитывает нейроиндивидуальность ребёнка, опирается на его сильные стороны и создаёт условия для естественного развития коммуникации изнутри.

В отличие от поведенческих методов, где ребёнок часто выступает в роли объекта коррекции, в игротерапии он – субъект взаимодействия, имеющий право на свой ритм, свой язык и своё видение мира.

Сочетание игротерапии с арт-методами и активным участием семьи позволяет не просто формировать навыки, а воспитывать в ребёнке уверенность в том, что его слышат, понимают и принимают – а это и есть истинная основа любого общения.

Список литературы

1. Боулби Дж. Привязанность и утрата: Том 1. Привязанность. Нью-Йорк: BasicBooks, 1969.
2. Выготский Л. С. Игра и её роль в психическом развитии ребёнка // Вопросы психологии. 1966. № 6.
3. Гринспен С., Видер С. Вовлечение при аутизме: использование подхода Floortime для развития у детей навыков взаимодействия, общения и мышления. Кембридж, Массачусетс: Персей, 2006.
4. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом: методика FLOORTIME. М.: Теревинф, 2013. 512 с.
5. Кац Л. И., Тюлина В. Б. Игротерапия для детей с РАС // Аутизм и нарушения развития. 2015. № 3. С. 21–30.
6. Миншью Н. Дж., Уильямс Д. Л. Новая нейробиология аутизма: кора головного мозга, связи и организация нейронов // Архив неврологии. 2007. Том 64, № 7. Гринспен С., Видер С. Ребёнок с особыми потребностями: поощрение интеллектуального и эмоционального развития. Кембридж, Массачусетс: PerseusBooks, 1998.
7. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребёнок: пути помощи. М.: Теревинф, 2010.
8. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребёнок: пути помощи. М.: Теревинф, 2010. 288 с.
9. Новые направления в игровой терапии / Под ред. Г. Л. Лендрета. М.: Когито-Центр, 2022. 479 с.
10. Сингер Дж. Нейроразнообразие: рождение идеи. 2017.
11. Уддин Л. К. и др. Классификация и прогнозирование тяжести симптомов у детей с аутизмом на основе сети значимости // JAMA Psychiatry. 2013. Т. 70, № 8.
12. Федосеева О. А. Игровая терапия при аутизме // Педагогика: традиции и инновации. Челябинск, 2012. С. 146–149.
13. Эйрес А. Дж. Сенсорная интеграция и ребёнок. Лос-Анджелес: WPS, 2005.
14. Янушко Е. А. Игры с аутичным ребёнком. М.: Теревинф, 2007. 136 с.

УДК 376.3:612.825

DOI: 10.12345/conference.2025.05.001 (условный)

Овсянникова Т. Ю. канд. психол. наук,

заведующий службой психолого-педагогической помощи,

Мусаитова С. Р. педагог-психолог,

Шорина Л. В. педагог-психолог,

Кузов А. А. педагог-психолог

ГАО АО «Научно-практический центр реабилитации детей

«Коррекция и развитие», г. Астрахань

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ПОСТУРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. В статье представлен опыт применения аппаратных методов коррекции постуральных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в условиях реабилитационного центра. Обосновывается, что сенсомоторные трудности, в том числе нарушения постурального контроля, являются одним из ключевых компонентов нейроразвития при РАС и напрямую влияют на когнитивное, речевое и социальное функционирование. Описаны возможности использования современных цифровых технологий – аппаратно-программных комплексов «Интерактивный метроном», «Стабилоплатформа» и мультимедийной системы виртуальной реальности «Девирта» – в рамках нейропсихологической и сенсомоторной коррекции. Представлены механизмы их воздействия на стволовые и мозжечковые структуры головного мозга, а также клинические эффекты: улучшение равновесия, координации, речевой ритмики и поведенческой регуляции.

Ключевые слова: постуральный контроль, расстройства аутистического спектра, сенсомоторная интеграция, цифровые технологии, нейрокоррекция, стимуляция мозжечка, виртуальная реальность, стабилоплатформа, интерактивный метроном.

По данным Всемирной организации здравоохранения, расстройства аутистического спектра (РАС) являются одними из наиболее распространённых нарушений развития нервной системы у детей. Помимо социальных и коммуникативных трудностей, у детей с РАС в 80–90 % случаев выявляются сенсомоторные нарушения, в том числе диспраксия, нарушения постурального контроля и моторная неуклюжесть [1].

Современные представления о расстройствах аутистического спектра (РАС) всё чаще смещаются от чисто поведенческой модели к нейробиологически обоснованному пониманию как системного нарушения развития нервной системы. Одним из наименее изученных, но крайне важных аспектов является нарушение сенсомоторного развития, в частности постурального контроля, которое встречается у 80–90 % детей с РАС [1]. Эти нарушения не являются вторичными или «побочными» проявлениями – они представляют собой фундаментальные нейрофункциональные дисфункции, лежащие в основе трудностей в общении, обучении, эмоциональной регуляции и социальной адаптации.

Постуральный контроль – это сложная динамическая система, обеспечивающая устойчивость тела в пространстве за счёт интеграции трёх ключевых сенсорных систем: вестибулярной (гравитационная ориентация), проприоцептивной (позиционная информация от мышц и суставов) и зрительной (визуальная ориентация). У детей с РАС наблюдается дисфункция этих систем, что проявляется в неустойчивой осанке, затруднённой координации движений, трудностях с переносом веса тела, балансировании на одной ноге и неловкости при выполнении мелких моторных задач (письмо, завязывание шнурков) [2]. Нейровизуализационные исследования подтверждают, что эти нарушения коррелируют с гипоактивностью мозжечка, дисфункцией базальных ганглиев и нарушением корково-подкорковых связей, которые также участвуют в регуляции внимания, речи, исполнительных функций и эмоциональной устойчивости [3].

Таким образом, постуральные нарушения – это не просто «плохая осанка», а индикатор системной нейроразвивающей дисрегуляции. Для их коррекции требуются не физиотерапевтические упражнения, а целенаправленная стимуляция глубинных структур мозга, отвечающих за сенсомоторную интеграцию, ритмическую организацию и автоматизацию движений. Именно здесь традиционные методы, основанные на вербальных инструкциях, оказываются неэффективными – дети с РАС часто не могут их понять или выполнить, а их двигательная система не обладает достаточной проприоцептивной обратной связью для самокоррекции.

В этих условиях аппаратные цифровые технологии становятся не просто дополнением, а необходимым инструментом нейрореабилитации. Современные комплексные решения – «Стабилоплатформа», «Интерактивный метроном» и мультимедийная система виртуальной реальности «Девирта» – позволяют преодолеть ключевые барьеры:

«Стабилоплатформа» регистрирует распределение давления на стопы и визуализирует центр масс в режиме реального времени с помощью игровых сценариев. Это обеспечивает объективную, измеримую обратную связь, стимулируя мозжечок и ствол головного мозга, улучшая проприоцептивную интеграцию и двустороннюю координацию.

«Интерактивный метроном» тренирует временные нейронные циклы, синхронизируя движения с ритмическим сигналом. Этот метод активирует кортико-мозжечковые и кортико-базальные цепи, отвечающие за ритм речи, планирование действий и концентрацию внимания, что приводит к улучшению навыков чтения, письма, речевой экспрессии и снижению импульсивности.

«Девирта» использует технологии распознавания движений без контроллеров, превращая коррекцию в игровое, мотивационное и безопасное взаимодействие. Виртуальная среда позволяет моделировать ситуации, требующие сенсо-

моторной интеграции, – от ловли мяча до преодоления препятствий – и стимулирует развитие совместного внимания, пространственного восприятия и моторного планирования.

Практическая значимость этого подхода обоснована на нескольких уровнях.

Во-первых, он преодолевает субъективность традиционной диагностики. Психолог может не только наблюдать, но и измерять динамику: улучшение равновесия, снижение вариативности движений, повышение точности реакций – всё это фиксируется количественно, что делает процесс прозрачным для семьи, педагогов и других специалистов.

Во-вторых, технологии создают безопасную, предсказуемую и мотивирующую среду, что крайне важно для детей с РАС, у которых сенсорная гиперчувствительность и страх перед новизной часто приводят к отказу от двигательной активности. Аппаратные методы обеспечивают контролируемую, дозированную сенсорную нагрузку, которая помогает «перезагрузить» нейронные сети без перегрузки.

В-третьих, использование этих технологий расширяет профессиональные компетенции педагога-психолога, превращая его из «психолога-игрового терапевта» в координатора процесса нейрореабилитации, способного интегрировать данные нейропсихологии, сенсорной интеграции и цифровых инструментов. Это соответствует современным требованиям междисциплинарного подхода, закреплённым в Концепции развития детской реабилитации до 2030 года.

В-четвёртых, применение аппаратных методов повышает доступность и масштабируемость передовых практик. Комплексы могут использоваться в центрах, детских садах, школах и даже в домашних условиях при обучении родителей. Это особенно актуально в регионах с ограниченными ресурсами, где нет неврологов или физиотерапевтов, но есть квалифицированные педагоги-психологи.

Наконец, вовлечение семьи в процесс – через демонстрацию результатов, обучение простым сенсомоторным упражнениям и создание единого коррекционного пространства «центр – дом» – становится залогом устойчивости достигнутых изменений. Ребёнок не «проходит курс», а входит в новую, более адаптивную нейроповеденческую модель.

Таким образом, применение аппаратных методов для коррекции постуральных нарушений у детей с РАС – это не просто внедрение оборудования, а смена парадигмы в подходе к нейрореабилитации: от симптоматической коррекции к нейрофункциональному восстановлению. Это переход от «как ведёт себя ребёнок» к «как работает его мозг». Именно такой подход позволяет не просто улучшить осанку или координацию, а создать прочную основу для развития речи, внимания, эмоциональной устойчивости и социальной интеграции. Результаты применения в практике

В 2023–2024 годах в центре прошли курс аппаратной коррекции 42 ребёнка с РАС в возрасте от 3 до 12 лет. По завершении 20–30 сеансов (3 раза в неделю) у 85 % детей были отмечены: улучшение статического и динамического равновесия (по данным стабилографии и наблюдениям), увеличение продолжительности удержания позы на одной ноге в 1,5–2 раза, повышение точности выполнения мелкомоторных задач (шнуровка, рисование), улучшение речевой ритмики и инициативности в общении, снижение двигательной стереотипии и повышение спонтанной игровой активности.

Особенно высокая эффективность наблюдается при комбинированном применении «Стабилоплатформы» и «Интерактивного метронома» в рамках единого коррекционного маршрута.

Современные аппаратные методы открывают новые возможности в коррекции сенсомоторных нарушений у детей с РАС. Их преимущество заключается в объективности, мотивационной привлекательности и нейрофизиологической

направленности: они работают не с симптомом, а с функциональной незрелостью глубинных структур мозга.

Интеграция цифровых технологий в психологическую и нейрореабилитационную практику позволяет: повысить эффективность коррекции, сделать её доступной для детей младшего возраста, обеспечить преемственность между диагностикой, терапией и мониторингом динамики.

Перспективы дальнейшей работы – разработка стандартизированных протоколов применения аппаратных методов с учётом нозологических и возрастных особенностей, а также вовлечение родителей в процесс поддержки сенсомоторного развития в домашних условиях.

Список литературы

1. Данн У. Понимание проблем сенсорной обработки при аутизме // Развитие младенцев и детей. 2007. Том 20, № 2. С. 84–101.
2. Доусон Дж. и др. Атипичный контроль позы может быть выявлен с помощью компьютерного анализа у детей младшего возраста с расстройствами аутистического спектра // Scientific Reports. 2018. Т. 8. Статья 17008.
3. Фурнье К. А. и др. Координация движений при расстройствах аутистического спектра: обзор и метаанализ // Журнал «Аутизм и нарушения развития». 2010. Том 40. С. 1227–1240.
4. Миншью Н. Дж., Гольдштейн Г., Сигел Д. Дж. Нейропсихологическое функционирование при аутизме: профиль смешанной группы высокофункциональных людей // Журнал клинической и экспериментальной нейропсихологии. 2004. Том 26, № 5. С. 683–693.
5. Лопес Б. Р. и др. Когнитивная гибкость при расстройствах аутистического спектра // Журнал «Психология аномального развития ребёнка». 2005. Т. 33, № 4. С. 435–445.

УДК 159.922.7:616.89

DOI: 10.12345/attach.2025.04.002 (условный)

Овсянникова Т. Ю. канд. психол. наук,
заведующий службой психолого-педагогической помощи,
Рахманина Ирина Николаевна канд. психол. наук, доцент,
заместитель директора по научно-методической работе,
Демидович А. О. педагог-психолог службы психолого-педагогической помощи,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие», г. Астрахань

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ ПРИВЯЗАННОСТИ НА СЕНСОРНО-ПЕРЦЕПТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. В статье представлены результаты эмпирического исследования, направленного на изучение влияния родительской привязанности на сенсорно-перцептивное развитие детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). В исследовании приняли участие 30 семей: 15 семей с детьми с РАС и 15 семей с детьми с задержкой психоречевого развития (ЗПРР) в возрасте от 3 до 7 лет. Использовались методики «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ)», «Шкала оценки опыта близких отношений (ШОБО)» и оценка сенсорно-перцептивного развития по Международной классификации функционирования (МКФ). Установлено, что у родителей детей с РАС чаще встречается надёжный стиль привязанности и более высокая степень эмоционального взаимодействия по сравнению с родителями детей с ЗПРР. Выявлена значимая корреляция между стилем привязанности родителей и отдельными показателями сенсорно-перцептивного развития: чем ниже уровень избегания близости у родителя, тем выше устойчивость внимания у ребёнка. Полученные дан-

ные подтверждают частичное влияние родительской привязанности на сенсорно-перцептивное развитие детей с РАС и подчёркивают важность вовлечения родителей в процесс реабилитации.

Ключевые слова: родительская привязанность, расстройства аутистического спектра, сенсорно-перцептивное развитие, детско-родительские отношения, надёжный стиль привязанности, МКФ, эмоциональное взаимодействие.

Введение. Семья является первичной и наиболее значимой средой социализации ребёнка, особенно в случае наличия особенностей развития. Для детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) качество детско-родительских отношений приобретает особое значение, поскольку именно в этих отношениях формируются основы эмоциональной регуляции, социального восприятия и сенсорной обработки информации [1].

РАС характеризуется стойкими нарушениями в области социального взаимодействия, коммуникации и наличием стереотипных, повторяющихся моделей поведения [2]. Одновременно у таких детей наблюдаются выраженные особенности сенсорно-перцептивного развития: гипер- или гипочувствительность к сенсорным стимулам, трудности с интеграцией мультимодальной информации, нарушения внимания и психомоторной координации [3].

Теория привязанности Дж. Боулби и последующие исследования М. Эйнсворт показали, что эмоциональная связь между ребёнком и значимым взрослым является основой для формирования когнитивных и перцептивных функций [4]. Однако в контексте РАС эта взаимосвязь остаётся недостаточно изученной, несмотря на растущее число работ, посвящённых поддержке со стороны семьи и родительскому стрессу [5].

Цель настоящего исследования – изучить влияние стиля родительской привязанности на показатели сенсорно-перцептивного развития у детей с РАС.

Методы исследования

Эмпирическое исследование проводилось на базе ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» в 2024–2025 годах.

Выборка включала 60 участников:

30 детей в возрасте от 3 до 7 лет (18 мальчиков, 12 девочек):

Группа 1–15 детей с диагнозом РАС;

Группа 2–15 детей с задержкой психоречевого развития (ЗПРР) – контрольная группа.

30 родителей (по одному от каждого ребёнка).

Методы:

Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ) – для оценки эмоционального взаимодействия в диаде «родитель – ребёнок».

Шкала оценки опыта близких отношений (ШОБО) – для диагностики стиля привязанности родителей (по шкалам тревожности и избегания).

Оценка сенсорно-перцептивного развития по категориям Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Статистическая обработка данных: t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна – Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, критерии Ливиня и Шапиро – Уилка. Анализ выполнен с использованием IBM SPSS Statistics 21.0.

Результаты

1. Эмоциональное взаимодействие в диаде «родитель – ребёнок»

По методике ОДРЭВ у родителей детей с РАС (группа 1) высокая степень выраженности характеристик эмоционального взаимодействия зафиксирована по 4 из 6 шкал в 100 % случаев. У родителей детей с ЗПРР (группа 2) этот показатель составил не менее 80 %, за исключением шкалы «эмпатия» (72,7 %). Таким образом, эмоциональная вовлечённость родителей детей с РАС оказалась выше, чем у родителей из контрольной группы.

2. Стили привязанности

По данным ECR, у родителей из группы 1 преобладал надёжный стиль привязанности (50 %), характеризующийся низким уровнем тревожности и избегания. У родителей из группы 2 надёжный стиль встречался реже (31,8 %), при этом чаще отмечались избегающий и тревожный стили.

3. Сенсорно-перцептивное развитие

Сравнение по МКФ показало, что у детей с РАС выше средние показатели нарушений по шкалам: функции внимания, адекватность внимания, доречевое общение, открытость для опыта, простое межличностное взаимодействие.

Однако по шкалам контроля произвольных движений и участия в игре нарушения были менее выраженными, чем у детей с ЗППР.

4. Корреляционный анализ

Выявлены следующие значимые связи:

Положительная корреляция между уровнем избегания близости у родителя и степенью нарушения функций внимания у ребёнка ($r = 0,42$; $p < 0,05$).

Положительная связь между ориентацией родителя на эмоциональное состояние ребёнка и показателями «доречевого общения», «открытости опыту» и «простого межличностного взаимодействия» ($r = 0,38-0,45$; $p < 0,05$).

Обсуждение. Полученные в ходе исследования данные открывают важные перспективы для понимания роли семейного контекста в сенсорно-перцептивном развитии детей с расстройствами аутистического спектра. Прежде всего, заслуживает внимания тот факт, что родители детей с РАС продемонстрировали более высокий уровень эмоционального взаимодействия и преобладание надёжного стиля привязанности по сравнению с родителями детей с ЗППР. На первый взгляд это может показаться парадоксальным, учитывая, что воспитание ребёнка с РАС традиционно ассоциируется с повышенным уровнем стресса, эмоциональным выгоранием и риском формирования дезадаптивных стилей взаимодействия [1]. Однако, наши результаты согласуются с данными ряда современных

исследований, которые указывают на то, что многие семьи, столкнувшиеся с диагнозом РАС, проходят этап «посттравматического роста»: они активизируют внутренние и внешние ресурсы, повышают уровень информированности, включаются в реабилитационные процессы и формируют особую форму «чувствительного реагирования», адаптированную к специфике восприятия ребёнка [2].

Важно подчеркнуть, что надёжный стиль привязанности у родителей не означает отсутствия трудностей, а скорее отражает их способность к эмоциональной регуляции, гибкость в общении и устойчивое принятие ребёнка «здесь и сейчас». Такой стиль создаёт условия для формирования у ребёнка базового чувства безопасности, которое, согласно теории Боулби, является необходимым условием для исследования окружающего мира и интеграции сенсорной информации [3]. Даже при наличии выраженных сенсорных нарушений (например, гиперчувствительности к звукам или тактильному контакту) предсказуемость и эмоциональная доступность родителя могут служить «внешним регулятором», компенсирующим дефицит внутренних механизмов саморегуляции у ребёнка с РАС.

Выявленная отрицательная связь между избеганием близости у родителя и функциями внимания у ребёнка подтверждает гипотезу о том, что качество привязанности влияет не только на эмоциональную, но и на когнитивно-перцептивную сферу. В условиях низкого уровня избегания родитель чаще инициирует совместную деятельность, поддерживает зрительный контакт, вербально комментирует происходящее, что способствует тренировке устойчивого и избирательного внимания у ребёнка. Напротив, при высоком уровне избегания взаимодействия носят фрагментарный, ситуативный характер, что затрудняет формирование у ребёнка целостных перцептивных образов и устойчивых поведенческих паттернов.

Особый интерес представляет положительная корреляция между ориентацией родителя на состояние ребёнка и тяжестью нарушений социальной перцепции (доречевое общение, открытость опыту, межличностное взаимодействие). На первый взгляд, это можно интерпретировать как противоречащий здравому

смыслу результат: чем больше родитель «настроен» на ребёнка, тем хуже его показатели. Однако более вероятное объяснение заключается в том, что высокая ориентация на состояние ребёнка является не причиной, а следствием выраженных нарушений. Родители детей с более тяжёлыми проявлениями РАС вынуждены проявлять повышенное внимание к малейшим сигналам ребёнка, поскольку те редко используют традиционные каналы коммуникации (речь, жесты, мимику). Таким образом, эта корреляция отражает реактивную адаптацию родителя к потребностям ребёнка, а не патологическую гиперопеку.

Следует также отметить, что отсутствие статистически значимых различий в общем уровне сенсорно-перцептивных нарушений у детей с РАС и ЗППР указывает на необходимость пересмотра диагностических границ при оценке функционального развития. Обе группы демонстрируют схожие трудности в таких сферах, как регуляция внимания, психомоторная координация и участие в игре, что подтверждает тезис о непрерывности нейронного развития и важности оценки не по нозологическому ярлыку, а по профилю функциональных нарушений [4]. Это особенно актуально для практики: коррекционные программы должны строиться не на основе диагноза «расстройство аутистического спектра» или «задержка речевого развития», а на основе индивидуального нейропрофиля ребёнка, включая особенности обработки сенсорной информации, моторной координации и эмоциональной регуляции.

Наконец, результаты исследования подчёркивают стратегическую роль семьи как активного партнёра в процессе реабилитации. Традиционные модели, в которых родитель выступает лишь как «исполнитель рекомендаций специалиста», уступают место подходам, основанным на совместном планировании, совместном разработке стратегий и взаимном обучении [5]. Поддержка родительской привязанности – через обучение чуткому общению, снижение тревожности, развитие навыков сенсорной поддержки – становится не дополнительной, а центральной задачей психолого-педагогического сопровождения.

Таким образом, наше исследование вносит вклад в понимание того, как эмоциональные отношения в семье могут влиять на сенсорно-перцептивное развитие даже при наличии биологически обусловленных нарушений. Это подтверждает необходимость интеграции нейropsychологических и семейно-ориентированных подходов в единую систему поддержки детей с РАС.

Список литературы

1. Боулби Дж. Привязанность и утрата: Том 1. Привязанность. Нью-Йорк: BasicBooks, 1969.
2. DSM-5. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (5-е изд.). American Psychiatric Publishing, 2013.
3. Баенская Е. Р., Климак Д. Г. Сенсорная интеграция у детей с РАС: особенности и коррекция // Дефектология. 2018. № 5. С. 45–53.
4. Эйнсворт М. Д. С., Блехар М. К., Уотерс Э., Уолл С. Модели привязанности: психологическое исследование в условиях «чужой ситуации». Хиллсдейл: Эрлбаум, 1978.
5. Нестерова А. А., Ковалёва Н. А. Семья как ресурс развития ребёнка с РАС // Психологическая наука и образование. 2020. Т. 25, № 3. С. 112–121.
6. Варга А. Я., Захарова Е. И. Психология семейных отношений. М.: Когито-Центр, 2017.
7. ВОЗ. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Женева, 2001.

УДК 376 (072)

*Паршина Екатерина Александровна специалист по социальной реабилитации
реабилитационного отделения для детей и подростков
с ограниченными возможностями,
Государственное казенное учреждение социального обслуживания
«Среднеахтубинский центр социального обслуживания населения»*

ИЗОРИТМИКА КАК ИНТЕГРАТИВНЫЙ МЕТОД РАЗВИТИЯ РЕЧИ И МОТОРИКИ. ОПЫТ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Аннотация. В статье представлен опыт практического применения методики изоритмика в работе с детьми раннего возраста специалистами реабилитационного отделения для детей и подростков с ограниченными возможностями ГКУ СО «Среднеахтубинский ЦСОН». В материале описаны готовые к использованию игровые упражнения, которые помогают развивать чувство ритма, координацию «глаз-рука», мелкую и общую моторику, а также стимулируют речевую активность. Статья будет полезна специалистам по работе с детьми раннего возраста, логопедам и родителям, заинтересованным в эффективных методах развития ребенка.

Ключевые слова: изоритмика, дети раннего возраста, ранняя помощь, практический опыт, игровые упражнения, развитие речи.

Научно доказано, что речевая функция тесно связана с общей двигательной системой человека. Согласованная работа тела, мелкой моторики и речевого аппарата способствует не только совершенствованию речевых навыков, но и

обогащает эмоционально-волевою сферу ребенка. Хорошо развитые речь и моторика облегчают социальную адаптацию и служат основой для усвоения сложных знаний.

Кроме того, установлено, что скорость движения мысли и зрительного восприятия у ребенка соответствует скорости движения руки. Психологи подтверждают, что пальчиковые игры активизируют мыслительные процессы, память и внимание. Такие упражнения стимулируют центральную нервную систему и ускоряют развитие речи. Поэтому постоянная активация зон мозга, отвечающих за мелкую моторику, – важнейший элемент коррекционно-педагогической работы.

Методики, которые воздействуют на ребенка через несколько каналов восприятия одновременно, являются наиболее эффективными в работе по раннему развитию. Они соответствуют тому, как маленький ребенок познает мир – целостно и эмоционально. Одной из таких инновационных практик является изоритмика – направление логоритмической работы, нацеленное на одновременное развитие речи и мелкой моторики. Метод представляет собой комплекс игровых изобразительных упражнений для пальцев рук, которые выполняются под ритмичное проговаривание стихов, поговорок или чистоговорок. В результате развивается координация движений пальцев, речевой слух и память, формируются правильные темп и ритм речи. Ключевое условие – полное совпадение речи и движений.

Изоритмический подход в коррекционной работе с детьми раннего возраста выходит за рамки простых двигательных упражнений под стишок. Он создает богатую нейронную среду, где ритм становится мостом между телом, речью и зрительным образом.

Основной принцип метода – установление связи между умением ребенка ориентироваться на листе бумаги, координировать движения руки и синхронно проговаривать текст.

Задачи изоритмики следующие:

Развитие речи. Формирование навыков произнесения текста с разной громкостью, высотой, в различном темпе; обогащение словарного запаса; отработка использования предлогов и согласования слов; развитие связной речи.

Развитие моторики и межполушарного взаимодействия. Совершенствование тонких движений кисти, что стимулирует речевые центры мозга и улучшает координацию между полушариями.

Формирование пространственных представлений. Развитие умения ориентироваться на плоскости, знание цветов, геометрических форм и величин.

Познавательное развитие. Активизация речеслуховой памяти, абстрактного мышления и творческого воображения.

Мотивация. Повышение интереса ребенка к занятиям.

Как это выглядит на практике? Опыт и примеры игр.

Сложность речевого материала и изображения подбирается по возрасту и индивидуальным особенностям детей. Начинать следует с простейших предметов, при этом художественные навыки не требуются. На начальном этапе допустима помощь в удержании инструмента (карандаш, фломастер, мел и др.) и выполнении движений, а также рисование по шаблонам, точкам и схемам.

В работе с детьми от 1 до 3-х лет мы используем три основных формата:

1. Рисуем на ходу (от движения к рисунку). Сначала ребенок выполняет крупное движение, а затем его «прорисовывает» на листе. Пример: «Солнышко». «Круг рисуем, раз, два, три. Очень круглый, погляди. А от круга, а от круга много линий проведёшь. Их лучами называют. Что получилось – узнаёшь?» Движения: ребенок со взрослым становятся напротив друг друга или зеркала и широко рисуют круг руками, затем взмахами от центра в стороны «рисуют» лучи. Графика: педагог рисует круг на листе бумаги (доске), а ребенок самостоятельно или при

помощи взрослого обводит круг, тем самым закрепляя образ. Затем рисуют палочки-лучики, сопровождая протяжным звуком «ш-ш-ш»), тем самым формируя длительный выдох.

2. Рисуем и говорим (от рисунка к движению). Взрослый заранее или вместе с ребенком создает графическую «дорожку», которая становится маршрутом для движения и проговаривания. Пример: «Путь жучка». Графика: на листе бумаги рисуется извилистая дорожка, на которой в ряд изображены цветочки. Чистоговорка: «Жу-жу-жу, по цветам хожу. Зу-зу-зу, нектар я несу». Движение: ребенок пальчиком «ведет» жучка по дорожке от цветка к цветку (мелкая моторика), а затем встает и сам, как жучок, повторяет извилистый путь на полу, проговаривая чистоговорку.

3. Повторяющийся графический ритм. Используется для отработки слогов и звуков. Рисунок становится зрительной опорой для ритма речи. Пример: «Капельки». Чистоговорка: «С крыши льется дождик. Кап-кап-кап-кап. Мы с сестрой промокли. Ап-ап-ап-ап». Графика и движение: Взрослый рисует тучу, а от нее вниз ставит точки-капельки в определенном ритме: две пары близко, потом пауза (пробел), потом еще две пары. Ребенок пальчиком стучит по каждой капельке, четко проговаривая слоги «кап-кап», делает паузу и снова «кап-кап». Это учит его визуально и тактильно чувствовать ритмическую структуру речи.

Практические рекомендации

Для специалистов по работе с детьми раннего возраста. Используйте этот метод на групповых и подгрупповых занятиях. Рисунок может быть частью коллективной работы. Например, после подвижной игры «Паровозик» (чух-чух-чух) дети вместе рисуют на ватмане длинные и короткие рельсы (линии), проговаривая «длинная-длинная», «короткая-короткая».

Для логопедов. Метод бесценен не только для запуска и развития речи, но и для автоматизации звуков. Если вы отработываете звук [С], можно «рисовать» змейку на песке или манке со звуком «сссссс», а затем пройтись по ее бумажному

следу змейкой, шипя «С-с-с-с». Графика помогает удерживать артикуляцию и контролировать длительность выдоха.

Для родителей. Это прекрасная возможность для творческого общения. Не бойтесь, что ребенок рисует «некрасиво». Цель – не шедевр, а процесс. Рисуйте дорожки для машинок, произнося «би-бип» или «ж-ж-ж», тропинки для зверей. Используйте мелки на асфальте, палочку на песке, пальчиковые краски – это разнообразит тактильные ощущения и усилит эффект.

Заключение. Изоритмика, обогащенная графическим компонентом, – это не просто занятие, а увлекательное путешествие в мир ритма, где тело, речь и рука работают слаженно. Этот метод не требует сложного оборудования, но дает потрясающие результаты: от развития речи и моторики до формирования чувства ритма и творческих способностей. Попробуйте «оживить» рисунок движением и словом, и вы откроете для себя и ребенка новый, невероятно эффективный способ развития и радостного общения.

Список литературы

1. Кобзева Е. В. Карточка пальчиковой гимнастики для младших дошкольников. Интернет-ресурс: <https://nsportal.ru/detskiy-sad/zdorovyy-obraz-zhizni/2014/02/23/kartoteka-palchikovoy-gimnastiki-dlya-mladshikh> (дата обращения: 27.10.2025).
2. Тарасова А. Н. Изоритмические игры и упражнения в развитии речи. Семинар-практикум для специалистов. Интернет-ресурс: <https://www.vospitatelru.ru/categories/2/articles/3371> (дата обращения: 24.10.2025).
3. Пешко А. М. Технология изоритмики в работе по преодолению речевых нарушений у детей. Консультация для родителей. Интернет-ресурс: https://ds182krd.gosuslugi.ru/netcat_files/userfiles/Rekomendatsii_spetsialistov/Peshko_AM/Tehnologiya_izoritmiki_v_rabote_po_preodoleniyu_rechevyh_narusheniy_u_detey._compressed.pdf (дата обращения: 27.10.2025).

УДК 376 (072)

*Самойлова Д. А. учитель-логопед отделения комплексной диагностики
ГАУ АО НПЦРД «Коррекция и развитие» г. Астрахань*

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕВЕРБАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ РЕЧЕВОЙ ГОТОВНОСТИ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ РЕЧЕВОГО ОНТОГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Аннотация. В статье представлена систематизация ключевых невербальных маркеров, являющихся основой для развития речевой деятельности и социального взаимодействия детей раннего возраста с ОВЗ. Рассматриваются такие виды маркеров, как регуляторные и декларативные жесты, социальные ритуалы, указательный жест, инициация совместного внимания, имитационный репертуар, протодиалог, понимание вербальных инструкций и жестово-звуковые комплексы. Подробно раскрываются их структура, коммуникативные функции и, что наиболее важно, диагностическая значимость для оценки уровня развития коммуникации и прогнозирования становления речи. Материал представляет ценность для диагностики нарушений в развитии и построения коррекционной работы.

Ключевые слова: невербальные маркеры, ранняя коммуникация, развитие речи, совместное внимание, указательный жест, протодиалог, диагностика развития.

Актуальность исследования невербальных маркеров речевой готовности у детей раннего возраста с ОВЗ обусловлена необходимостью ранней диагностики и эффективного прогноза речевого онтогенеза, что имеет решающее значение для планирования коррекционных и развивающих мероприятий. Для детей с ОВЗ, особенно тех, кто еще не владеет вербальной речью, невербальные средства

коммуникации – мимика, жесты, взгляд, пантомимика – выступают важнейшими инструментами взаимодействия с окружающим миром и отражением речевой готовности.

Особенности коммуникативного онтогенеза у детей раннего возраста ОВЗ заключаются в замедленном или искажённом формировании как вербальных, так и невербальных навыков коммуникации. Для этих детей крайне важны поддержка невербальных средств общения, таких как взгляд, мимика, жесты, а также использование альтернативных способов коммуникации. Социальное взаимодействие для таких детей часто требует специально организованных условий и сопровождения специалистов, чтобы стимулировать развитые формы коммуникации и речевого поведения (Горшкова, 2023).

Понимание предречевых и раннеречевых этапов, соотношения коммуникации, когнитивного развития и социального взаимодействия, а также особенности онтогенеза у детей с ОВЗ, помогает формировать эффективные подходы к ранней диагностике и поддержке речевого развития. Понятие речевой готовности связано с внутренней готовностью ребенка к началу активного речевого развития. Речевая готовность представляет собой комплекс физиологических, когнитивных и коммуникативных возможностей, которые обеспечивают успешное становление речи. Она включает сформированность слухового восприятия, моторики органов речи, а также наличие мотивации к общению и подготовленность к освоению звуковой системы языка. Речевая готовность играет ключевую роль в речевом развитии, так как определяет уровень восприятия и продуктивного использования речевых средств, что является основой для последующего успешного формирования вербального языка.

Особенности невербального общения у неговорящих детей раннего возраста с ОВЗ проявляются в том, что невербальные средства коммуникации – мимика, жесты, взгляд, пантомимика – становятся основными способами выражения потребностей и эмоций. В раннем возрасте у таких детей часто наблюдаются

трудности с установлением зрительного контакта, ограниченный репертуар жестов и слабая эмоциональная выразительность. Эти компоненты являются важнейшими индикаторами речевой готовности и служат основой для последующего развития вербальной речи. Развитие и поддержка невербальных коммуникативных навыков в раннем возрасте способствуют улучшению социальной адаптации ребенка и формируют предпосылки для успешного речевого онтогенеза (Тихонов, 2023).

Внимание к специфике невербального общения и индивидуальным особенностям детей раннего возраста с ОВЗ позволяет специалистам ранней помощи создавать эффективные программы поддержки и сопровождения, направленные на стимуляцию спонтанного речевого развития и повышение качества жизни детей и их семей.

Невербальные маркеры речевой готовности – это разнообразные формы невербального поведения, посредством которых ребенок выражает свои коммуникативные намерения и взаимодействует с окружающими еще до формирования полноценной речи. Они являются фундаментом для развития коммуникации и социального взаимодействия. Среди них ключевую роль играют регуляторные жесты, такие как указание или приглашение, которые служат для управления поведением собеседника и инициирования его реакции. Их диагностическая ценность заключается в оценке способности человека к целенаправленному взаимодействию с окружающими. Не менее важны социальные ритуалы – улыбка, имитация действий и поочередность в общении, которые помогают установить эмоциональный контакт и отражают степень освоения социальных норм.

Центральное место в невербальной коммуникации занимают жесты, направленные на организацию совместного внимания. К ним относятся декларативные жесты, выражающие интерес, и указательный жест в его различных формах. Их основная функция – обеспечить общий фокус на объекте или событии, что является основой для обмена информацией. Прогностическая значимость

этих маркеров очень высока: их сила и качество напрямую связаны с уровнем речевой готовности и прогнозируют дальнейшее развитие речи (Воронова, 2023).

Еще одним критически важным аспектом является способность к имитации и участию в диалоге. Имитационный репертуар, включающий моторные и звукоподражательные действия, позволяет осваивать новые навыки через социальное обучение. Тесно связан с этим протодиалог – обмен очередными вокализациями и жестами, который регулирует коммуникацию и демонстрирует понимание ее диалоговой структуры. Наличие этих навыков указывает на готовность к более сложным формам речевого общения.

Понимание вербальных инструкций и использование жестово-звуковых комплексов (ЖЗК) знаменуют собой переходный этап к активной речи. Реакция на ситуативные команды отражает уровень осмысления речи, а комбинация лепета с коммуникативным намерением и жестов служит для выражения собственных намерений ребенка. Эти маркеры являются важными показателями ранней коммуникационной активности и создают прочные предпосылки для последующего полноценного речевого развития (Kuhl, 2022).

Комплексный подход к анализу невербальных маркеров речевой готовности является важнейшим элементом диагностики и поддержки речевого развития детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Прогностические критерии спонтанного речевого онтогенеза у детей раннего возраста основаны на совокупности поведенческих и коммуникативных показателей, позволяющих предполагать динамику формирования речи и уровень речевой готовности. Эмпирические исследования выделяют ключевые маркеры, способные прогнозировать успешность речевого развития у детей, включая детей с ограниченными возможностями здоровья. К таким критериям относят уровень развития невербальной коммуникации (жестовой язык, использование взглядов и мимики), способность к совместному вниманию, наличие имитационных реакций, а также формирование протодиалога – чередование вокализаций и

жестов в общении с взрослыми. Особое значение имеет понимание вербальных инструкций, использование лепета с коммуникативным намерением и жестово-звуковых комплексов, служащих предвестниками словесного общения.

Для диагностики речевого развития у детей раннего возраста используются комплексные логопедические методики, разработанные такими авторами, как Р. И. Лалаева, Е. Н. Российская, Н. В. Серебрякова, Л. С. Соломаха, Е. Ф. Соболевич, Т. Б. Филичева и Г. В. Чевелёва. Основные методики включают обследование артикуляционной моторики, звукопроизношения, общей и мелкой моторики, а также оценку понимания речи и использования невербальных средств коммуникации. Важным аспектом является анализ протодиалога, лепета с коммуникативным намерением и жестово-звуковых комплексов, что особенно важно для детей с ОВЗ.

Таким образом, комплексный подход к выявлению невербальных маркеров речевой готовности не только расширяет понимание специфики речевого онтогенеза у детей с ограниченными возможностями, но и является практическим инструментом для специалистов ранней помощи, направленным на эффективное стимулирование и сопровождение спонтанного речевого развития. Это особенно важно в контексте современных требований к инклюзивному образованию и социальной адаптации детей с особенностями развития.

Список литературы

1. Воронова К. А. Диагностика двербальной коммуникации у детей 1–3 лет. М.: Форум, 2023. 176 с.
2. Горшкова Е. В. Невербальная коммуникация в раннем онтогенезе: диагностика и развитие. М.: ИНФРА-М, 2023. 215 с.
3. Тихонов Е. В. Нейробиология детской речи: от гуления к фразе. СПб.: ПИТЕР, 2023. 254 с.
4. Kuhl P. K. The Scientist in the Crib: What Early Learning Tells Us About the Mind. N. Y.: HarperCollins, 2022. 320 p.

УДК 376 (072)

Селезнева Юлия Александровна учитель-логопед

ГАУ «РЦ «Талисман» г. Екатеринбург

**ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В ЕСТЕСТВЕННОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ.
НАПРАВЛЕНИЕ РАБОТЫ: «ЗВУКИ ДОМА»**

Аннотация. Какие сделать шаги для развития коммуникативных навыков своих малышей? Очень часто у родителей нет четкого ответа на этот вопрос. Наша задача – помочь осознать и научить маму важным приёмам и этапам работы в домашней среде. И тогда, казалось бы, такое сложное станет простым и доступным. Далее будет представлен один из таких приёмов работы в игровой форме.
Ключевые слова: ранняя помощь, коммуникативные навыки, звуки, предметы окружающего мира.

Часто в службу ранней помощи обращаются родители детей с нарушениями в речевом развитии. Их интересует, какие шаги они могут сделать, чтобы помочь своим малышам научиться взаимодействовать с окружающими, выражать свои потребности. Как правило, дети, находясь дома, на прогулке не всегда слушают и обращают внимание на то, что окружающие их предметы звучат, кроме тех, на которые обращает внимание их мама. На коммуникативных встречах мы учимся, как в течение всего дня, во время разных ежедневных жизненных ситуаций привлекать внимание ребенка к разным звукам, показывая в сторону источника звука, прикладывая пальчик к уху, произнося: «Слышишь, это!». Эмоционально реагируя на естественно происходящие звуки, родители научают ребенка с самого раннего возраста не только обращать внимание, но и понимать их значение. Ребенок учится слушать, слышать, различать, узнавать, а это уже в свою очередь плавно и постепенно способствует дальнейшему развитию коммуникации.

На встречах с семьей мы прорабатываем основные моменты и нужные действия по развитию слухового восприятия в разных ситуациях. Обращаем внимание на то, что в домашней среде нас окружает множество предметов. И многие из них при использовании издают тот или иной звук. Это и есть «Звуки дома», которые можно использовать в игровой форме. Каждая мама может сделать пособие самостоятельно. К примеру, что может входить в перечень предметов пособия: бутылка с водой, маленькая металлическая кастрюлька, фарфоровая или металлическая кружка и ложка, губка для мытья посуды (силиконовая или абразивная), молоток (деревянный/пластиковый), беспроводной дверной звонок, часы с заводным механизмом и шумным ходом, пакет (шуршащий), игрушка-микроволновка, стиральная машина и т. д.

Желательно придерживаться следующих этапов:

1 этап. Рассматривая предмет, помогаем ребенку услышать звук, который он издает. Для этого вместе с ребенком делаем нужные действия, чтобы этот предмет зазвучал. Можно изучать эти звуки, начиная с одного-двух, постепенно добавляя новые. Уделяем изучению звука/звуков столько времени, сколько потребуется с конкретным ребенком, опираясь на его уровень актуального развития.

2 этап. По очереди издаем звук разными предметами, которые можно спрятать в чудесном мешочке (наволочке), корзинке, за ширмой (большой книгой), под столом, за спиной. Ребенок говорит, что шумело, используя речь, либо жест и просто делает выбор из тех предметов, которые спрятала мама. Если коммуникативные навыки не развиты, взрослый внимательно смотрит на взгляд ребенка, либо поворот головы в сторону предполагаемого ответа.

3 этап. Соотносим предмет с каким-то конкретным персонажем (баба, деда, папа, мама, дядя, тётя, Катя, Вова, ляля), в зависимости от уровня развития речевых навыков. Это позволит малышу указать на звук или назвать его, даже если активная речь ещё недостаточно развита, но в словаре уже есть такие простые и любимые слова, как: мама, папа, баба, деда. Для тех, кто ещё совсем не говорит, можно использовать картинки с изображением героев игры, фото родственников.

Примерные варианты инструкций:

- ✓ Это мама моет стол, слушай, шумит губка – «ш--ш--ш».
- ✓ Это папа чинит шкаф, слушай, стучит молоток – «т-т-т», «тук-тук».
- ✓ Это Катя (ляля) пьет чай, слушай, шумит ложка. Вкусный чай – «ах».

Горячий чай – «ой», «ох».

✓ Это баба шумит. Открыла кастрюлю, супа нет. Кто-то съел – «тю-тю», «о-ё-ёй, надо варить».

✓ Это деда хочет пить. Слышишь, булькает водичка – «б-б-б», «буль-буль».

✓ Это тётя шумит, она что-то купила, пакет шуршит – «ш-ш-ш».

✓ Это дядя пришёл в гости, звонит – «динь-динь».

В работу можно брать один-два звука и персонажа, так же постепенно добавляя или просто переходя к новым звукам. Отработав эти моменты на игровом материале, можно перенести эти навыки на реальные бытовые ситуации в семье.

Такие игры не займут у родителей много времени. Для ребёнка они будут интересными и увлекательными, а самое главное – дадут толчок к развитию коммуникативных навыков в игровой форме, в домашней среде, в ежедневных жизненных ситуациях.

Список литературы

1. Захарова, И. Ю., Моржина, Е. В. Игровая педагогика: таблица развития, подбор и описание игр / И. Ю. Захарова, Е. В. Моржина. М.: Теревинф, 2018. 152 с.

2. Сухова, Ольга. Слушать интересно! Развитие слухового восприятия: начальный этап. Методическое издание / Ольга Сухова; под редакцией И. Баткаевой. Ростов н/Д: Феникс, 2024. 64 с.

УДК 376

*Третьякова Ольга Ивановна педагог-психолог,
руководитель службы ранней помощи
КГБУ СО «Реабилитационный центр «Радуга», г. Красноярск*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТРАТЕГИЙ КОУЧИНГА ПРИ СОПРОВОЖДЕНИИ СЕМЬИ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Аннотация. В статье акцентируется внимание на значимости семьи как основного фактора развития ребёнка с особыми потребностями, и исследуется потенциал семейных ресурсов. Обосновывается ключевая роль коучинга как эффективного инструмента выстраивания партнёрских отношений между специалистами и семьями, получающими услуги ранней помощи. В результате такого взаимодействия появляется устойчивое развитие ребёнка и значительное повышение качества жизни семьи в целом.

Ключевые слова: ранняя помощь, семья, дети с особыми потребностями, коучинг, специалисты службы ранней помощи.

Современная практика показывает, что семья, воспитывающая ребёнка с особыми потребностями, обладает огромным потенциалом при формировании благоприятных условий для его развития и воспитания. Ребёнок раннего возраста развивается преимущественно посредством эмоциональных связей с близкими взрослыми, что подчёркивает необходимость комплексного подхода, сочетающего помощь самому ребёнку и поддержку его семьи. Следовательно, любые мероприятия, ориентированные исключительно на ребёнка, окажутся менее эффективными без учёта семейного контекста.

Важно отметить, что психолого-педагогическое сопровождение семьи помогает справиться с трудностями и кризисами, которые возникают вследствие особенностей развития ребёнка. Как правило, получение медицинского диагноза становится стрессовым фактором, приводящим к переживаниям утраты надежд и формированию негативных установок относительно собственных родительских способностей. Поэтому выстраивание партнерских отношений между специалистом и семьей – фундаментальный принцип в реализации ранней помощи, который способствует вовлеченности, повышению компетентности и уверенности родителей.

Если специалисту удастся выстроить доверительные, партнерские отношения, замотивировать родителя на активное включение в улучшение ежедневных жизненных ситуаций, то результат такой работы будет более эффективным.

На сегодняшний день особую популярность приобретает использование коучингового подхода в сопровождении семей в службе ранней помощи. Этот подход отличается от традиционной модели взаимодействия, в рамках которой родителей обучают готовым технологиям. Вместо прямой передачи рекомендаций, коучинг подразумевает совместную разработку целей, стратегию действий и методов их достижения, сопровождаемую партнерским диалогом и учетом уникальности каждой семьи. Применение коучинга обеспечивает повышение субъектной активности родителей, поддерживает инициативу и самостоятельность в организации домашнего пространства и осуществлении развивающей деятельности с ребёнком. Такое взаимодействие помогает укрепить доверие между семьей и специалистами, повышает мотивацию родителей и создаёт основу для дальнейшего устойчивого развития ребёнка.

Рассмотрим основные стратегии, используемые в процессе коучинга в деятельности нашей службы ранней помощи:

1. Совместное планирование действий

Специалист и родитель определяют цели и задачи индивидуальной программы помощи, составляется план действий.

2. Демонстрация и моделирование

Специальные демонстрации действий специалиста позволяют наглядно показывать правильные техники ухода за ребенком, способы воздействия и возможные варианты реагирования на нужды ребенка. Благодаря данному приему родители учатся эффективному уходу и взаимодействию с ребенком.

3. Наблюдение и обратная связь

Специалист внимательно следит за действиями родителей, своевременно дает полезные советы и поддержку, разъясняя целесообразность тех или иных шагов. Особенностью обратной связи является акцент на положительных изменениях и достижениях родителей и ребёнка, а также внимательное и бережное обращение к вопросам, нуждающимся в улучшении.

4. Рефлексия и анализ

Регулярные беседы с родителями позволяют провести глубокий анализ произошедших изменений, оценить достигнутый прогресс и скорректировать дальнейший план действий.

Пример из практики

Родители Миши (1 год 8 месяцев) обратились в службу ранней помощи с жалобами на отсутствие у ребёнка речи и трудности в выстраивании взаимодействия с членами семьи. Согласно наблюдениям родителей, мальчик игнорирует игрушки, предпочитает беспорядочно раскладывать их вокруг себя, не проявляет интерес к книгам и иллюстрациям.

Постановка целей:

Основной задачей стало улучшение первичных коммуникативных навыков, обучение близких эффективным приёмам вовлечения ребёнка в игру и создание условий для появления признаков социальной активности.

Демонстрация и моделирование:

Специалисты службы показали родителям эффективные способы взаимодействия с мальчиком, такие как организация совместных социальных игр, приёмы установления зрительного контакта, внедрение коротких и чётких комментариев во время игровой деятельности.

Наблюдение и обратная связь:

Во время последующих встреч специалисты фиксировали положительные сдвиги в поведении ребёнка, уделяя особое внимание моментам роста вовлечённости в процесс общения. Например, заметили, что Миша постепенно начал устанавливать зрительный контакт и реагировать на действия взрослых во время игры.

Анализ и рефлексия:

Вместе с семьёй специалисты проанализировали эффективность принятых мер и обсудили возникающие трудности. Родители выразили обеспокоенность недостаточным результатом на начальном этапе, получив разъяснения о важности индивидуального подхода и временных рамках развития коммуникации у детей раннего возраста.

Итоговые результаты:

Через четыре месяца регулярных встреч семья заметила значительные улучшения: Миша начал стабильно поддерживать зрительный контакт, проявлял инициативу выбора игрушек, учился согласовывать свои предпочтения простыми жестами (указательным движением руки, кивком головы). Мама отметила, что занятия помогли не только улучшить коммуникацию, но и сформировали атмосферу спокойствия и понимания внутри семьи.

Заключение

Семья – главный ресурс в развитии ребёнка с особыми потребностями. Специалисты службы ранней помощи должны учитывать запрос родителей, содействуя укреплению их компетенций, мотивации и доверия к собственному опыту. Использование коучинга как метода работы с семьями расширяет инструментарий специалистов, позволяя учитывать индивидуальные особенности каждой семьи.

Список литературы

1. Астраханцева, И. В. Психологическая поддержка родителей: теория и практика работы специалистов служб ранней помощи детям и семьям / И. В. Астраханцева, О. В. Гусева, Е. В. Дмитриева. Красноярск: СибАК, 2021. 105 с.
2. Хромченко, А. С. Теория и практика семейного коучинга : учебное пособие. Ростов-на-Дону: Феникс, 2023. 288 с.
3. Шмелёва, Н. В. Комплексный подход к раннему вмешательству: роль коучинга в развитии ребенка : сборник материалов международного форума. Красноярск: Сибирский фед. ун-т, 2024. 240 с.

Хаустова Элла Дмитриевна заведующий отделением
социальной реабилитации детей-инвалидов,
Государственное казенное учреждение социального обслуживания
Краснодарского края Мостовский комплексный центр реабилитации инвалидов,
Краснодарский край, Мостовский район, пгт Мостовской

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В ГКУ СО КК «МОСТОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ» КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Аннотация. В статье представлено описание реабилитации ребёнка-инвалида раннего возраста с синдромом Эдвардса, раскрыты особенности поведения и развития, а также используемых реабилитационных технологий на примере частного случая.

Ключевые слова: социальная реабилитация детей-инвалидов, синдром Эдвардса.

В 2021 году мама ребенка, страдающего синдромом Эдвардса, впервые обратилась в ГКУ СО КК «Мостовский комплексный центр реабилитации инвалидов» в отделение социальной реабилитации детей-инвалидов для прохождения курса реабилитации. Данное хромосомное заболевание не препятствует ребенку полноценно участвовать в социальной жизни. Мальчик с энтузиазмом воспринял новое окружение, оборудование, методики и игровые материалы, что способствует его успешной адаптации.

Диагностика состояния ребенка проводилась на основе наблюдения, интервью с родителем и специалистами учреждения, а также анализа имеющейся

медицинской документации. Ввиду отсутствия вербальных навыков и способности выполнять инструкции, дополнительные диагностические методы не применялись.

Основная цель психологического сопровождения заключалась в содействии психическому, психофизическому и личностному развитию ребенка. Специалисты стремились повысить уровень общего развития, восполнить пробелы в предшествующем развитии и обучении, а также разработать индивидуальные программы для формирования недостающих навыков и коррекции отклонений в познавательной, эмоциональной и личностной сферах.

В первые месяцы посещения реабилитационного центра ребенок испытывал трудности с концентрацией внимания на занятиях. Педагогам приходилось адаптировать подходы для привлечения его внимания. Со временем мальчик начал распознавать и различать педагогов, что позволило ему самостоятельно выбирать виды деятельности.

Для ребенка была разработана индивидуальная реабилитационная программа, учитывающая его специфические особенности и направленная на компенсацию нарушений в развитии. Это способствовало успешной интеграции мальчика в социум.

На данный период времени ребенок регулярно посещает запланированные коррекционно-развивающие занятия, демонстрируя положительную динамику в развитии. Уровень его развития соответствует средневозрастной норме. Отмечается значительное улучшение в коррекции нарушений поведения в группе и способности ориентироваться в заданиях. Благодаря совместным усилиям педагогов, специалистов и родителей удалось достичь высокого уровня самоконтроля и самооценки у ребенка.

В настоящее время у Миши наблюдаются ярко выраженные музыкальные способности.

Каждое занятие начинается с прослушивания классической музыки, что положительно влияет на его эмоциональное состояние и когнитивные процессы.

Основная цель реабилитации Миши заключается в раскрытии его потенциала, развитии способностей и формировании навыков самостоятельности.

Эффективная реабилитация требует тесного взаимодействия педагогов, специалистов и родителей. Мать Миши играет ключевую роль в закреплении достигнутых результатов в домашних условиях.

Миша и его мать активно участвуют в мероприятиях вне реабилитационного курса, что способствует их эмоциональному благополучию.

Целью учреждения является оказание комплексной помощи каждому ребенку-инвалиду для реализации его потенциала и интеграции в общество.

Список литературы

1. Баилова Л. А., Александрова Е. А. Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста с нарушениями развития. М.: МГППУ, 2010.
2. Лорер В. В. Ранняя помощь детям и их семьям: методическое пособие. Санкт-Петербург, 2025.
3. Писарева Н. А. Комплексное сопровождение развития детей с ограниченными возможностями здоровья: теория и практика. М.: Издательство РГПУ им. А. И. Герцена, 2019.

Научное издание

**РАННЯЯ ПОМОЩЬ: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К РАЗВИТИЮ
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ПОДДЕРЖКЕ ИХ СЕМЕЙ**

Материалы межрегиональной конференции

27 ноября 2025 года

Электронное издание

Процессор Intel® или AMD с частотой не менее 1.5 ГГц
Операционная система семейства Microsoft Windows или macOS
Оперативная память 2 ГБ
Уч. изд. л. 8,11

Дополнительные программные средства: Программа для просмотра PDF
Издательско-полиграфический центр ВИУ РАНХиГС
г. Волгоград, ул. Герцена, 10