

Министерство образования и науки Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный гуманитарный университет имени М.А. Шолохова»

Федеральная целевая программа развития образования на 2011-2015 годы, в рамках реализации задачи «Модернизация общего и дошкольного образования как института социального развития»

мероприятие 2. «Распространение на всей территории Российской Федерации современных моделей успешной социализации детей»

подмероприятие 2.8 «Повышение квалификации работников сферы образования в целях распространения современных моделей успешной социализации детей»

Проект: «Внедрение модели повышения квалификации работников сферы образования в области распространения современных технологий успешной социализации детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья»

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ И СОСТАВЛЕНИЮ
ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РАННЕЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ**

Москва - 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ЧАСТЬ I. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	8
1.1. Модель диагностики в системе ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.	10
1.2. Медицинское обследование.....	13
1.3. Психолого-педагогическое обследование.....	15
1.4. Особенности психолого-педагогического изучения детей первых трех лет жизни. .	20
ЧАСТЬ 2. КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ.....	29
2.1. Структурно-организационные составляющие модели системы ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи.....	30
2.2. Алгоритм разработки индивидуальных программ ранней помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья и его семье	33
2.3. Оценка эффективности индивидуальной программы ранней помощи.....	36
2.4. Вариативные модели ранней помощи детям с сенсорными нарушениями	
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	60
ПРИЛОЖЕНИЕ	63
Приложение №1	63
Приложение №2	66
Приложение №3	72

ВВЕДЕНИЕ

Своевременное прогнозирование возможных последствий экономического и социального неблагополучия общества определяет необходимость реформирования системы специального образования для осуществления ее перехода на принципиально иной этап развития, который предполагает:

- максимально раннее выявление и диагностику особых образовательных потребностей ребенка и его семьи;
- максимальное сокращение разрыва между временем определения первичного нарушения в развитии ребенка и началом целенаправленной коррекционной помощи
- снижение временных границ начала специального образования (до первых месяцев жизни ребенка);
- построение индивидуальных комплексных программ сопровождения на основе выявления потенциала развития ребенка.
- обязательное включение родителей в коррекционный процесс на основе выявления специальных потребностей и возможностей семьи.

В связи с этим одной из важнейших задач на современном этапе развития общества является достраивание отсутствующей структуры в образовании - системы раннего выявления и ранней комплексной коррекции нарушений в развитии ребенка.

Существующий отечественный и зарубежный опыт показывает, что правильно организованная ранняя коррекция способна предупредить появление вторичных отклонений в развитии, обеспечить максимальную реализацию потенциала развития ребенка, а для значительной части детей обеспечить возможность включения в общий образовательный поток (интегрированное обучение) на раннем этапе возрастного развития.

Важным условием успешной коррекционной работы с детьми младенческого и раннего возраста становится разработка педагогических и организационных условий включения родителей в реализацию индивидуальных программ коррекционно-развивающего обучения, которые реализуются в рамках Службы ранней помощи.

Из истории создания и становления службы ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Большую роль в поиске эффективных решений проблемы раннего (от нескольких дней жизни младенца до трехлетнего возраста)

выявления и специальной помощи сыграло переосмысление на современном уровне положений выдающегося отечественного психолога Л.С. Выготского о социальности развития младенцев и об их отношениях со взрослыми, конкретизированных в исследованиях психологии младенчества и генезиса общения М.И.Лисиной (1974; 1986; 1987) и ее учениками; об использовании сензитивных периодов (периоды повышенной чувствительности) для предупреждения социально обусловленного отставания и связанных с ним вторичных отклонений в развитии. Это в первую очередь позволило спроектировать и провести научные эксперименты в области коррекционной педагогики и убедительно доказать эффективность комплексной коррекционной помощи на самых ранних этапах развития проблемных детей.

Начиная с 90-х годов XX века в специальной психологии и коррекционной педагогике в России начинает складываться система коррекционной помощи детям раннего возраста с проблемами развития, которая основывается на отношении к раннему возрасту, как к наиболее эффективному периоду в жизни ребенка с точки зрения коррекционно-развивающего воздействия. Действующая в настоящее время система ранней помощи, заимствуя опыт некоторых западных стран, опирается на отечественные теории, возникшие на протяжении XX века. К их числу принадлежат: теория о синкретичности психомоторного развития в раннем возрасте (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, О.Е. Смирнова, Д.Б. Эльконин), о роли деятельности в развитии ребенка и ведущих видах деятельности в раннем возрасте (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, М.И. Лисина, Д. Б. Эльконин), о роли и развитии общения в раннем возрасте (М.И. Лисина и ее ученики, Д.Б. Эльконин), а так же вопросы оценки и диагностики психомоторного развития ребенка раннего возраста (А.С. Галанов, А.М. Казьмин, Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт, И.Ю. Левченко), вопросы содержания воспитания в образовательных и медицинских учреждениях (Л.А. Венгер, К.Л. Печора, Г.В. Пантюхина, К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, Л.Т. Журба, Е.А. Стребелева).

Однако изучение практики психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с нарушениями развития позволяет прийти к выводу о ее ограниченной роли в системе специального образования в современной России. В настоящее время существуют такие учреждения, как Научный центр здоровья детей РАМН, служба ранней педагогической помощи в Ассоциации Даун-синдром, службы ранней помощи и лекотеки в административных округах города и другие аналогичные структуры при ПМПК и дошкольных учреждениях центральных городов и в региональных центрах России, Институт раннего вмешательства в г. Санкт-Петербурге.

Появившиеся в России в середине 90-х годов учреждения, в которых начали оказывать диагностическую и коррекционно-педагогическую помощь семьям, имеющим

детей раннего возраста с риском или выявленными отклонениями в развитии, не решают всех стоящих задач из-за их малочисленности и разобщенности. Широкому распространению психолого-педагогической помощи детям раннего возраста препятствует отсутствие механизма включенности ранней помощи в общую систему образования. В то же время уже наработан значительный отечественный опыт, представляющий различные действующие модели взаимодействия с семьей ребенка раннего возраста и конкретные технологии психолого-педагогической помощи.

Научным коллективом "Института коррекционной педагогики" РАО во главе с Н.Н. Малофеевым в Российской Федерации разработана и апробируется Государственная концепция «Раннего вмешательства». Она предполагает реконструкцию отечественной системы специального образования и активное внедрение служб ранней помощи детям с различными отклонениями в развитии.

Ранняя помощь позволит значительно снизить степень социальной недостаточности детей, достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития, образования, интеграции в общество.

Следует отметить, что уже работает государственная система выявления нарушений слуха у детей с периода новорожденности. В соответствии с приказом Минздравмедпрома России № 108 от 23.03.96. «О введении аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни» и Указаниями Минздрава России № ДОЗ от 05.05.92. «О внедрении единой системы раннего выявления нарушений слуха у детей, начиная с периода новорожденности, и их реабилитации» предложена государственная система раннего выявления детей с подозрением на снижение слуха.

В рамках программ «Столичное образование-3» и «Столичное образование-4» по инициативе А.М. Казьмина к.м.н., профессора, заведующего кафедрой клинической психологии раннего детства факультета клинической и специальной психологии МГППУ и при его активном участии в г. Москве созданы две новые формы психолого-педагогической помощи детям с нарушениями развития и их семьям: «Служба ранней помощи» и «Лекотека». Разработаны и приняты Департаментом Образования города Москвы положения об одноименных структурных подразделениях государственного образовательного учреждения, базовые методические материалы. Данные модели работы внедряются и в медицинских учреждениях – поликлиниках, клиниках, домах ребенка в нескольких регионах РФ. Психологическое сопровождение семьи ребенка с проблемами в развитии должно включать в себя несколько форм работы: семейные диагностические игровые сеансы для семьи и специалиста, индивидуальные консультации для родителей и работу с группой родителей.

Проблема психолого-педагогического изучения детей первых лет жизни и сопровождения семей, имеющих таких детей, раскрывается в работах ряда авторов: О.Г. Приходько, Ю.А. Разенковой, Е.Р. Баенской, Н.Д. Шматко, Е.В. Кожевниковой, Р.Ж. Мухамедрахимова, Г.А. Мишиной, В.В. Ткачевой, И.Ю. Левченко и др.

В последние десятилетия в Российской Федерации усилился интерес к проблемам ранней диагностики нарушений развития у детей. Был осуществлен ряд научных исследований в данном направлении (Е.Ф. Архипова, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, М.Л. Дунайкин, Ю.А. Лисичкина и др.).

Раннее вмешательство позволит значительно снизить степень социальной недостаточности детей, достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития.

Целевые группы населения, нуждающихся в услугах Службы ранней помощи:

Целевые группы населения, в отношении которых организовывается и осуществляется деятельность Службы ранней помощи, в том числе:

1. Дети с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста, в том числе дети-инвалиды раннего возраста – дети, относящиеся к возрастной группе от 0 до 3 лет, и имеющие отклонения от нормального психического и физического развития различной степени выраженности, вызванные врожденными или приобретенными дефектами и в силу этого нуждающиеся в специальном комплексном сопровождении их развития.

Основные критерии отнесения ребенка к категории детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья:

- возраст ребенка в диапазоне значений от 0 до 3 лет;
- наличие интеллектуального, сенсорного, эмоционального, двигательного, речевого недостатка или их сочетаний
- наличие потребности в специальном комплексном сопровождении развития.

Наиболее распространенными в современной психолого-педагогической и медико-социальной литературе являются понятия «дети с особенностями развития» и «дети с ограниченными возможностями здоровья». Их преимущественное употребление вызвано тем, что эти понятия отражают состояние детей как исходное положение, определяющее круг проблем независимо от состояния общества и среды, которое может только расширить этот круг.

Понятие «дети с ограниченными возможностями» охватывает категорию лиц, жизнедеятельность которых характеризуется какими-либо ограничениями или отсутствием способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста.

Понятие ограничения рассматривается с разных точек зрения, раскрывающих проблемы оказания помощи лицам с нарушенным развитием: в медицине, социологии, сфере социального права, педагогике, психологии. В соответствии с этим, понятие «дети с ограниченными возможностями» позволяет рассматривать данную категорию лиц как имеющих функциональные ограничения, неспособных к какой-либо деятельности в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, нетипичного состояния здоровья, вследствие неадаптированности внешней среды к основным нуждам индивида, из-за негативных стереотипов, предрассудков, выделяющих нетипичных людей в социокультурной системе.

В классификации, основой которой является характер нарушения, недостатка, различают следующие категории детей с ограниченными возможностями здоровья:

- дети с нарушениями функций слухового анализатора, в том числе дети после кохлеарной имплантации;
- дети с нарушениями функций зрительного анализатора;
- дети с нарушениями двигательного развития;
- дети с расстройствами аутистического спектра;
- дети с нарушением интеллектуального развития;
- дети с нарушениями предречевого и раннего речевого;
- дети со сложными недостатками развития;
- дети с хроническими соматическими заболеваниями;
- дети, воспитывающиеся в неблагоприятной социальной среде, сиротских учреждениях и пр.;

2. Семьи, осуществляющие воспитание и уход за детьми с ограниченными возможностями здоровья раннего возраста.

ЧАСТЬ I. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Анализ некоторых современных подходов к диагностике развития детей раннего возраста. В настоящее время в России и за рубежом разработан обширный диагностический инструментарий, направленный на выявление нарушений развития у детей раннего возраста.

В Европе широко известна “Мюнхенская функциональная диагностика развития” детей раннего возраста, созданная в Мюнхенском университете и Институте социальной педиатрии. Данная диагностика была разработана группой специалистов под руководством профессора, почетного доктора медицинских наук Теодора Хельбрюгге. На основании его десятилетних научных исследований детского развития были получены новые знания в области раннего диагностирования, ранней терапии и раннего социального приобщения детей с ограниченными возможностями. Основание им в 1968 году социально-педиатрического Мюнхенского детского центра должно было решить проблему оказания помощи детям раннего возраста с особыми потребностями. В настоящее время в центре, основываясь на самых современных научных достижениях, работают специалисты из различных областей – педиатрии, социальной педиатрии, детской неврологии, психологии, генетики. Он специализируется на ранней диагностике и терапии нарушений и задержек развития.

Дата проведения первой оценки развития в Мюнхенской диагностической программе соответствует второму месяцу жизни младенца. В основе методики – дифференцированное деление психомоторного развития на восемь функциональных областей: ползание, сидение, ходьба, хватание, перцепция, речь, понимание речи, социальное поведение. В методике оценивается сам факт выполнения или невыполнения задания ребенком, что сопоставляется с возрастными нормами, создается графический, антропометрический профиль, связывающий показатели по всем функциональным областям. При подведении результатов производится анализ негативных отклонений, так, задержка в 1 месяц требует повторной диагностики после выявления ее причин и коррекции, тогда как задержка в 2 месяца считается критической в отношении патологии и требует более глубокого анализа. Данная диагностическая методика носит скрининговый характер, в ней отсутствуют некоторые значимые показатели развития, выделяемые отечественными методиками, такие как "первая улыбка в ответ на обращение взрослого", "комплекс оживления".

Модель Мюнхенского детского центра оправдала себя как эффективное терапевтическое и диагностическое учреждение и внедряется в практику других стран: появились разнообразные дочерние центры в Германии и по всему миру.

В зарубежных методиках наблюдаются разночтения в объяснении нормативных сроков формирования психических реакций, а также большой разброс показателей. Причина этого в специфике воспитания детей в разных странах мира, в разных научных подходах к определению возрастной нормы и выделению содержательных областей развития младенца. Знакомство с данными исследованиями и диагностическими подходами и сравнение их с теми направлениями исследований, которые ведутся сейчас в области ранней помощи в России, говорит о том, что мы имеем сходные проблемы в области раннего специального детского образования и находимся на единой линии развития.

В настоящее время для диагностики широко используются опросники для оценки психомоторного развития детей раннего возраста. Существует группа методик для быстрой оценки психомоторного развития младенцев, так называемые «скрининг-методики»: А.М. Казьмин, Л.В. Казьмина "Дневник развития ребенка от рождения до трех лет". Активно применяются диагностические методики Г.В. Пантюхиной, К.Н. Печоры, Э.Л. Фрухт, О.В. Баженовой, Л.Т. Журбы, Е.М. Мастюковой, Е.Ф. Архиповой.

В последние десять лет были защищены отечественные диссертационные исследования, в которых предложены новые разработки имеющегося диагностического инструментария.

В исследовании М. Л. Дунайкина впервые применен нейропсихологический подход к анализу психического развития младенцев с перинатальными энцефалопатиями, что позволило психологу изучить церебральные механизмы нарушенного онтогенеза и через их понимание подойти к закономерностям формирования психических функций в норме. Такого рода работа стала возможна благодаря тому, что выполнялась в учреждениях медицинского профиля и у автора была возможность изучать анамнез пациентов, результаты аппаратных исследований, обсуждать данные с врачами. М. Л. Дунайкин показал, что существует зависимость особенностей психического развития от преимущественной латерализации церебральной дисфункции. Поражение правого полушария проявляется ослаблением непосредственно-эмоциональных форм взаимодействия, слабостью общей активации на стимуляцию. Дисфункция левого полушария обуславливает задержку формирования опосредствованных сложных способов общения и предметных действий. При этом была обнаружена полушарная зависимость от стволово-подкорковых образований мозга, определяющих общую нейродинамику, правое полушарие функционально зависимо от лимбико-диэнцефальных структур, а левое от

каудальных отделов ствола мозга. В зависимости от стороны преимущественной церебральной дисфункции формируются симптомы дисгармонического (при правополушарной) или задержанного (при левополушарной) развития. Нейропсихологический подход позволил рассмотреть проблемы психического развития с позиций его церебральной организации, взаимосвязанной с биологическими и психосоциальными факторами.

Таким образом, на современном этапе мы наблюдаем разнообразие методов и научных подходов к проблеме ранней диагностики и коррекции детей с нарушениями развития. В связи с этим назрела необходимость анализа и систематизации получаемых в результате данных об эффективности их воздействия на психику детей.

1.1. Модель диагностики в системе ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья

Проблема выявления отклонений в развитии ребенка заключается не только в установлении нарушений структуры и функции организма, фиксации задержки появления ожидаемого по возрасту ребенка поведения, но и выяснении природы препятствий на уровне организма и в окружающей среде, затрудняющих развитие ребенка. В одних случаях, у детей с отставанием развития имеется непреодолимый барьер (например – при синдроме Ретта или спинальной амиотрофии Верднига-Гофмана), в других случаях, при помощи медицинских воздействий биологические ограничения могут быть ослаблены или даже полностью компенсированы (например, при оперативном лечении врожденных аномалий сердца, неба, при заместительной терапии врожденного гипотиреоза или сахарного диабета, при кохлеарной имплантации у многих детей с глухотой). По сравнению с нарушениями структур и функций организма ребенка, влияние неблагоприятных социальных факторов, таких как сиротство и жестокое обращение, менее драматично в отношении ограничений жизнедеятельности. Тем ни менее, исследования показывают, что дети, воспитывающиеся в сиротских учреждениях, отстают от сверстников, воспитывающихся в семье, как в физическом, так и психоречевом развитии. Еще в большей степени страдает эмоционально-личностное развитие таких детей, что является серьезной угрозой для их дальнейшей индивидуализации и социальной адаптации.

Таким образом, выявление отклонений в развитии детей является мультидисциплинарной задачей, для решения которой необходимо соединение усилий медицинских работников, родителей, специалистов психологического и педагогического

профиля, работников социальной сферы. Ниже представлены основные модели раннего выявления отклонений в развитии и их причин.

В предлагаемой Модели диагностики в системе ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья раннее выявление отклонений и особенностей в развитии ребенка первых трех лет жизни является системой, включающей следующие этапы:

- Медицинский скрининг осуществляется специалистами медицинского профиля в родильных домах, перинатальных центрах, отделениях новорожденных, поликлиниках, медицинских диагностических центрах
- Комплексное изучение ребенка на ПМПК, результатом которого является направление ребенка в службу ранней помощи;
- Углубленное психолого- педагогическое изучение ребенка в службе ранней помощи с целью разработки индивидуальной программы коррекции;
- Этапные диагностические обследования для оценки эффективности развивающей работы и коррекции индивидуальной программы, реализуемой в службе ранней помощи
- Итоговое обследование ребенка при выпуске из службы ранней помощи для определения оптимального педагогического маршрута, который определяется ПМПК

В том случае, если ребенок переходит из Службы ранней помощи в массовую дошкольную образовательную организацию, целесообразно не только представить рекомендации ПМПК, но и осуществлять сопровождение специалистами ранней помощи. Длительность сопровождения определяется индивидуально, минимальный период – 6 месяцев.

В том случае, если ребенок переходит из Службы ранней помощи в образовательную организацию, оказывающую специальную помощь (группа кратковременного пребывания, Лекотека, Центр психолого-педагогического и медико-социального сопровождения и др.) достаточно предоставление рекомендаций ПМПК, регламентирующих содержание и организационные условия коррекционно-развивающей работы.

Представим многоэтапную Модель диагностики в системе ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.

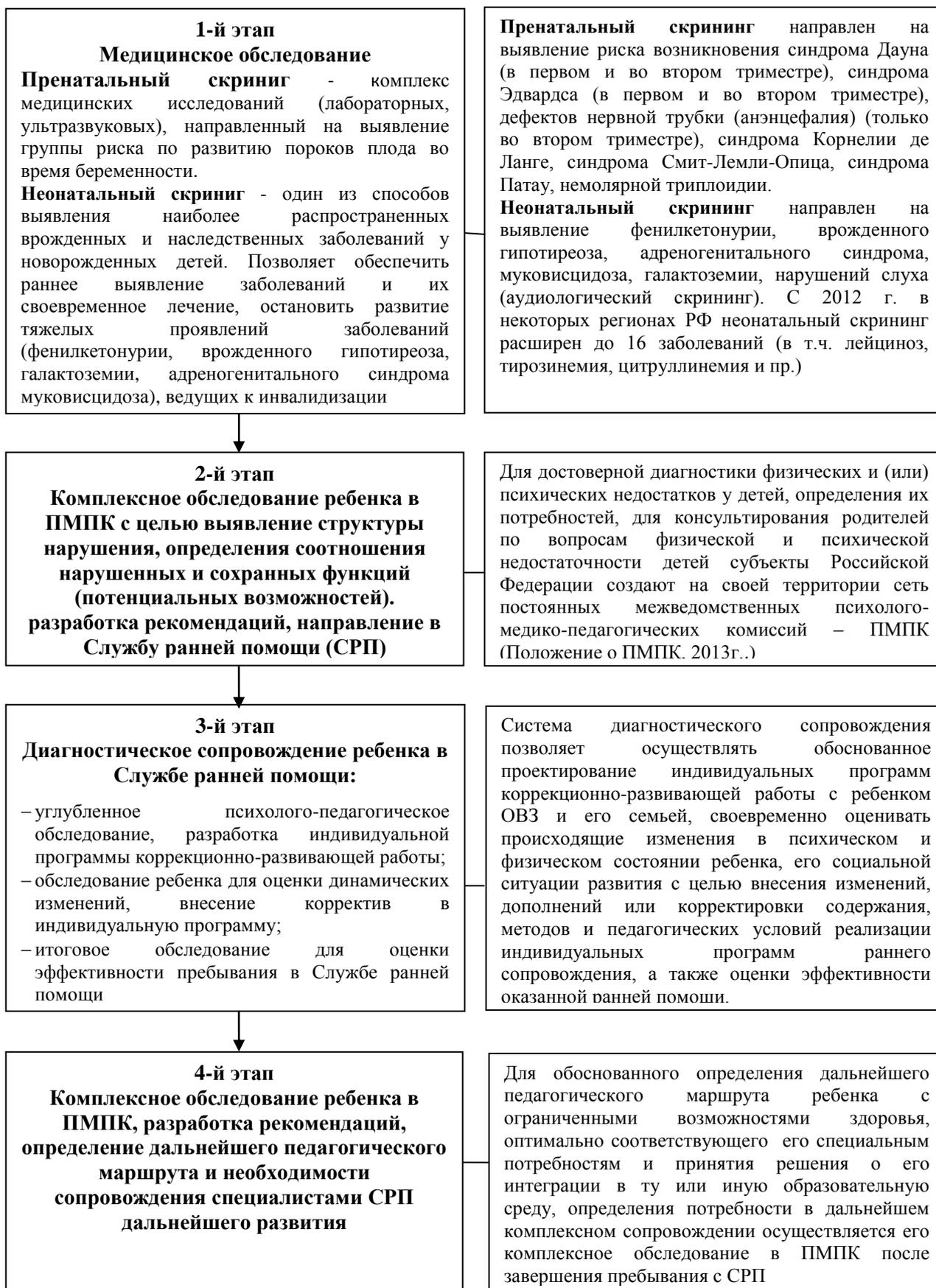


Рис.1. Модель диагностики в системе ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья

1.2. Медицинское обследование

Наибольшее количество детей с выраженными нарушениями структуры и функций организма выявляются в процессе медицинских осмотров новорожденных, младенцев неонатологом, педиатром, другими специалистами (хирургом, неврологом, офтальмологом, отоларингологом, с привлечением, в необходимых случаях – эндокринолога, генетика и др.) с применением стандартных лабораторных и инструментальных методов диагностики. По такой схеме в первые два месяца после рождения выявляются практически все дети с синдромом Дауна.

В то же время, существует проблема своевременного выявления детей с менее выраженной или скрытой патологией, не приводящей в ранние сроки к тяжелым нарушениям жизненно важных функций и основных категорий жизнедеятельности. Для уменьшения количества случаев поздно диагностированных заболеваний разрабатываются скрининговые методики.

Скрининг — метод активного выявления лиц с какой-либо патологией или факторами риска ее развития, основанный на применении специальных диагностических исследований, включая тестирование, в процессе массового обследования населения или его отдельных контингентов. Для проведения скрининга необходимо наличие подготовленного персонала и стандартный подход к выявлению изучаемого признака и оценке полученных результатов. Применяемые методы должны быть достаточно просты, надежны и воспроизводимы.

В системе здравоохранения Российской Федерации внедрен скрининг, обязательный для всех новорожденных, направленный на выявление 5 генетических заболеваний: фенилкетонурии (ФКУ), муковисцидоза, галактоземии, адреногенитального синдрома и врожденного гипотиреоза. Их раннее выявление способствует снижению инвалидизации и смертности среди детей.

Существуют методические рекомендации по проведению всеобщего скрининга новорожденных на выявление нарушений слуха, который активно внедряется в субъектах Российской Федерации. В данный скрининг входит обследование состояния слуховых рецепторных клеток при помощи аппаратного метода - *регистрации отоакустической эмиссии* (ОАЭ) – 1-й этап и оценки реакции проводящих путей слухового анализатора на звуковую стимуляцию - *регистрации коротколатентных слуховых вызванных потенциалов* (КСВП) – 2-й этап.

На *1-ом этапе* обследованию подлежат **все** новорожденные в учреждениях родовспоможения; дети, родившиеся вне учреждений родовспоможения, а также дети, не прошедшие скрининг (положительный результат, т.е. ОАЭ не регистрируется) в учреждениях родовспоможения, первый этап скрининга проходят в детской поликлинике. Исследование проводят: врач- неонатолог, врач-педиатр, врач- оториноларинголог, медицинская сестра.

2-ой этап скрининга проводят в центрах реабилитации слуха (сурдологических центрах, кабинетах) детям, не прошедшим первый этап (в т.ч. повторное тестирование в детской поликлинике), а также детям из группы риска. Исследование проводит врач сурдолог- оториноларинголог.

Для раннего выявления *ретинопатии недоношенных*, являющейся одной из частых и частично контролируемых причин слепоты, разработан и внедряется избирательный офтальмологический скрининг. Для скрининга недоношенных детей используется динамическая офтальмоскопия – осмотр глазного дна ребенка с регламентированной частотой, зависящей от наблюдаемой картины глазного дна. При обнаружении опасного прогрессирования ретинопатии недоношенных осуществляется оперативное лечение, что позволяет, в большинстве случаев, предотвратить отслойку и гибели сетчатки, развитие слепоты.

Выявление патологии структуры головного мозга у новорожденных и детей первых месяцев жизни, особенно – недоношенных, и даже у плода – до рождения, осуществляется при помощи нейросонографии – ультразвукового исследования. Этот метод, в силу своей неинвазивности и малых временных затрат (обследование занимает в среднем 5-7 минут), относят к скрининговым, для выявления широкого спектра внутричерепной патологии: кровоизлияния в головной мозг и его желудочки, двусторонние некротические повреждения белого вещества головного мозга, гидроцефалия, агенезия мозолистого тела, абсцессы мозга, энцефалит и другие. На основании данных нейросонографии, в ряде случаев, в частности – при обнаружении перивентрикулярной лейкомаляции, возможно прогнозирование формирования церебрального паралича и раннее начало профилактики контрактур и деформаций.

Наряду с выявлением структурных, биохимических, сенсорных нарушений организма, скрининговые методики начали применяться для раннего выявления вариантов аномального развития ребенка, не имеющих установленных биологических маркеров. Примером такой методики, является скринговый тест-опросник М-CHAT, используемый в практике ранней помощи, в том числе в России, для выявления расстройств аутистического спектра.

Последние годы характеризуются появлением новых разработок в области создания и апробации методик медицинского скрининга новорожденных и детей раннего возраста.

1.3. Психолого-педагогическое обследование

Психометрические методы оценки развития применяются для раннего выявления отставания ребенка от сверстников в развитии психических и моторных функций. С этой целью используются батареи тестов и тесты-опросники. Первые состоят из диагностических наборов – в виде изображений и трехмерных объектов, заданий для ребенка (например, тест Бэйли, Методика ADOS), вторые – из массивных наборов утверждений (например, Шкала Гриффитс, KID, RCDI).

Общим принципом построения психометрических методик является сопоставление получаемых результатов с нормативными данными, полученными на репрезентативных выборках. Методики должны быть валидными и надежными.

Экспериментальные батареи тестов удобны для исследовательских целей, но слишком громоздки для применения в службах ранней помощи, т.к. занимают много времени, должны проводиться в стандартных условиях специально подготовленными специалистами.

В России, в службах ранней помощи, нашли распространение опросные методики KID(R) и RCDI и др., в которых респондентами являются родители ребенка.

Психометрические методы отвечают на вопрос о наличии или отсутствии у ребенка отставания в основных сферах развития, но не направлены, в отличие от скрининговых методов, на выявление болезни или синдрома, а также не дают детальной информации, необходимой для составления индивидуальной коррекционной программы.

Мониторинг развития. Для мониторинга развития детей, воспитывающихся дома, в образовательных организациях, в домах ребенка в России предлагались различные инструменты, состоящие из перечней пунктов, описывающих поведение ребенка, в соотношении с примерными возрастными ожиданиями соответствующего поведения у большинства сверстников. Среди этих инструментов есть те, которые рассчитаны на использование родителями и воспитателями, воспитателями, родителями и медицинскими сестрами детских поликлиник.

Все эти методики рассчитаны на регулярное сопоставление взрослым достижений ребенка с ожидаемым по возрасту поведением для первичного установления возможных проблем развития.

Углубленное комплексное обследование ребенка в программах ранней помощи

В XX веке в сфере ранней помощи было разработано несколько универсальных образовательных программ, получивших широкую известность, некоторые переведены на русский язык и используются в практике ранней помощи. Каждая из них имеет в своем составе диагностический блок, состоящий из нескольких разделов, соответствующих выделяемым областям развития. Разделы содержат перечень пунктов, описывающих конкретное поведение и признаки нарушений в развитии ребенка.

В таблице № 1 систематизированы основные отечественные и зарубежные методики обследования детей первых трех лет жизни, которые хорошо зарекомендовали себя в процессе апробации и могут быть рекомендованы для применения в Службе ранней помощи.

Таблица № 1

Методики диагностики уровня и особенностей развития детей первых трех лет жизни

№	Название методики. Автор	Возраст	Направление	Критерии оценки
Зарубежные диагностические методики				
1	Шкалы развития младенца Bayley	От 1 до 42 мес.	Вычисление индексов: ментального развития (MDI) и психомоторного развития (PDI). Включает 3 шкалы: 1. Психическое развитие; 2. Моторное развитие; 3. Шкала (протокол) поведения.	Каждый пункт оценивается как «выполненный» или «невыполненный». Время тестирования детей младше 15 мес. — 25-35 мин, старше 15 мес. — до 60 мин.
2	Денверский скрининг-тест развития (DDST) Frankenburg W. K., J. B. Dodds	От 2 недель до 6 лет.	Выявления детей с задержанным развитием. Содержит 4 шкалы: 1. Грубая моторика; 2. Тонкая моторика; 3. Речь; 4. Социальная адаптация.	Каждый пункт оценивается как «выполненный», «невыполненный», «отказ от выполнения», «не было возможностей для выполнения».
3	Порядковые (числовые) шкалы психологического развития. I. Uzgiris, J. McHunt на основании концепции психического развития Ж. Пиаже	От рождения до 2 лет	Психометрическая оценка развития ребенка включает 64 пункта. Содержит 6 шкал: 1. Развитие зрительного слежения и сосредоточения на объекте; 2. Умение ребенка использовать разные средства для получения желаемого предмета; 3. Вокальная и жестовая имитация (две субшкалы); 4. Причинные действия; 5. Построение объектных связей в пространстве; 6. Развитие отношений к объектам.	Критерий возрастной. Психическое развитие изучается в следующих возрастных промежутках: 0-3 мес., 4-7 мес., 8-11 мес., 12-17 мес. и 18-24 мес.
4	Профиль психического развития G. D. Alpern-Boll	От рождения до 9 лет.	Содержит 186 пунктов и 5 шкал: 1. Физическое развитие; 2. «Социальная» шкала; 3. Коммуникация; 4. Способность к обучению;	Критерий возрастной - определяют, какому возрасту соответствует психическое развитие ребенка.

			5. Шкала «самопомощи».	
5	Шкала ментального развития R. Griffiths	от 0 до 24 мес.	Содержит 260 пунктов, объединенных в 5 субшкал: 1. Локомоторная активность (глаза-руки, слух-рука); 2. Развитие речи; 3. Тонкая моторика; 4. «Персональная» шкала; 5. «Социальная» шкала.	Критерий количественный - определяется, какому возрасту соответствует психическое развитие ребенка (расчет интеллектального коэффициента ребенка).
6	KID-шкала J. Reuter	От 0 до 16 мес.	KID(R) – русская версия Кентской шкалы оценки развития младенцев (Kent Infant Development Scale; KID Scale). Представляет собой субъективную оценку взрослыми психического развития ребенка (мать в домашних условиях заполняет регистрационный лист теста). Тест содержит 252 пункта и 5 шкал: 1. Познание; 2. Движения; 3. Самообслуживание; 4. Общение; 5. Языковая шкала.	Коэффициент интеллектуального развития ребенка. Развитие ребенка оценивается следующим образом: число набранных ребенком баллов (число пунктов в вопроснике, которые он выполняет) сопоставляется со статистически обработанными и стандартизованными оценками большой выборки типично развивающихся детей.
7	Шкала поведения новорожденных (NBAS) T. Brazelton	от 2 дней до 6 нед. жизни.	Оценка поведения и неврологического статуса детей. Выявление детей группы риска. Состоит из 20 вызываемых рефлексов и движений. Имеется также 27 заданий для квалификации движений, взаимодействия со взрослыми, статического контроля, реагирования на стресс.	Оценка 20 вызываемых рефлексов и движений происходит по 4-балльной шкале. Оценка 27 заданий проводится по 9-балльной шкале, указывающей на 5 возможных типов поведения. Дополнительно отмечается, требовалась ли стимуляция для того или иного типа поведения.
8	Поведенческий тест новорожденных Graham	От 1 до 14 дней	Состоит из 6 субшкал: 1. Двигательная, с оценкой моторики; 2. Мышечный тонус; 3. Тактильная; 4. Слуховая сенсорная; 5. Зрительная сенсорная; 6. Шкала реактивности.	Количественный
9	Тестовая методика Prechtl, Beintema	От 1 до 9 дней	Включает шкалы: 1. Внешний вид; 2. Поза, 3. Движения; 4. Дыхание; 5. Неврологический статус.	Количественный
10	Опросник младенческого темперамента. Carey, S. McDevit	от 4 до 8 мес.	Скрининговое исследование темперамента детей. Состоит из 95 пунктов, оценивающих поведение по 6-балльной шкале, содержит 9 категорий: 1. Активность; 2. Синхронность; 3. Доступность; 4. Приспособляемость;	Оценка поведения по 6 балльной шкале. При обследовании ребенка с ПЭП, неврологический осмотр должен предшествовать психологической и психиатрической оценкам. При анализе результатов младенцы оцениваются как: 1. «довольно трудные»

			<p>5. Сенситивность; 6. Настроение; 7. Постоянство; 8. Отвлекаемость; 9. Агрессия.</p>	<p>(асинхронные, игнорирующие общение); 2. низкоадаптивные (сенситивные); 3. «легкие» (синхронные, доступные, адаптивные); 4. «медленно реагирующие» (неактивные, тихие); 5. Промежуточный тип детей.</p>
11	Модифицированный скринговый тест-опросник M-CHAT Robins, Fein, Barton	от 16 мес. до 30 (48) мес.	<p>M-CHAT является расширенной версией скрингового опросника CHAT. Выявление риска наличия аутизма, расстройств аутистического спектра. Используется в практике ранней помощи, в т.ч. в России. Разработан для опроса родителей ребенка. Содержит 23 утверждения.</p>	<p>Ребенок не проходит тест при 2-х и более несовпадающих ответах на критические вопросы или 3-х несовпадающих ответах на любые вопросы. Ответы Да/Нет преобразуются в прошел/не прошел.</p>
12	Child Development Inventory; CDI Г. Айртон	от 1 г. 2 мес. до 3 лет 6 мес.	<p>RCDI Адаптированный к условиям России (Санкт-Петербурга) вариант Шкалы оценки уровня развития ребенка и степени его отставания от типично развивающихся сверстников в каждой из областей. Состоит из 216 пунктов, (5 пунктов отнесены одновременно к 2 областям). Каждый пункт шкалы отнесен к одной из 6 областей: 1. Социальной; 2. Самообслуживание; 3. Крупные движения; 4. Тонкие движения; 5. Развитие речи; 6. Понимание языка.</p>	<p>Развитие ребенка оценивается следующим образом: число набранных ребенком баллов (число пунктов в опроснике, которые он выполняет) сопоставляется со статистически обработанными и стандартизованными оценками большой выборки типично развивающихся детей.</p>
Отечественные диагностические методики				
13	Диагностика нервно-психического развития детей Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт	От 10 дней до 3 лет	<p>Диагностика нервно-психического развития детей Состоит из 3 возрастных шкал для 1-го, 2-го и 3-го года жизни. На 1-м году исследуют: развитие зрительных, слуховых, ориентировочных, эмоционально-положительных реакций; движений руки, гуление; общих движений, действий с предметами, подготовительных этапов пассивной и активной речи; понимание и активную речь. На 2-м году: развитие понимания речи, активной речи, сенсорное развитие, развитие игры и действий с предметами, развитие движений, формирование навыков. На 3-м году: активная речь, игра, изобразительная и конструктивная деятельность, сенсорное развитие, развитие движений, навыков.</p>	<p>Качественная оценка без использования баллов. Норма: выполнение навыков в пределах ± 15 дней от проверяемого возраста.</p>
14	Тест развития детей первого года жизни.	От 2 до 12 мес.	<p>Определение 4 степеней выраженности поведенческой</p>	<p>Построение профиля психического развития на</p>

	О. В. Баженова		реакции. Оценивается в возрасте 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 и 12 мес. Включает 98 диагностических проб, разделенных на 6 шкал: 1. Двигательное развитие; 2. Эмоциональное развитие; 3. Сенсорное развитие; 4. Действия с предметами; 5. Взаимодействие со взрослыми; 6. Голосовая активность.	основании данных индекса развития (ИР) по 6 шкалам: 0 баллов — отсутствие; 1 балл — намеченность; 2 балла — несовершенная форма проявления; 3 балла — совершенная форма проявления. <i>Определяется индекс развития (ИР)— отношение актуальной и контрольной оценок</i>
15	Оценка уровня психомоторного развития ребенка Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова	До 1 года	Включает 7 нервно-психических показателей (динамических функций): 1. Коммуникабельность; 2. Голосовые реакции; 3. Безусловные рефлексы; 4. Мышечный тонус; 5. Асимметричный шейный тонический рефлекс; 6. Цепной симметричный рефлекс; 7. Сенсорные реакции. Оценка уровня стигматизации, черепно-мозговой иннервации и патологических движений, которые помогают выявить группу детей с повышенным риском задержки развития.	Помесячная количественная оценка у ребенка до 1 года проводится на основе показателей, оцениваемых по 4-балльной системе с учетом динамики нормального возрастного развития. Оптимальная оценка по шкале возрастного развития соответствует 30 баллам. 27 — 29 баллов <i>возрастная норма.</i> 23 — 26 баллов <i>безусловная группа риска.</i> 13 — 22 балла <i>задержка развития. Ниже 13 баллов — тяжелая задержка развития вследствие органического поражения мозга.</i>
16	Тест «ГНОМ» График нервно-психического обследования младенцев. Г. В. Козловская и соавт.		Состоит из 12 возрастных субтестов (20 вопросов (заданий)) на определение развития сенсорных, моторных, эмоционально-волевых, познавательных и поведенческих функций. Исследования сенсорной функции: Тестирование зрительной, слуховой, тактильной чувствительности. Исследование моторной функции: статика, кинетика, тонкая моторика, мимика. Исследование: а) эмоциональных реакций: уровень и дифференцировка эмоциональных реакций, появление и характер эмоционального резонанса (способности воспринимать эмоциональное состояние других людей и адекватно на него реагировать). б) волевых функций: активная и пассивная произвольная деятельность. Исследование познавательной деятельности: речь, мышление, игра и внимание. Исследование поведенческих	Количественный. Распределение обследуемых детей по трем группам: 1) <i>здоровые дети</i> — показатель коэффициента психического развития (КПР) от 110 до 90 баллов; 2) <i>группа риска</i> — КПР 80 — 89 или выше 111 баллов; 3) <i>группа нарушения развития</i> — КПР ниже 80.

			функций: а) Биологическое поведение: <i>(пищевое поведение, формирование навыков опрятности).</i> б) Социальное поведение.	
--	--	--	--	--

1.4. Особенности психолого-педагогического изучения детей первых трех лет жизни

Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей первого года жизни.

Обычно психодиагностическое изучение детей начинают после 1,5—2 мес. Объектами такого изучения становятся дети с признаками раннего органического поражения мозга, с сенсорными нарушениями или находящиеся в условиях социальной или эмоциональной депривации, например, в условиях дома ребенка или при эмоциональном отвержении ребенка матерью.

Существует несколько методик изучения психофизического развития детей первого года жизни. Широкую популярность у нас в стране получили Шкала развития Гезелла, Денверовская скрининговая методика (DDST) и некоторые другие. Среди отечественных методов можно отметить работы Г.В. Пантюхиной, К.Н. Печоры, Э.Л. Фрухт, О.В. Баженовой, Л.Т. Журбы, Е.М. Мастюковой.

И отечественные, и зарубежные методики построены по одному принципу: они включают наборы заданий, направленных на изучение моторной, речевой, познавательной, социальной сфер. По мере увеличения возраста эти задания усложняются. Результаты изучения ребенка оцениваются путем сравнения их с нормативом. Методики позволяют решать, находится ли формирование психики ребенка в пределах нормы, а если отстает, то какие сферы наиболее страдают. Следует отметить, что требования, предъявляемые в отечественных методиках, несколько выше, чем в зарубежных, особенно при оценке речевого развития, способов взаимодействия со взрослыми, эмоциональных реакций.

В практике обычно пользуются следующими приемами обследования детей первого года жизни (О.В. Баженова, Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова).

Детей старше 8 мес. можно исследовать на специальном столе, более старших детей можно сажать за специальный детский столик или на колени к маме. Дети должны быть в состоянии активного бодрствования, здоровыми (имеется в виду подверженность детским заболеваниям), сухими, сытыми, нераздраженными, неустоленными.

Вначале устанавливают контакт с ребенком, отмечают его особенности. Плохо, если дети старше 8 мес. легко входят в такой контакт и не различают знакомых и незнакомых им взрослых. Особое внимание обращают на характер контакта младенца с матерью.

Определяют состояние двигательной сферы: возможность и качество контроля положения головы, рук, позы при сидении и ходьбе; у детей старше 8 мес. внимание обращают на развитие шаговых движений.

Затем определяют развитие сенсорных реакций: изучают характер прослеживаний и фиксаций. Для этого перед глазами ребенка на расстоянии 30 см перемещают яркую игрушку размером 7—10 см в горизонтальном, вертикальном, круговом направлениях. У детей от 2 до 4,5 мес. специальное внимание обращают на прекращение прослеживаний при остановке игрушек в поле зрения ребенка. Для исследования возможности прослеживания невидимой траектории движения объекта и его попеременного появления в определенных частях пространства пользуются специальными экспериментальными приемами. В первом случае движущаяся игрушка, на которой зафиксирован взгляд ребенка, скрывается за экраном, находящимся на расстоянии 50 см от его глаз; затем, сохраняя траекторию движения, через некоторое время появляется из-за другой стороны экрана. Задача считается выполненной, если после исчезновения объекта из поля зрения ребенок продолжает прослеживать траекторию его движения, и в момент появления объекта из-за экрана взгляд ребенка направлен на него.

В другом случае, при изучении реакции предвосхищения, перед ребенком на уровне его глаз на расстоянии 50 см помещается белый экран размером 35S35 см с двумя окошечками 7S7 см, расположенными на расстоянии 10 см друг от друга. В окошечках поочередно с интервалом в 4—6 с появляется звучащая игрушка размером 7 см. Реакция считается выполненной, если при нескольких пробах хотя бы один раз наблюдается перемещение взгляда ребенка от окошка, где игрушка уже была, к окошку, где она должна появиться, и фиксация взгляда на последнем.

Далее проверяют наличие реакции на исчезающий из поля зрения объект, возможность нахождения источника звука с помощью поворота головы и глаз, способность прислушиваться к речи, а также находить спрятанный объект и рассматривать два объекта в одно и то же время.

Определяют состояние развития действий с предметами. Для этого предлагают ребенку старше 4 мес. погремушку и оценивают захват, его быстроту и точность, движения пальцев, продолжительность удерживания, характер манипуляций. Затем детям старше 8 мес. дают вторую погремушку, оценивают возможность ее захвата и удерживания двух игрушек. Вторую игрушку предлагают сначала со стороны свободной руки, а затем со стороны занятой и выясняют возможность пересечения рукой средней линии взора при захвате второй игрушки. У детей старше 10 мес. изучают формирование обходных движений. Для этого, заинтересовав ребенка игрушкой, убирают ее за экран 20S20 см,

расположенный в одном из полей зрения ребенка (правом или левом). Игрушку помещают у того края экрана, который находится в непосредственной близости от соседнего поля зрения ребенка, привлекают к ней его внимание, а затем прячут за экран, стараясь не прекращать ее звучания; так повторяют несколько раз. Задача считается выполненной, если ребенок достает игрушку из-за экрана. Дети до года часто достают игрушку рукой, находящейся в одном поле зрения с барьером, и только к году появляется доставание игрушки дальней от барьера рукой с пересечением средней линии взора. Специальное внимание следует обратить на продолжительность интереса ребенка к действиям с предметами и на сохранение зрительного контроля за ними. Детям старше 10 мес. предлагают несколько игрушек и оценивают возможность попеременной манипуляции с двумя и более объектами, а также захвата третьей игрушки. Особое внимание следует обратить на развитие действия ребенка с предметами, участвующими в процессе кормления: бутылочкой, ложкой, чашкой. Специальное внимание обращают на развитие интереса к предметам, взять которые можно только двумя пальцами — указательным и большим.

Определяют состояние развития способа взаимодействия со взрослым: выясняют наличие эмоциональных и зрительных контактов между матерью и ребенком, пытаются установить подобного рода контакты между ребенком и исследователем. Выясняют у матери, понимает ли она определенные желания ребенка, о чем говорит ей детский плач, существуют ли в нем паузы для реакции взрослого, является ли крик ребенка модулированным; какого типа игры существуют в репертуаре их общения, посматривает ли ребенок в глаза матери, манипулируя с игрушками в ее присутствии и под ее контролем, понимает ли он элементарные инструкции, выраженные мимикой и жестом, особые слова-метки и некоторые другие слова и, наконец, владеет ли указательным жестом.

В процессе всего обследования определяют состояние развития эмоциональных и голосовых реакций, отмечают характер и выраженность улыбки, анализируют, в каких ситуациях она чаще всего появляется. Обращают внимание на характер отрицательных эмоциональных проявлений, их доминирование или отсутствие в общем фоне настроения, на способность сдерживать крик, хныканье или плач при восприятии изменений в ситуации, на возможность прекращения плача при переключении на какую-либо деятельность. Специально следует оценить формирование отношений привязанности к близким взрослым, отсутствие или наличие реакций настороженности при общении с незнакомыми людьми.

При анализе голосовых реакций отмечают частоту их возникновения, разнообразие, возможность появления ответных звуковых реакций, а также форму — гуканье, лепет, первые слоги.

Психологическое исследование психического развития ребенка первого года жизни традиционно завершается составлением заключения о его состоянии. Наряду с общей оценкой тяжести и характера нарушений в заключении должны быть указаны психические функции, развитие которых нарушено, и степень этого нарушения, а также функции, развивающиеся нормально. Кроме того, следует дать развернутую характеристику каждой функции на основании полученных при обследовании результатов, сгруппировав их по сферам:

- двигательная;
- сенсорная;
- эмоциональная;
- голосовая активность;
- практические действия;
- способы взаимодействия со взрослыми.

В этой части заключения необходимо описать не только успешно пройденные ребенком пробы и особенности их выполнения, но и те пробы, которые ребенку выполнить не удалось. Содержащийся в заключении материал должен служить обоснованием мнения исследователя о характере и механизме наблюдаемого нарушения, что, в свою очередь, необходимо для правильного определения путей коррекции и компенсации выявляемых нарушений.

Таким образом, можно выявлять «группу риска» в зависимости от отставания определенных функций и спланировать корригирующий режим, направленный на стимуляцию данных функций, а также включить психолого-педагогическое сопровождение. Необходимо также изучение условий воспитания младенца, его соматического состояния и т.д.

Для более глубокого изучения особенностей развития детей хорошо зарекомендовали себя методики: Е.Ф. Архипова, О. Г. Приходько, О.В. Баженовой, Ю.А. Лисичкиной, М.Л. Дунайкина и др.

Практику на начальном этапе обследования ребенка первого года жизни поможет ориентация на нормативы нервно-психического развития детей первого года жизни, представленные в Приложении.

Рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей раннего возраста.

Для успешного решения диагностических задач исследования детей раннего возраста требуется определенная тактика проведения обследования. Прежде всего, необходимо отметить, что результаты обследования будут иметь ценность только в тех случаях, когда с ребенком был установлен доброжелательный контакт и он был достаточно заинтересован в

выполнении заданий. Тактика проведения обследования во многом определяется возрастом и состоянием ребенка, которое оказывает заметное влияние на его продуктивность при обследовании. Поэтому важно акцентировать внимание на общем фоне настроения ребенка и на создании отношений доверия между ним и исследователем.

Основной целью психолого-педагогического изучения ребенка раннего возраста является получение данных, характеризующих:

- познавательные процессы;
- эмоционально - волевою сферу;
- предречевое и речевое развитие;
- двигательное развитие.

Прежде чем приступать к диагностике психического развития ребенка, обязательно следует убедиться, что у него нет грубых дефектов слуха и зрения.

Наиболее сложным является педагогическое обследование слуха детей 2 - 3-го года жизни. Это связано с тем, что звуки постепенно перестают быть для ребенка безусловным раздражителем. Многие дети с нормальным слухом перестают реагировать на привычные шумы, речевые сигналы, которые не обращены непосредственно к ним. Чтобы получить реакцию в виде поворота головы в сторону источника звука, необходимо предъявлять непривычные сигналы или мотивировать для ребенка необходимость ответа. В качестве источника звука используются барабан, дудка, голос разговорной громкости и шепот при произнесении звукоподражаний «ав-ав-ав» (собачка) и «пи-пи-пи» (птичка), имени ребенка, звукосочетаний типа «ккш». Звуковые стимулы предъявляются за спиной ребенка на расстоянии 6 м. Зрительное восприятие речи должно быть исключено.

Нормальной реакцией на звук в раннем возрасте может быть поворот головы в сторону источника звука, ответная голосовая реакция (имитация звука, повторение речевого стимула) на шепот с расстояния 6 м.

У ребенка 2 - 3 лет можно попытаться выработать условную двигательную реакцию на звук. Это позволит определить, слышит ли малыш шепот и на каком расстоянии. При подозрении на снижение слуха ребенок должен быть направлен на специальное аудиологическое обследование.

К числу симптомов снижения зрения в раннем возрасте можно отнести: использование рта в качестве дополнительного тактильного органа; приближение предметов или картинок вплотную к глазам, игнорирование мелких предметов или изображенных на картинках мелких деталей.

При диагностике особенностей познавательной сферы детей раннего возраста в центре внимания исследователей находится анализ выполнения отдельных заданий как

отражение психической деятельности ребенка. Причем важен не столько результат, сколько возможность организации деятельности по выполнению задания. Основными *параметрами* оценки познавательной деятельности в раннем возрасте можно считать:

- принятие задания;
- способы выполнения задания;
- обучаемость в процессе обследования;
- отношение к результату своей деятельности.

Принятие задания предполагает согласие ребенка выполнять предложенное задание независимо от качества самого выполнения. Это является первым, абсолютно необходимым условием выполнения задания. При этом ребенок проявляет интерес либо к игрушкам, либо к общению со взрослым.

Основными *способами* выполнения задания у детей раннего возраста являются:

- самостоятельное выполнение;
- при помощи взрослого;
- самостоятельное выполнение после обучения.

Адекватность действий определяют как соответствие действий ребенка условиям данного задания, диктуемым характером материала и требованиями инструкции. Наиболее примитивным способом является действие силой или хаотичное действие без учета свойств предметов. Неадекватное выполнение задания во всех случаях свидетельствует о нарушении умственного развития ребенка.

Обучаемость осуществляется только в пределах тех заданий, которые рекомендуются для детей данного возраста. В процессе обследования возможны следующие *виды помощи*:

- выполнение действия по подражанию;
- выполнение заданий по подражанию с использованием указательных жестов;
- выполнение заданий по подражанию с речевой инструкцией.

На уровне элементарного подражания ребенок может усвоить от взрослого способ выполнения того или иного задания, действуя одновременно с ним. Количество показов способов выполнения задания не должно превышать трех. При этом речь взрослого должна указывать на цель данного задания и содержать оценку успешности действий ребенка. Обучаемость, т.е. переход ребенка от неадекватных действий к адекватным, свидетельствует о его потенциальных возможностях. Низкая обучаемость в некоторых случаях может быть связана с грубым недоразвитием интеллекта, с нарушениями эмоционально-волевой сферы.

Использование «обучающего эксперимента» позволяет не только проанализировать особенности разных сторон психической деятельности детей (внимание, речь, восприятие, мышление, память), но и оценить их работоспособность. Это особо значимо для детей

раннего возраста с проблемами в развитии, так как из-за нарушения работоспособности организовать специальное исследование памяти и внимания часто представляется невозможным.

Важным диагностическим критерием оценки познавательной деятельности детей является их отношение к результатам своей деятельности. Для нормально развивающихся детей характерна заинтересованность своей деятельностью и ее конечным результатом. Ребенок с нарушением интеллекта безразличен к тому, что он делает, и к полученному результату.

При отборе методик для психолого-педагогического изучения детей раннего возраста необходимо исходить из закономерностей возрастного развития. Задания предлагаются с учетом постепенного возрастания уровня трудности — от наиболее простых до сложных.

Задания предполагают простое перемещение предметов в пространстве, где выявляются пространственные зависимости, соотнесение предметов по форме, величине, цвету. Особым этапом в диагностике являются задания на выяснение уровня развития зрительного соотнесения. Основными методиками при изучении познавательной сферы детей раннего возраста являются «Доска Сегена» (2 - 3 формы), складывание пирамидки (из шариков, из колечек), разборка и складывание матрешки (двухсоставной, трехсоставной), парные картинки (2 - 4), разрезные картинки (из 2 - 3 частей).

Логопедическое обследование проводится по традиционной схеме с учетом этапов развития детской речи.

Задания, направленные на диагностику познавательной сферы, могут быть также использованы для диагностики особенностей эмоционально-волевых проявлений ребенка. *Наблюдая за деятельностью ребенка в эксперименте, обращают внимание на следующие показатели:*

- общий фон настроения (адекватный, депрессивный, тревожный, эйфоричный и т.д.), активность, наличие познавательных интересов, проявления возбудимости, расторможенности;
- контактность (желание сотрудничать со взрослым). Поверхностность, легкость и связанная с этим неполноценность контакта чаще всего могут быть связаны с интеллектуальным дефектом, характерным для детей с умственной отсталостью. Затруднения в установлении контакта испытывают дети с симптомами повышенного уровня тревожности, тормозимости, сложностями адаптации к новой обстановке и незнакомым людям, реакциями страха и другими невротическими реакциями. Уход от контакта чаще всего наблюдается в поведении аутичных детей и связывается с

отсутствием у них потребности в общении, отгороженностью, преимущественной направленностью на предметный мир;

- эмоциональное реагирование на поощрение и одобрение. Поощрение и одобрение вызывают радостную, окрашенную положительными эмоциями реакцию детей уже с самого раннего возраста (1—1,5 года). У невротизированных детей при поощрении наряду с проявлениями радости отмечается резкое повышение результативности выполнения заданий, что происходит благодаря уменьшению эмоционального напряжения. Равнодушное отношение отмечается у детей, которые не заинтересованы в оценке взрослого или не понимают смысла и значения одобрения (например, при выраженных интеллектуальных нарушениях);
- эмоциональное реагирование на замечания и требования. При этом фиксируются: реакция ребенка на замечания, исправление им своего поведения в соответствии с замечанием, необходимость более строгих мер для коррекции поведения;
- реагирование на трудности и неуспех деятельности. К концу раннего возраста (с 2,5—3 лет) дети способны самостоятельно обнаружить ошибочность собственных действий, при этом определенные аспекты наглядно-действенной ситуации фиксируются в элементарных речевых высказываниях типа: «так, не так», «а как же?», «правильно», «неправильно», «ой» и пр. Обнаружив ошибку, дети сосредотачиваются на выполнении заданий и, исправляя ошибки, стараются достичь желаемого результата, обращаясь по мере необходимости за помощью к взрослому.

Психодиагностическое исследование психического развития ребенка данного возрастного периода завершается составлением заключения. В заключении содержатся обобщенные данные, отражающие развитие его эмоциональной, познавательной, речевой и моторной сфер, характеристики психологической структуры отдельных действий и систем действий по выполнению заданий, а также наблюдаемые характерологические особенности ребенка. В случаях выявления нарушения психического развития в заключении даются характеристика его психической структуры и рекомендации по коррекции или компенсации с целью оптимизации путей дальнейшего психического развития.

Для более глубокого изучения особенностей развития детей хорошо зарекомендовали себя методики: Е.А.Стребелевой, Е.Ф.Архиповой, О.Г.Приходько и др.

Диагностическое исследование и выявление специальных потребностей в коррекционно-развивающей помощи является важным этапом комплексного сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Результаты этого исследования позволяют

разработать индивидуальную программу сопровождения ребенка, определить требования к коррекционно- развивающей среде, подобрать приемы и методы коррекции, адекватные особенностям развития ребенка и его специальным потребностям.

ЧАСТЬ 2. КОМПЛЕКСНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ.

Система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с ОВЗ представляет собой специально организованное образовательное пространство, в котором центральное место занимает взаимодействие ребенка и взрослого в условиях коррекционно-развивающей среды, создающей благоприятные условия для компенсации полиморфных нарушений различных функциональных систем (моторики, психики, речи), качественного изменения возрастных новообразований, образования и социальной адаптации, изменения отношений между ребенком и окружающим.

Методологической основой построения концепции ранней помощи детям являются следующие подходы.

1. Системный подход к процессу развития ребенка, базирующийся на теории функциональных систем и системогенеза (П. К. Анохин), теории системной организации высшей психической деятельности, системного структурно-динамического изучения психического развития ребенка (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия). Применительно к специальной педагогике системный подход означает учет всех актуальных и потенциальных образовательных возможностей и потребностей ребенка в процессе педагогического сопровождения, а также всего контекста его ближайшего окружения, его актуальной жизненной ситуации и истории его жизни.

2. Гуманистический подход к педагогической работе, когда внимание должно быть направлено не на недостаток, а на самого ребенка, отягощенного этим недостатком, на его особую социальную и образовательную ситуацию (Л. С. Выготский). В настоящее время в России все интенсивнее развиваются гуманистические тенденции, ребенок оценивается не по его способности к обучению и труду, а как индивид, имеющий особые потребности и нуждающийся в особых условиях для полноценной социализации (И.Ю. Левченко, Д.М. Маллаев, П.И. Пидкасистый, Т.Н. Симонова, В.А. Сластенин, Е.Н. Шиянов и др.). Вытекающие из ключевых положений гуманистического подхода закономерности указывают на основополагающие характеристики развития современного образования как в общей, так и в специальной педагогике .

3. Комплексный подход к изучению и развитию психики ребенка (единство диагностической и коррекционной помощи детям с трудностями в развитии), основанный на положениях теории Л. С. Выготского. Комплексный (междисциплинарный) характер

коррекционной работы предусматривает параллельное воздействие «команды» специалистов на двигательную, сенсорную, познавательную и речевую сферы, включение их в единую организационную модель и владение единой системой методов и форм коррекционной работы. Сегодня весьма остро стоит задача комплексного сопровождения в системе диагностики и коррекции нарушений развития детей с ОВЗ.

4. Дифференцированный подход в организации диагностико-коррекционной помощи ребенку с проблемами в развитии (Т. А. Власова, В. И. Лубовский, У. В. Ульenkова). Дифференцированный подход необходим детям с ОВЗ, так как они в силу неоднородности дефекта имеют разные образовательные возможности и предполагает всестороннее изучение детей и разработку соответствующих мер педагогического воздействия с учетом выявленных особенностей. Для этого педагог может получить данные медицинского и психологического обследования каждого ребенка и дополнять их педагогическими наблюдениями.

Система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с ОВЗ реализуется в Службе ранней помощи (СРП).

При разработке модели Службы ранней помощи детям с ОВЗ определяющими являлись следующие принципы: необходимость раннего диагностического изучения и коррекционно-педагогической помощи ребенку; системный подход к организации ранней коррекционно-развивающей помощи; комплексный подход к изучению развития и организации диагностико-лечебно-психолого-педагогической работы; учет возрастных качественных новообразований и их своевременная реализация; построение ранней помощи с учетом зон актуального и потенциального развития, ориентация на зону ближайшего развития; учет ведущего вида деятельности; индивидуальный и дифференцированный подход к построению коррекционно-развивающей работы с детьми; взаимосвязь внутри «команды» специалистов, а также специалистов и семьи в оказании ранней помощи детям.

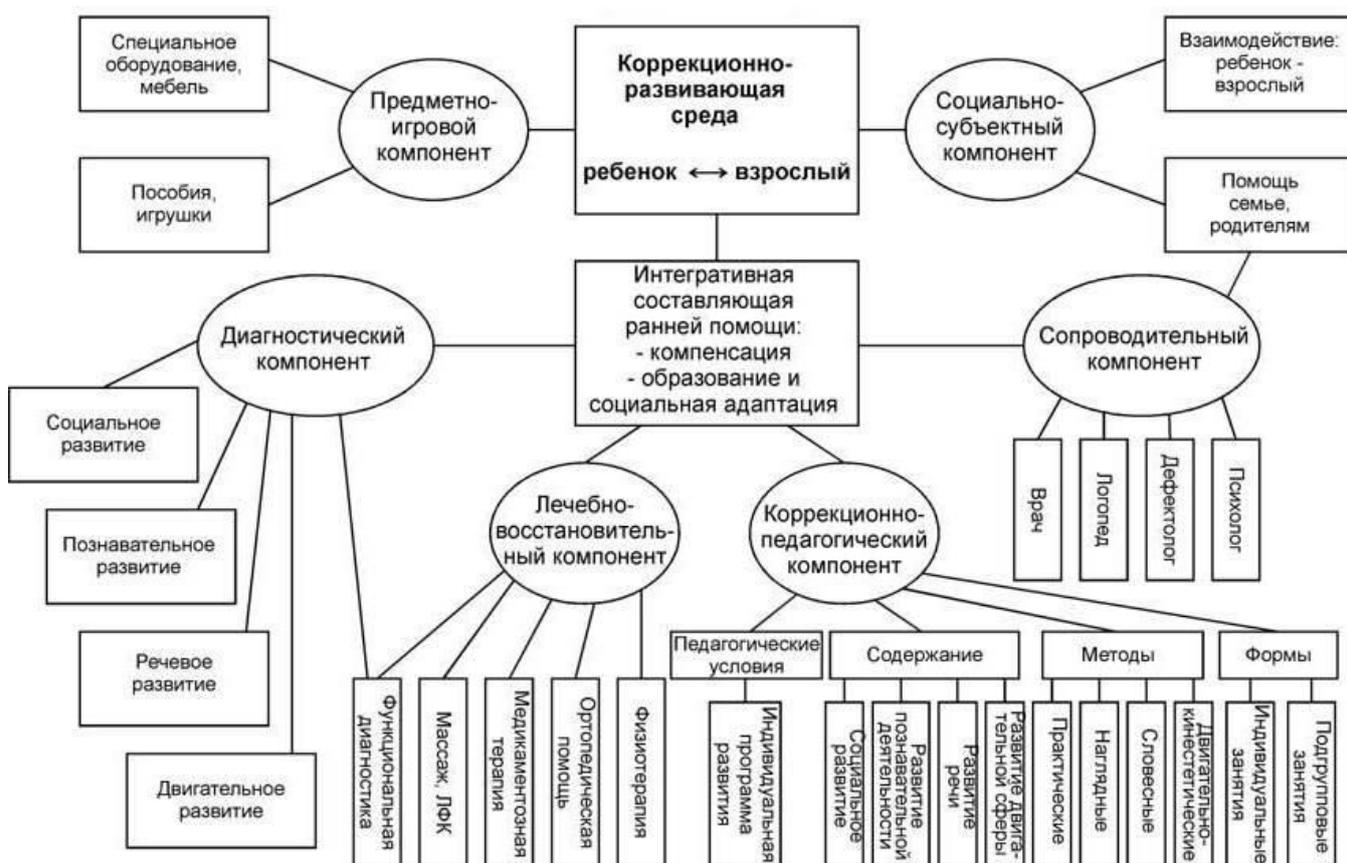
2.1. Структурно-организационные составляющие модели системы ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи

1. Специально организованная коррекционно-развивающая среда включает следующие компоненты:

- Предметно-игровой компонент (специальное оборудование, мебель, игровые зоны, пособия, игрушки).
- Социально-субъектный компонент (взаимодействие ребенка со взрослым, специалистов и родителей), который включает процесс деятельности и их общения, обучения, воспитания и социального развития.

- Компонент сенсорной стимуляции и сенсорной интеграции
2. Интегративная составляющая процесса ранней комплексной коррекционно-развивающей помощи включает взаимосвязанные компоненты:
- Диагностический компонент.
 - Лечебно-восстановительный компонент включает комплекс медицинских мероприятий, которые осуществляются в ходе взаимодействия Службы ранней помощи с медицинскими учреждениями
 - Коррекционно-педагогический компонент объединяет содержание, методы и формы работы в детьми раннего возраста с ОВЗ, обеспечивающие компенсацию нарушений двигательного, сенсорного, познавательного, речевого и социального.
 - Сопроводительный компонент отражает межфункциональные связи (врачей, специальных педагогов, психологов и семьи) в процессе сопровождения ребенка с ОВЗ.

Модель системы ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи



Модель включает два взаимосвязанных компонента: содержательный и организационный. Содержательный блок схематично отображен на рис. 3

Содержательный компонент обеспечивается интеграцией диагностической, коррекционно-развивающей, консультативной, координационной, пропедевтической

деятельностей, объединенных едиными методическими и организационными принципами.

Конкретизация содержания помощи определяется характером нарушений.

Содержательная модель психолого-педагогической помощи детям раннего возраста



Организационная модель психолого-педагогической помощи детям раннего возраста



Представленная модель прошла достаточно широкую апробацию на базе служб ранней помощи Москвы и региональных дошкольных образовательных учреждений и показала достаточную эффективность.

Научный и практический опыт сопровождения детей раннего возраста, отраженный в данной модели учитывая его актуальность, возможно и необходимо тиражировать в условиях дошкольного образования, реализуя как целостные модели помощи, так и ее вариативные формы.

2.2. Алгоритм разработки индивидуальных программ ранней помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья и его семье

Разработка индивидуальных программ сопровождения ребенка раннего возраста с ОВЗ и его семьи должна проводиться специалистами Службы ранней помощи на основе углубленной психолого-педагогической диагностики совместно с его родителями (законными представителями, воспитателями). При этом важно соблюдать определенный алгоритм.

- 1 этап.** Определение запроса родителей, его сопоставление с заключением и рекомендациями ПМПК, разработка программы углубленного обследования ребенка;
- 2 этап.** Проведение совместного с родителями углубленного обследования ребенка, при необходимости - оптимизация запроса родителей (или законных представителей интересов ребенка)
- 3 этап.** Определение основных направлений ранней помощи, их приоритетности, содержательных аспектов, специальных условий и методов и сроков реализации индивидуальной программы сопровождения ребенка и семьи;
- 4 этап.** Документальное оформление индивидуальной программы сопровождения ребенка и его семьи;
- 5 этап.** Определение параметров и критериев оценки эффективности реализации программы.

Целью **1-го этапа** является знакомство с потребностями семьи, запросом родителей, воспитывающих ребенка с ОВЗ раннего возраста.

Уже при первой встрече с родителями специалист службы ранней помощи пытается выяснить то, что является целью обращения родителей, чего они ожидают от программы ранней помощи.

Бывает так, что родители приходят с четким запросом. Однако многие не могут дифференцированно описать свои ожидания и определяют цели довольно диффузно: «чтобы стал как все», «чтобы во всем стал успешнее» и т.д.

Часто запрос родителей не согласуется с результатами обследования ребенка в ПМПК. Оптимизации запросов могут способствовать специальные технологии психологического консультирования (активное слушание, конструктивный диалог и т.д.), а также – вовлечение родителя в диагностический процесс.

Поэтому, планируя программу диагностического изучения ребенка в Службе ранней помощи, следует учесть возможность привлечения родителей к диагностике: они могут дать информацию о ребенке, отвечая на вопросы тестов-опросников, присутствовать и даже участвовать в обследовании ребенка специалистами.

Целью **2-го этапа** является комплексное всестороннее углубленное изучение ребенка специалистами Службы ранней помощи совместно с родителями.

На данном этапе необходимо применять диагностический инструментарий, соответствующий возрасту и психофизическим особенностям детей, а также методы, позволяющие получить информацию от родителей (опросники, проективные методики, наблюдение и др.).

Процедура углубленного обследования не должна сводиться только к использованию диагностических методик, она должна включать наблюдение за игрой ребенка, взаимоотношениями в семье, включая домашний визит, анализ видеозаписей.

Итогом этого этапа должны стать оптимизация запроса родителей и получение информации о ребенке, достаточной для разработки индивидуальной программы.

Целью **3-го этапа** является составление индивидуальной программы ранней помощи ребенку с ОВЗ и его семье.

На основе анализа результатов диагностики и запроса родителей, в ходе совместного обсуждения с ними проблем ребенка, прогноза его дальнейшего развития, ресурсов семьи и учреждения, определяются основные направления, содержание, специальные условия, методы и сроки реализации индивидуальной программы сопровождения ребенка и семьи.

На этом этапе необходимо определить участие специалистов, механизм их взаимодействия, роль семьи в реализации индивидуальной программы.

Кроме того, необходимо определить содержание работы с родителями, в частности его педагогическую и психологическую составляющие. Подчеркнем, что на современном этапе функционирования служб ранней помощи индивидуальные программы должны ориентироваться не только на работу непосредственно с ребенком, но и на использование потенциала семьи для решения проблем ребенка. Достижение этой цели возможно только при обучении членов семьи продуктивному взаимодействию с ребенком, доступным им приемам и методам коррекционно-развивающей работы. Этот аспект должен быть отражен в индивидуальной программе ранней помощи.

Целью **4-го этапа** является оформление индивидуальной программы ранней помощи ребенку с ОВЗ и его семье в виде документа.

В этом документе должны быть обозначены этапы работы, задачи каждого этапа, методы решения этих задачи, прогнозируемые результаты, сроки достижения этих результатов, намечены сроки проведения динамических диагностических обследований, обозначен алгоритм распределения обязанностей между специалистами и семьей, механизм взаимодействия специалистов, даты проведения консультаций и тренингов с родителями.

При соблюдении вышеуказанного содержания и структуры индивидуальной программы, ее оформление может быть вариативным (текст, таблица и пр.).

После завершения документального оформления программы должна быть составлена циклограмма участия специалистов, родителей и ребенка в ее реализации (таблица №3). Такая циклограмма позволит определить нагрузку сотрудников службы ранней помощи для оптимизации финансовых расчетов.

Таблица №3

Циклограмма реализации индивидуальной программы сопровождения ребенка и семьи

№	Мероприятия/формы работы	Продолжительность					Частота в месяц	ИТОГО (часов в месяц)	ИТОГО (часов в неделю)
		ПП	УД	УЛ	СП	Ро			
1									
2									
ВСЕГО									
Нагрузка исполнителей (часов)									
1	Педагог-психолог (ПП)								
2	Учитель-дефектолог (УД)								
3	Учитель-логопед (УЛ)								
4	Социальный педагог (СП)								
5	Родитель (ориентировочно) (Ро)								
Воздействие на ребенка (ориентировочно в часах)									

Выбор конкретных методик при реализации программы относится к ответственности специалистов и производится с согласия родителей. Определяясь с методиками, специалисты должны основываться на особенностях индивидуального профиля функционирования ребенка, а именно опираться на ресурсные категории, выявленные при первичной и углубленной оценке развития ребенка и факторов окружающей среды.

Целью **5-го этапа** является определение параметров и критериев оценки эффективности реализации индивидуальной программы ранней помощи ребенку с ОВЗ и его семье.

Регулярность оценки эффективности реализации программы согласовывается с родителями и указывается в дополнении к плану. Рекомендуемая частота оценки – не реже 1 раза в 3 месяца. В ходе анализа эффективности за истекший период необходимо соотнести прогнозируемые и реальные достижения ребенка и при необходимости внести коррективы и дополнения в индивидуальную программу.

2.3. Оценка эффективности индивидуальной программы ранней помощи

Оценка эффективности реализации программы должна осуществляться совместно специалистами и родителями. Для этого планируются отдельные встречи специалистов и родителей.

При оценке эффективности программы в течение года необходимо учитывать все аспекты ее реализации:

- динамические показатели, характеризующие прогресс в развитии ребенка;
- характер изменения семейного потенциала и других факторов окружающей среды;
- динамику участия ребенка в различных социальных ситуациях;
- улучшение понимания членами семьи сильных сторон своего ребенка, его способностей и особых потребностей;
- улучшение знаний членов семьи о своих правах, правах ребенка и умения их эффективно отстаивать;
- повышение компетентности членов семьи в развитии и воспитании ребенка;
- улучшение поддержки членов семьи в плане социальных контактов;
- расширение доступа родителей и ребенка к необходимым услугам, программам и мероприятиям;

Динамические изменения, отражающие эффективность реализации индивидуальной программы сопровождения ребенка и семьи, могут быть отражены табличным способом с использованием соответствующей формы.

Таблица №4

Форма для оценки эффективности реализации индивидуальной программы сопровождения ребенка и семьи (заполняется членами семьи)

Уважаемые родители!		
Пожалуйста, опишите изменения, которые Вы связываете с получением услуг ранней помощи, если таковые, на Ваш взгляд произошли в период _____		
№	Области изменений	Описание изменений
1	Развитие ребенка: – двигательное – раннее речевое – познавательное – эмоциональное	
2	Изменения в окружающей ребенка среде (включая развивающие средства и оборудование)	
3	Участие ребенка в различных социальных ситуациях	
4	Продуктивное взаимодействие и понимание своего ребенка	
5	Компетентность в развитии, обучении и воспитании ребенка	
6	Знание о своих правах и правах ребенка	
7	Социальные контакты членов семьи	
8	Доступ членов семьи и ребенка к новым услугам	

Такую таблицу рекомендуется заполнять ежегодно.

По окончании пребывания ребенка с ОВЗ в Службе ранней помощи необходимо провести итоговое диагностическое обследование с целью оценки эффективности реализации индивидуальной программы.

В качестве критерия **высокой эффективности** может рассматриваться максимальное приближение показателей развития ребенка к возрастным нормативам.

Критериями **положительной динамики** являются:

- приближение показателей развития к возрастным нормативам по отдельным линиям развития ребенка;
- готовность к интеграции в дошкольную образовательную организацию
- расширение возможностей его функционирования в социальной среде;
- овладения навыками самообслуживания, социальной коммуникации, повышение его адаптационных механизмов
- улучшение взаимодействия членов семьи с ребенком
- повышение качества жизни семьи

Критериями **недостаточной динамики** могут служить:

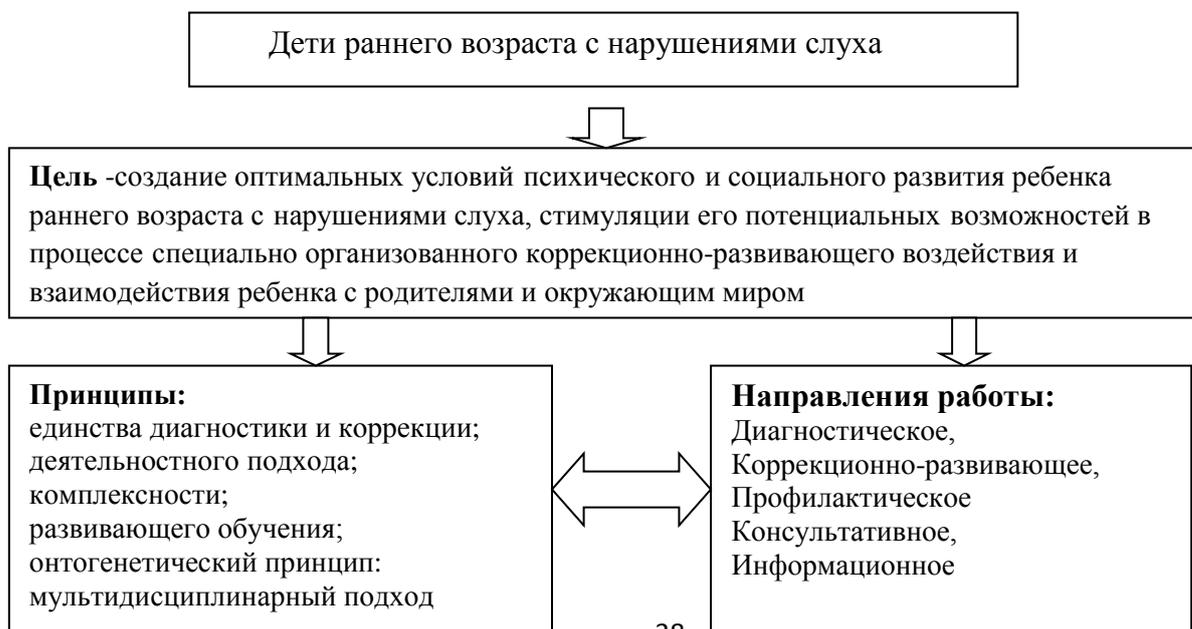
- незначительные изменения в когнитивном, двигательном, речевом, эмоциональном развитии ребенка;
- отсутствие существенных изменений в качестве жизни семьи.

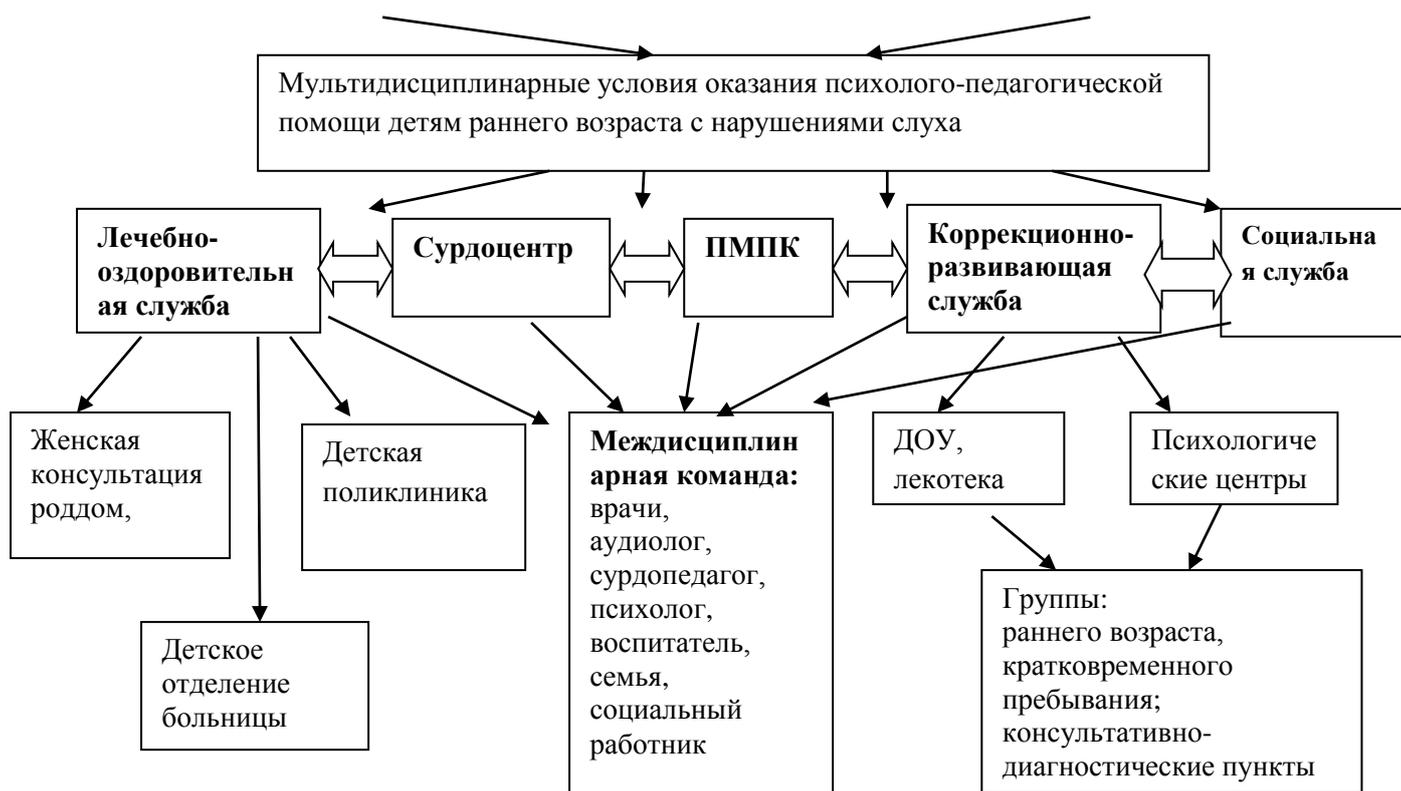
Ребенок, завершивший пребывание в Службе ранней помощи, направляется в ПМПК для комплексного обследования и определения дальнейшего педагогического маршрута.

2.4. Вариативные модели ранней помощи детям с сенсорными нарушениями

Далее представлены три варианта организационно-содержательных моделей, отражающих специфику ранней помощи детям с нарушениями слуха, детям после кохлеарной имплантации, детям с нарушениями зрения.

Концептуальная модель психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с нарушениями слуха





Психолого-педагогическая помощь детям с нарушениями слуха раннего возраста реализуется по следующим направлениям:

Диагностическое, где осуществляется диагностическая деятельность обеспечивающая: определение уровня развития ребенка, его соответствие нормативным показателям ведущих для данного возраста параметров развития, как в целом, так и по отдельным линиям; состояние слуха и время потери слуха, уровень развития речи;

Коррекционно-развивающее, обеспечивает:

- помощь в выборе индивидуального образовательного маршрута с привлечением возможностей всех действующих образовательных структур как государственной, так и негосударственной систем образования;
- разработка и реализация коррекционно-развивающих программ в работе с детьми, находящимися за рамками образовательного пространства;
- содействие развитию образовательных систем в рамках совместных проектов, направленных на создание вариативных инновационных форм обучения и социализации детей;
- реализация современных психолого-педагогических технологий в сфере учреждений системы специального образования;

Профилактическое

Консультативное, предполагает реализацию специальных программ для обучения родителей и включения их в коррекционно-педагогический процесс.

Информационно-просветительское, заключается:

- в поддержке общественно-педагогических инициатив, направленных на совершенствование правовых гарантий для свободного развития ребенка в соответствии с его возможностями;
- привлечение средств массовой информации для освещения инновационных подходов в области специального образования, содействующих повышению статуса человека с ограниченными возможностями в структуре современного общества.

Содержание психолого-педагогической помощи детям раннего возраста направлено на специальное образование педагогического пространства детей раннего возраста. Данное пространство рассматривается как специально созданная система взаимосвязанных воспитательно-развивающих ситуаций, субъектами которых являются ребенок и окружающие его люди. Специально организованная среда, должна обеспечивать взаимодействие педагогов, родителей и детей. Службы психолого-педагогической помощи детям раннего возраста, основные компоненты модели психолого-педагогической помощи детям раннего возраста рассматриваются через призму ее деятельности всех участников.

Организационно-содержательная модель психолого-педагогической помощи

Направления психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с нарушениями слуха	Задачи	Содержание	Организационные формы
Диагностическое	<p>-раннее выявление детей с нарушениями слуха (аудиологический скрининг, проводимый уже в родильном доме или в детских городских поликлиниках),</p> <p>-определение степени и характера поражения органа слуха.</p>	<p>1. Анкета-вопросник для родителей (Центр аудиологии и слухопротезирования Минздравсоцразвития РФ)</p> <p>2. Современным объективным методом исследования слуха, используемым для аудиологического скрининга (массового обследования), является регистрация вызванной отоакустической эмиссии (ВОАЭ) (О.А. Белов, И.В. Королева, А.В. Круглов, Я.М. Сапожников, Г.А. Таварткиладзе, В.Л. Фридман и др.).</p> <p>2. Акустическая импедансометрия</p> <p>Методика позволяет с помощью прибора акустического импеданса</p>	Индивидуальное занятие

	<p>-при</p>	<p>регистрировать давление в среднем ухе, целостность и степень подвижности барабанной перепонки и цепи слуховых косточек, наличие экссудата (жидкости) в барабанной полости, степень проходимости слуховой трубы, акустический рефлекс стременной мышцы (М.Р. Богомильский, Л.Д. Васильева, М.Я. Козлов, И.В. Королева, А.Л. Левин, Я.М. Сапожников, Г.А. Таварткиладзе и др.).</p> <p>3.Метод компьютерной аудиометрии по слуховым вызванным потенциалам (СВП). Этот метод известен также под названиями «компьютерная аудиометрия», «аудиометрия по слуховым вызванным потенциалам» (З.С. Алиева, И.В. Королева, Л.А. Новикова, Н.В. Рыбалко, Я.М. Сапожников, Г.А. Таварткиладзе, В.Р. Чистякова и др.).</p> <p>4.Звукореактотест (ЗРТ-01 Обследование слуха детей в возрасте 1, 4 и 6 месяцев)</p> <p>5.Детей старше двух лет. Слух можно проверить с помощью звукореактотеста на основе регистрации условной двигательной реакции на звук.</p> <p>6.Метод «гороховых проб» (авторы А.А. Невская, Л.И. Леушина).</p> <p>7.Обследование слуха с помощью шепотной речи. (Методика Л.В. Неймана)</p> <p>8.Педагогическое обследование состояния слуха (Н.Д. Шматко)</p>	
--	-------------	--	--

<p>возникновении первых подозрений на снижение слуха необходимо начинать целенаправленную педагогическую работу и, прежде всего, педагогическое обследование. Данные педагогического обследования дополняют результаты медицинской диагностики нарушения слуховой функции. Они позволяют оценить, насколько поведенческие реакции ребенка на звуковые стимулы, доступные его слуховому восприятию, соответствуют его возрасту. Также выявляются и другие индивидуальные особенности реакций на звук. Эти данные позволяют уточнить структуру нарушения развития малыша и выстроить индивидуальную программу педагогической коррекции нарушенной слуховой функции</p>		
--	--	--

	(включая уточнение режима работы индивидуальных слуховых аппаратов, предложенного врачом-сурдологом).		
Профилактическое			
Коррекционно-развивающее	<p>1. Коррекционная работа, начатая в младенчестве, направлена в первую очередь на формирование и развитие соответствующих возрасту основных видов детской деятельности.</p> <p>2. Формирование и развитие у детей</p>	<p>1. Речевое развитие;</p> <p>2. Развитие общей и мелкой моторики;</p> <p>3. Сенсорное развитие;</p> <p>4. Развитие предметно-игровой деятельности;</p> <p>5. Формирование навыков самообслуживания</p> <p>Работа по развитию слуха</p>	<p>1. Индивидуальные занятия с детьми проводились 3 раза в неделю (по 2 занятия в день с каждым ребенком). Длительность занятия составляла от 15 до 25 минут в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка, уровня его развития, соматического состояния.</p> <p>Дифференцированный подход к организации занятий и их длительности требуется детям с синдромом нервно-рефлекторной возбудимости, синдромом вегетативно-висцеральных нарушений, детям после перенесенных соматических заболеваний поэтому вопросы организации занятий с этими детьми решаются совместно с врачом.</p> <p>2. На первом году</p>

	с нарушенным слухом навыков восприятия и воспроизведения устной речи.	детей первого года жизни (Н.Д. Шматко, Т.В. Пельмская и др.). Программа воспитания и обучения детей с нарушениями слуха	жизни продолжительность занятий увеличивается от 1—2 мин до 5—7 мин к году, в 1,5 года занятие длится уже 10—12 мин, а в 2 года — 15 мин. Естественно, что занятия идут не друг за другом,
Консультативное		Реализация специальных программ для обучения родителей и включения их в коррекционно-педагогический процесс.	
Информационное			

Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста после кохlearной имплантации

Реабилитация людей с нарушением слуха является весьма сложной проблемой. В настоящее время одним из наиболее перспективных направлений реабилитации и интеграции в среду слышащих детей с большими потерями слуха и взрослых является кохlearная имплантация.

Под «кохlearной имплантацией» (КИ) подразумевается вживление электродных систем во внутреннее ухо с целью восстановления слухового ощущения путем непосредственной электрической стимуляции афферентных волокон слухового нерва. (А.Н. Белокоп, М.Р. Богомильский, Н.А. Дайхес, И.В. Королева, А.В. Круглов, А.А. Ланцов, Г.А. Таварткиладзе и др.). Кохlearный имплант (КИ) состоит из 2-х частей – имплантируемой и наружной. Имплантируемая часть содержит приемник, цепочку активных электродов и референтный электрод. Она является самостоятельной и полностью автономной т.к. не содержит элементов питания и каких-либо элементов питания, требующих замены. Наружная часть включает микрофон и речевой процессор, размещаемые в корпусе заушного слухового аппарата, а также радиопередатчик. Радиопередатчик носится за ухом под волосами. Он притягивается к имплантируемой части через кожу с помощью магнита. Речевой процессор является самым главным и сложным устройством. Он представляет собой малогабаритный специализированный компьютер, имеет регуляторы и нуждается в электрическом питании при помощи батареек или аккумуляторов. Внутренняя часть не требует замены, так как внутреннее ухо сформировано к моменту рождения и не растет. Современные модели КИ разработаны таким образом, чтобы при создании новых совершенных моделей КИ можно было заменить внешнюю часть. *Принцип работы кохlearного импланта* заключается в следующем:

1. Звуки окружающего нас мира улавливаются направленным микрофоном, расположенным за ухом. Чувствительность микрофона может быть изменена пациентом самостоятельно в процессе пользования речевым процессором.
2. Речевой процессор получает от микрофона информацию о звуках в виде электрических сигналов.

3. Речевой процессор осуществляет частотный анализ и селекцию этой информации, и кодирует ее. Кодирование звуковой информации осуществляется согласно стратегии речевого кодирования – она выбирается при индивидуальной для каждого пациента настройке речевого процессора и отражает его индивидуальные потребности.
4. Кодированная звуковая информация передается с речевого процессора на передающую катушку.
5. С передающей катушки кодированные сигналы в виде радиоволн передаются через кожу на приемник/стимулятор, в котором кодированная информация трансформируется в электрические импульсы.
6. Электрические импульсы по электродной решетке поступают во внутреннее ухо, где осуществляется стимуляция волокон слухового нерва.
7. По слуховому нерву звуковая информация передается в головной мозг, где воспринимается как звук, обеспечивая слуховое восприятие. Каждый речевой процессор программируется индивидуально. Мозг получает информацию в течение микросекунд после приема звука микрофоном, так что звуки слышатся практически сразу в момент их произнесения. Слуховые ощущения, которые имплант передает мозгу, отличаются от привычных для нас. Пластичность нервной системы позволяет достаточно быстро адаптироваться к новому слуху не только внезапно оглохшим детям и взрослым, которые благодаря имевшемуся опыту слушания могут сравнить и объяснить разность звучаний, но и глухим детям.

Таким образом, в отличие от обычных слуховых аппаратов, которые просто усиливают звук, кохлеарная имплантация обходит неработающие части уха и доставляет сигнал непосредственно к слуховому нерву. При этом КИ обычно обеспечивает восстановление порогов слухового восприятия до 30-40 дБ по отношению к порогам слышимости, т.е. обеспечивает возможности практически нормального восприятия речи во всем частотном диапазоне.

Но восприятие речи и звуков кохлеарным имплантом имеет некоторые *особенности*:

1. Искажение звуков речи, передаваемых имплантом. Но в речевых сигналах, передаваемых КИ, содержится вся лингвистическая информация, необходимая для восприятия речи. Требуется время и специальные занятия, чтобы пациент научился это делать.
2. Нет четкости в восприятии звуков, поэтому даже после длительного использования КИ дети медленнее обрабатывают речь, процесс слушания требует напряжения, плохо понимают речь в шумных условиях.
3. Даже когда достигнута оптимальная настройка процессора импланта, затруднено восприятие наиболее тихих частей слов — окончаний, предлогов, приставок, тихих согласных (*n, m, k, ф ц, х, в*) при общении с ним тихим голосом и на расстоянии.
4. У детей недостаточно сформировано внимание к окружающим звукам. Поэтому на необходимо вести работу по привлечению внимания ребенка к окружающим звукам.
5. Пациент плохо локализует звук в пространстве, а также речь, если говорящий находится сзади и с противоположной стороны от импланта.
6. Если ребенок не имел слухового опыта, то он медленно научается обнаруживать и различать звуки.

7. Несформированность (у рано оглохших детей) и/или нарушение центральных слуховых процессов различной степени проявляется в проблемах памяти, внимания, скорости обработки речи.

По мере слухоречевых коррекционных занятий у ребенка развиваются центральные процессы слухового анализа, слуховое внимание и память.

8.С помощью КИ ребенок может воспринимать музыку. Дети лучше воспринимают ритмическую музыку, а музыкальные произведения, в которых нет четкого ритма, а главное – это мелодия, например классическая музыка, воспринимаются хуже.[]

Кохлеарная имплантация – операция, возвращающая слух глухому ребенку, позволяющая ему полноценно жить и развиваться в обществе. Установка КИ малышу в возрасте до 2 лет создает потенциальные условия для того, чтобы он развивался так же, как нормально слышащий ребенок и полноценно интегрировался в общество слышащих. Конечной целью кохлеарной имплантации можно считать то, что с помощью КИ глухой человек слышит и понимает устную речь, а также говорит и использует язык для общения. Однако КИ заменяет только погибшие рецепторы улитки. Слышим же мы, понимаем речь, говорим на основе функционирования мозга. Мозг реализует интегративные функции, в момент использования языковых средств и порождения речи используются сложные «мозговые составляющие». Период развития ребенка до 1,5 лет является важным, так как на всех уровнях закладывается фундамент, на основе которого происходит дальнейшее становление и развитие речи

- Идут интенсивные процессы созревания слуховых центров мозга, связанные с процессами миелинизации нервных волокон, образованием синапсов между нейронами, усложнением структуры нейронов). Развиваются основные механизмы анализа звуковых сигналов, в том числе и речевых звуков.

- Устанавливаются предречевые (протоязыковые) средства общения: умение следить за взглядом и действиями взрослого, умение соблюдать очередность при общении, умение привлекать внимание взрослого и выполнять совместные действия, умение ждать оценки взрослым своих действий и др. Если у нормально слышащего ребенка эти средства общения не формируются или развиваются с задержкой, то происходит отставание (или нарушение) развития речи.

- Формируются представления о звуках родного языка (фонематическая система). Ребенок научается узнавать разнообразные звуки родной речи и постепенно теряет способность различать звуки, характерные для других языков, но отсутствующие в речи окружающих его людей.

- Развиваются двигательные центры мозга, управляющие артикуляторными органами, голосовой и дыхательной системой.

- Устанавливаются связи между слуховыми и речедвигательными центрами мозга, между слуховыми образами звуков «материнской» речи и движениями артикуляторных органов ребенка, закладываются основы слухо-рече-двигательной координации. Ребенок учится произносить звуки и их последовательности (слоги, слоги-комплексы, слова), которые соответствуют звукам родной речи.

- Развиваются связи между слуховыми, зрительными, двигательными, ассоциативными зонами мозга, которые являются базой для развития у ребенка ассоциативных связей между слуховым, зрительным и тактильным образами предметов. Это то, что позволяет нам, услышав мяуканье кошки, сразу вспомнить слово «кошка», мысленно представить животное и даже

«почувствовать» ее пушистую теплую шерсть. Увидев кошку, мы также вспомним слово «кошка», мысленно «услышим» ее мяуканье и «почувствуем» ее пушистую теплую шерсть.

- Формируются представления о слове как о сигнале (символе), обозначающем разные предметы, их свойства, действия и даже понятия (нельзя, хорошо и др.). Возникают первые

представления о связи слов в предложении (синтаксис). И это, в свою очередь, составляет базу для последующего развития у него фразовой и связной речи.

• Ребенок произносит первые слова (10–12 мес.) и первые предложения (1,5–2 года). За этот период у ребенка накапливается значительный запас слов, которые он понимает (100–300 слов и более). И это та база, которая в следующие 2–3 года обеспечивает стремительный рост числа слов, которые ребенок понимает — 10–30 слов в неделю. В сочетании с развитием произносительных навыков это создает основу для быстрого роста активного словаря (произносимых слов) — 10–30 слов в месяц! Так что словарь из 5–7 слов, произносимых ребенком в возрасте 1 год, увеличивается до 50–150 слов к 1,5 годам. С этого периода ребенок начинает соединять слова и произносить первые предложения из 2 слов. Крайне важно, что в этот период ребенку достаточно назвать предмет 1–2 раза, чтобы он запомнил его название. В 3–4 года его пассивный словарь составляет 1200–2000 и более слов, а активный — 800–1500 слов. К 6–7 годам пассивный словарь ребенка составляет около 20 тыс. слов.

Если условий для интенсивного речевого развития до 1,5 лет не было из-за потери слуха, то в более позднем возрасте достичь такого темпа наращивания словаря очень трудно даже при правильной коррекционной работе. В развитии языка и речи за 1,5 года ребенок осваивает столько, сколько впоследствии его мозг может освоить только за 3–4 года. «Потеря» раннего периода очень значительна для речевого развития. Этот период связан с особой способностью онтогенеза мозга в целом, но особенно сказывается на развитии языка.

Одной из основных проблем данной категории детей является их реабилитация в послеоперационный период. Ребенок, получивший имплант, способен воспринимать практический полный спектр звуков, однако слышать звуки и пользоваться новыми возможностями автоматически он не способен - необходим длительный период по формированию речи, мышления, личности на основе появившихся возможностей. Несмотря на то, что слуховые возможности у маленьких детей после кохлеарной имплантации развиваются намного быстрее, чем с обычными слуховыми аппаратами, дети нуждаются в систематической квалифицированной помощи специалистов (сурдопедагога, логопеда, психолога...). Специфика слухового восприятия глухих лиц - пользователей кохлеарными имплантами, своеобразие речевого развития, индивидуально-личностные особенности позволяют выделить их в отдельную группу лиц с нарушением слуха. Образовалась особая категория детей и взрослых, которую не следует рассматривать как тугоухих, воспринимающих речь, усиленную слуховым аппаратом и не следует рассматривать их как нормально слышащих. Дети после кохлеарной имплантации нуждаются в специальном сопровождении специалиста, который должен проектировать свою коррекционную деятельность на стыке различных научных областей: медицины, специальной психологии, сурдопедагогики и логопедия.

Маленькие дети после кохлеарной имплантации нуждаются в послеоперационной реабилитации, которая включает точную настройку речевого процессора, развитие коммуникативных навыков, развитие слухового восприятия окружающих звуков и речи с помощью аппарата, развитие языковой способности, развитие устной речи, развитие невербального интеллекта и других психических функций и моторных навыков, психологическую помощь ребенку и его близким. Подготовку к послеоперационной реабилитации необходимо начинать на дооперационном этапе и как можно раньше. Отличительными особенностями развития слухоречевого восприятия маленьких детей после кохлеарной имплантации являются: быстрые темпы развития слухового восприятия, возможность использования акустической обратной связи для развития правильных артикуляторных укладов на ранних этапах реабилитации, трудности формирования устойчивой связи между звуковым образом слова и обозначаемым им предметом, явлением, трудности запоминания значения слов, проблемы произвольного и произвольного слухового внимания. Реабилитация маленьких детей с КИ продолжается 3-5 лет, и ее

конечной целью для большей части детей можно рассматривать подготовку к массовой школе. Это требует совместных усилий специалистов и близких ребенка.

Основная задача психолого-педагогического сопровождения детей с КИ раннего возраста – развить естественное слуховое восприятие с кохлеарным имплантом у глухого ребенка до уровня, приближающегося к нормальному слуху, таким образом, чтобы слух начал работать на развитие понимания речи и собственной речи, как у нормально слышащего ребенка.

Концептуальная модель психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с нарушениями слуха



Организационно-содержательная модель психолого-педагогической помощи

Этапы сопровождения	направления	содержание	Организационные формы, рекомендации
Диагностический (дооперационный)	<p>Первичная диагностика;</p> <p>-заключение комиссии по отбору кандидатов на операцию;</p> <p>- повторное обследование (при отсутствии медицинских противопоказаний)</p> <p>Задачи:</p> <p>-Оценить слуховую функцию и уровень поражения слуховой системы;</p> <p>-Оценить сохранность слухового нерва;</p> <p>-Оценить эффективность слухопротезирования с помощью современных моделей слуховых аппаратов;</p> <p>-Оценить соматическое состояние пациента;</p> <p>-Оценить психоневрологический статус пациента;</p> <p>-Оценить уровень развития слухоречевого восприятия, устной речи и других высших психических функций;</p> <p>-Оценить перспективность использования кохлеарного</p>	<p>ЛОР-осмотр;</p> <p>консультация отоневрологом;</p> <p>импедансометрия;</p> <p>аудиометрия;</p> <p>слуховые вызванные потенциалы;</p> <p>промонториальный тест или его аналог;</p> <p>отоакустическая эмиссия;</p> <p>компьютерная томография височных костей;</p> <p>при наличии менингита в анамнезе - магнитно-резонансная томография височных костей;</p> <p>консультация сурдопедагога;</p> <p>при необходимости – консультации невропатолога, генетика.</p>	<p>Обследование занимает 2-3 дня.</p> <p>По результатам обследования кандидату выдается заключение о наличии у него показаний к операции кохлеарной имплантации, определяется ухо, предпочтительное для операции.</p>

	<p>импланта для восприятия речи после операции;</p> <p>-Сформировать у пациента и его близких адекватные ожидания результатов КИ;</p> <p>-Психологически подготовить пациента и его близких к операции и послеоперационной реабилитации.</p>		
Оперативное вмешательство	<p>Хирургическая операция и послеоперационное наблюдение ребенка.</p>	<p>После положительного решения вопроса о возможности кохлеарной имплантации назначается дата операции по согласованию с кандидатом/его родственниками и хирургом. Госпитализация и проведение хирургической операции.</p>	<p>Первое включение речевого процессора проводят через 3-4 недели после операции. Проводит аудиолог при участии сурдопедагога. При настройке РП определяется уровень сигнала, вызывающий <i>mini max</i> комфортное ощущение.</p> <p>Частота настроек 1 неделя-ежедневно Последующие 2-3 недели 2-3 раза в неделю</p>
Основной (послеоперационный) реабилитационный	<p>1.Сурдологическая клинико-диагностическая, аудиологическая помощь</p> <p>2.Техническое обслуживание</p> <p>3.Коррекционно-</p>	<p>1.По графику проводится тестирование пациента, чтобы объективно оценить его успехи.</p> <p>2.Настроечные сессии</p> <p>3.Занятия по:</p>	<p>1.Сурдопедагогическую, клинико-диагностическую, аудиологическую помощь оказывают сурдопедагоги, аудиологии.</p> <p>Наблюдения за состоянием здоровья детей –врачи.</p> <p>2. Плановые настроечные сессии осуществляют специалисты.</p> <p>3.Занятия с</p>

	<p>развивающая работа Слуховая работа</p> <p>Работа по развитию речи</p> <p>Работа над устной речью</p> <p>Познавательное развитие</p> <p>4. Психологическая помощь:</p>	<p>а) <i>выработке условно-двигательной реакции на сигнал</i></p> <p>б) <i>развивать слуховое восприятие</i></p> <p>в) <i>различение, опознавание и распознавание различных речевых сигналов (фонем, слов, фраз).</i></p> <p>Развитие слухоречевой памяти. Накопление пассивного словаря. Развитие произносительных навыков, управления голосом, речевого дыхания. Совершенствование понимания устной речи (слухозрительно и на слух). Обогащение грамматических представлений. Накопление активного словаря. Развитие диалогической речи. Развитие связной речи.</p> <p>Подготовка и развитие физиологической базы речи (развитие артикуляторной моторики, дыхания), развитие речи (понимание речи, активизация голосовых реакций).</p> <p>Занятия по расширению общих представлений об окружающем мире (представления о свойствах и функциях предметов и их частей, представления о явлениях, пространственных и временных отношениях предметов и явлений).</p> <p>4. Развитие: а) двигательной активности (крупная и мелкая моторика,</p>	<p>сурдопедагогом. Занятия с логопедом. Занятия с психологом. Оптимальные условия для развития слухоречевого восприятия - говорящему надо находиться со стороны имплантируемого уха. Говорить чуть медленнее и выразительно на первых этапах реабилитации. Постоянно привлекать внимание к звукам, особенно в 1 год Всегда стимулировать любые голосовые реакции Учить ребенка различать услышанное, постоянно закреплять сформированные навыки. После первой настройки речевого процессора ребенок способен слышать только очень громкие звуки (при этом он может это никак не проявлять), но постепенно в результате адаптации к новым ощущениям, коррекции настройки, обучения достигается восприятие тихих звуков. И здесь важны наблюдения педагога, который должен оценивать развитие у ребенка способности обнаруживать тихие низкочастотные и высокочастотные звуки. В частности,</p>
--	--	--	---

	<p>5.Консультативно-просветительская работа с родителями</p> <p>6.Создание слухоречевой среды</p>	<p>предметная деятельность); б) внимания (зрительного, слухового, произвольного, развитие таких свойств внимания как объем, устойчивость, распределенность, переключаемость) в) памяти (слуховой, зрительной, двигательной) г) воображения д) мышления (наглядно-действенного и наглядно-образного мышления с использованием заданий по конструированию, составлению целого из частей, подбору и сортировке объектов в соответствии с размером, цветом, формой, количеством и др., заданий по невербальной классификации, составлении серии сюжетных картинок и пр.) е) стимуляция эмоционально-волевой сферы.</p> <p>5.В работе с ребенком ведущая роль принадлежит родителям и в самом начале важно объяснить им значение этой работы. Проводятся: -беседы с родителями; -проведение индивидуальных занятий с привлечением родителей по выработке условно-двигательной реакции, развитию слухового восприятия, накоплению словаря, развитию понимания речи.</p> <p>6.Учитывая особенности восприятия звуков и речи у ребенка с кохлеарным имплантом, необходимо</p>	<p>полезным критерием адекватности настройки является способность ребенка слышать низкочастотные, среднечастотные и высокочастотные фонемы или слова. С маленькими детьми после кохлеарной имплантации необходимо проводить занятия по развитию невербальных функций. Невербальное развитие детей после кохлеарной имплантации основано на возрастных и программных требованиях массового детского сада</p>
--	---	---	---

		<p>создать оптимальные условия для развития у него слуха и понимания речи.</p> <p>постоянно носить кохлеарный имплант исключать шумы. Говорить с ребенком надо голосом нормальной громкости, чуть медленнее, напевно, отчетливо произнося слова, но слитно постоянно привлекать внимание ребенка к окружающим звукам и речи, повторять услышанный звук с ребенком (произвести действие) и т.д.</p>	
--	--	--	--

При реабилитации ребенка раннего возраста с КИ подходят все методики, которые используются для развития слуха и речи у слабослышащих детей, использующих качественные слуховые аппараты.

Психолого-педагогическое сопровождение детей раннего возраста с нарушениями зрения

Роль зрительного анализатора в психическом развитии ребенка велика и уникальна. Нарушение его деятельности вызывает у детей значительное затруднения в познании окружающего мира, ограничивает общественные кон такты и возможности для занятий многими видами деятельности. У лиц с нарушениями зрения возникают специфические особенности деятельности, общения и психофизического развития. Эти особенности проявляются в отставании, нарушении и своеобразии развития двигательной сферы, пространственной ориентации, формировании представлений и понятий, в способах практической деятельности, в особенностях эмоционально-волевой сферы, социальной коммуникации, интеграции в общество, адаптации к труду. Нарушение зрения в раннем возрасте весьма разнообразны по клиническим формам, этиологии, степени выраженности дефекта и структуре нарушенных функций. Распространены такие формы зрительной недостаточности, как близорукость, дальнозоркость, близорукий и дальнозоркий астигматизмы. Нарушения зрительной системы наносят огромный ущерб формированию психических процессов и двигательной сферы ребенка, его физическому и психическому развитию. Резкое снижение зрения отрицательно сказывается в первую очередь на процессе восприятия, которое у детей с нарушением зрения отличается большей замедленностью, узостью обзора, сниженной точностью. Формирующиеся у них зрительные представления менее четки и ярки, чем у нормально видящих, иногда искажены. Поэтому для таких детей характерна затрудненность пространственной ориентировки. При зрительной работе дети с нарушением зрения быстро утомляются, что может привести к дальнейшему ухудшению зрения. Зрительное утомление вызывает снижение умственной и физической работоспособности. Дети с раннего возраста с нарушениями зрения нуждаются в специальном психолого-педагогическом сопровождении.

Психолого-педагогическая помощь строится как многоуровневая система, обеспечивающая целостный, комплексный, дифференцированный, регулируемый процесс

управления всем ходом психофизического развития и восстановления зрения на основе стимуляции всех потенциальных возможностей детей с нарушением зрения.

Концептуальная модель психолого-педагогической помощи детям раннего возраста с нарушениями зрения



Организационно-содержательная модель психолого-педагогической помощи детям с нарушениями зрения

Направления психолого-педагогической помощи	задачи	содержание	Организационные формы
диагностическое	<p>-Выявление нарушений зрения у детей раннего возраста; определение сущность нарушения зрения; -изучение особенностей психического развития</p>	<p><u>Клиническое обследование зрения</u> Первый осмотр новорожденного офтальмологом может быть проведен еще в родильном доме. При наличии показаний первое обследование офтальмолога проводится в 1 месяц жизни: -наружный осмотр, -определение фиксации взглядом предметов, -определение реакции на свет, -офтальмоскопия. Проверка зрения в 3 месяца. Проводятся: -наружный осмотр глаза, -определение фиксации взгляда и слежения за предметом, -скиаскопия, -офтальмоскопия. Проверка зрения в 6 месяцев проводятся наружный осмотр, определение подвижности глазных яблок, скиаскопия, офтальмоскопия. Проверка зрения в 1 год. Проводится: определение остроты зрения, скиаскопия или авторефрактометрия (с помощью последнего метода можно достаточно точно определить степень близорукости, дальнозоркости или астигматизма), офтальмоскопия. Осмотр детей с 3 лет Остроту зрения определяют</p>	Индивидуально

		<p>с помощью таблицы Сивцева</p> <p>Электрофизиологическое исследование органа зрения</p> <p><i>Электроретинография (ЭРГ)</i></p> <p><i>Электроокулограмма</i></p> <p>Зрительные вызванные корковые потенциалы (ЗВКП) отражают состояние зрительной коры и зрительного нерва.</p> <p><u>Психолого-педагогическое изучение детей 1-3 года жизни</u></p> <p>-Обследование остроты зрения с помощью таблиц;</p> <p>-Диагностика восприятия ребенка 1-3 года:</p> <p>-<i>Цветовое восприятие:</i></p> <p>-<i>Форма</i></p> <p>-<i>Восприятие окружающего мира</i></p> <p>-<i>Конструктивный праксис</i></p> <p>-<i>Конструирование по подражанию (методика предлагается детям 2,5-3 лет)</i></p> <p>-<i>Пространственный гнозис</i></p> <p>-<i>Диагностика способов деятельности</i></p>	
коррекционно-развивающее	<p>Задачи:</p> <p>-активизация всех видов восприятия ребенком окружающего пространства - зрительное, слуховое, тактильное, пространственное, обоняние, вкус;</p> <p>-обогащение сенсомоторного опыта детей и совершенствование сенсомоторной координации посредством использования</p>	<p>Виды коррекционной развивающей работы:</p> <p>-развитие зрительного восприятия;</p> <p>-развитие социально-бытовой ориентировки;</p> <p>-коррекция нарушений речи;</p> <p>развитие осязания и мелкой моторики;</p> <p>-развитие навыков ориентировки в пространстве;</p> <p>-обогащение социального опыта детей с интеллектуальной недостаточностью.</p> <p>Логопедическая коррекционная работа направлена на развитие</p>	<p>Обучение и воспитание детей с нарушением зрения осуществляется по программе «Программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений IV вида (для детей с нарушением</p>

	<p>предметов, изготовленных из материалов разной фактуры, формы, цвета, размера;</p> <p>-организация физкультурной деятельности, динамических развивающих игр, разыгрывание сюжетов, отражающих определенную тематику.</p> <p>•</p>	<p>правильной речи у детей,</p> <p>Психокоррекционная работа <i>педагога-психолога</i> направлена на психические и психофизические процессы, на эмоционально-волевою сферу, на смягчение адаптационного периода.</p> <p>Специальное обучение и воспитание направлено на раннюю коррекцию и компенсацию вторичных отклонений в развитии детей,</p>	<p>зрения)» под редакцией Л.И. Плаксиной.</p>
<p>лечебно-восстановительная деятельность</p>	<p>Восстановление нарушенных зрительных функций у детей раннего возраста.</p> <p>Осуществление целенаправленного лечения зрения и развитие зрительного восприятия на коррекционных занятиях с учетом рекомендаций врача-офтальмолога.</p> <p>Рекомендации врача-офтальмолога к построению психолого-педагогического процесса, предусматривающего проведение коррекционно-развивающую работу с учетом нарушений зрительного анализатора.</p>	<p>В начале лечения решается задача восстановления остроты зрения, коррегирования аномалий рефракции, астигматизма, анизометропии, лечение амблиопии косящего глаза. На следующем этапе идет формирование правильных взаимоотношений аккомодации и конвергенции при помощи оптической коррекции. Далее идет лечебная работа, направленная на лечение амблиопии методами стимуляции сетчатки глаза с последующим восстановлением одновременного фовеолярного зрения, и, наконец, развитие фузионных резервов бинокулярного и стереоскопического зрения. Такая последовательность объясняется функциональной взаимосвязью между глазными функциями, а детализируется офтальмологическая помощь в зависимости от степени</p>	<p>лечения глазных заболеваний осуществляются в глазных кабинетах детских поликлиник, кабинетах охраны зрения</p> <p>Систематически осуществляются лечебные процедуры. Положительный результат, как правило, достигается лишь в процессе длительного многолетнего) лечения.</p>

		<p>поражения каждой из них и общего состояния здоровья ребенка. Плеоптическое лечение направлено на повышение остроты зрения амблиопичного глаза.</p> <p>Лечение содружественного косоглазия направлено на восстановление правильного положения глаз и развитие бинокулярного зрения.</p> <p>Лечение детей с косоглазием носит комплексный характер.</p> <p>Лечебно-оздоровительные мероприятия сочетаются с психолого-педагогическими мероприятиями.</p>	
профилактическое	Предотвращение нарушений зрения	<p>Регулярные обследования глаз часто выявляют болезни, потенциально приводящие к слепоте.</p> <p>Своевременное применение лечебных мер еще до того, как зрение начнет ухудшаться.</p> <p>В борьбе со слепотой важнейшее значение имеет профилактика глазных заболеваний и травматизма.</p> <p>Положительное значение имеет принятый в нашей стране метод диспансерного обслуживания больных.</p> <p>Создание условий, соблюдение гигиенических требований по сохранению остаточного зрения</p> <p>Создание условий, где проводятся общеукрепляющие, стимулирующие, физиотерапевтические мероприятия.</p>	
консультативное	Оказание помощи родителям в создании специальной среды в домашних	<p>Беседы, консультации, посещение занятий со специалистами.</p> <p>-Развитие зрительного восприятия;</p>	

	условиях	-работа по обучению ориентации в пространстве; -развитие речи и др.	
информационное	Большое значение имеет санитарно-просветительная работа среди детей и родителей, разумная организация досуга.	Создание информационных бюллетеней, стендов, где размещаются рекомендации по сохранению зрения. Информировать родителей о наиболее современных, и эффективных средствах лечения, профилактики нарушений зрения. Например, эффективность медицинской реабилитации слепых и слабовидящих в нашей стране связывают с развитием микрохирургической техники, с совершенствованием технологии хирургического лечения патологии органа зрения, с разработкой эффективных лекарственных препаратов. Советы по организации правильного питания.	

Психолого-педагогическая помощь детям раннего возраста с нарушениями зрения осуществляется по следующим направлениям: диагностическое, коррекционно-развивающее, профилактическое, лечебно-восстановительная деятельность, консультативное, информационное.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова Е. Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни ребенка. - М.: "Мозаика-синтез", 2012.
2. Архипова Е.Ф. Коррекционно-логопедическая работа с детьми первых трех лет жизни. – М., 2004.
3. Бадалян Л.О. Невропатология. – М., Издательский центр «Академия», 2012.
4. Басилова Т.А., Александрова Н.А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей. – М.: Просвещение, 2008.
5. Богомильский М. Р., Чистякова В. Р. Болезни уха, горла и носа у детей. - М., 2000.
6. Выявление детей с подозрением на снижение слуха: младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст / Под ред. Г.А. Таварткиладзе и Н.Д. Шматко. - М., 2002.
7. Головчиц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика. - М., 2001.
8. Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И., Разенкова Ю.А., Урядницкая Н.А., Шматко Н.Д. Проект Программы создания единой государственной системы раннего выявления и специальной помощи детям с отклонениями в развитии // Дефектология. - 2000. - №6. - С. 3-8.
9. Департамент Образования города Москвы: Служба ранней помощи в системе дошкольного образования города Москвы Методический сборник. Москва, 2009.
10. Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей первого года жизни. Методическое пособие / сост. Г.А. Таврткиладзе, Н.Д. Шматко. - М., 2001.
11. Дунайкин М. Л. Нейропсихологический анализ нарушений психического развития детей первого года жизни с перинатальным поражением мозга. Дисс. на соиск. ученой степени кандидата психологических наук. – М., 2002.
12. Ермаков, В.П. Основы тифлопедагогтики: Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.П. Ермаков, Г.А. Якунин. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 240 с.
13. Казьмин А. М., Казьмина Л. В. Дневник развития ребенка от рождения до трех лет. - М.: "Когито-Центр", 2006.
14. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 2008.
15. Лисичкина Ю. А. Ранняя диагностика и коррекция недостатков довербального развития детей с перинатальным поражением центральной нервной системы. Дисс. на соиск. ученой степени кандидата педагогических наук. - М., 2004.
16. Малофеев Н.Н. О научных подходах к совершенствованию специального образования в России / Н.Н. Малофеев // Дефектология. - 2004. - № 6 - с. 67-74.

17. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика – М., 1997.
18. Мишина Г. А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии М., 1998. Дисс на соиск. уч. ст. канд. пед. наук.
19. Николаева Т.В. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушенным слухом.- М., 2006.
20. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития /Сост. Е.Р. Баенская, М.М.Либлинг – М., Полиграф сервис, 2001.
21. Психолого-педагогическая диагностика / Под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамной, - М., Издательство «Академия», 2009.
22. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста / Под ред. Стребелевой Е.А.. – М., 1998.
23. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. - М., 2000.
24. Ткачева В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии. Диагностика и консультирование. – М.: Издательство «Книголюб», 2008.
25. Фальковская Л.П. и др. Организация вариативных форм психолого-медико-педагогической помощи в дошкольной образовательной организации. – Красноярск, 2012.
26. Фильчикова Л.И. Нарушения зрения у детей раннего возраста. Диагностика и коррекция: методическое пособие / Л.И. Фильчикова, М.Э. Бернадская, О.В. Парамей. – 2-е изд. – М.: Издательство «Экзамен», 2004. – 192 с.
27. Югова О.В. Вариативные стратегии раннего психолого-педагогического сопровождения ребенка с отклонениями в развитии и его семьи: Дисс. канд. пед. наук. – М., 2012.
28. Bortner S., et al, Sensory stimulation kit: A teacher’s guidebook. American Printing House for the Blind, 1978.
29. Hellbrugge T., Lajosi F., Lienara D.u.a. Munchener Funktionelle Entwicklungs-Diagnostik. Erstes Lebensjahr. Lubeck, 1985.
30. Kruse, A. D Understanding experiences of families and early childhood special education. Aimes, Iowa State University, 2012. ProQuest Dissertations and Theses, 248. Retrieved from://search.proquest.com/docview/1095406879?accountid=35419 (1095406879).
31. Naig, L. A. Professional burnout and compassion fatigue among early childhood special education teachers. Aimes, Iowa State University, 2010. ProQuest Dissertations and Theses, 204. Retrieved from://search.proquest.com/docview/750002361?accountid=35419(750002361).
32. Northcott W. H. Curriculum guide: Hearing-impaired children, birth to three years and their parents. Washington, 1977.
33. The Carolina Curriculum For handicapped Infants and Infants at Risk, Johnson-Martin, 1986.

34. Джонсон-Мартин Н. М., Аттермиер С.М., Дженс .Г., Хаккер Б.Дж. Программа "Каролина" для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями// Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, КАРО, 2005.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение №1

Некоторые нормативные показатели нервно-психического развития детей первого года жизни

Возраст, мес.	Сфера					
	Двигательная	Сенсорная	Эмоциональная	Голосовая активность	Практическое действие	Взаимодействие со взрослым
1		Смoтрит на мать, когда она с ним разговаривает, при этом открывает и закрывает рот. Прослеживает горизонтальное движение объекта от середины поля зрения.				
1,5		Следит за двигающимся человеком. Прослеживает движение объекта от периферии к центру поля зрения.				
2 - 3		Развиты реакции глаз – фиксация, конвергенция, фокусировка. Поворачивает голову на звук, который слышен на уровне уха. Рассматривает руки. Следит за разнообразным движением игрушки.	Появление улыбок на тактильное воздействие, на говорящее лицо. Формируется комплекс оживления на говорящее лицо и несколько позже – на яркий предмет.	Возникновение первых спонтанных вокализаций.	Дотрагивается до игрушек, подвешенных над грудью. Пристальное внимание к объектам. Появление движения в руках при виде погремушек, помещенных в зону непосредственной досягаемости.	Интерес к окружающим. Зрительный и эмоциональный контакт.
3 – 4	Хороший контроль головы. Опора на руки в положении лежа на животе.	Прослеживает невидимую траекторию движения объекта (экран 10-12см). Реагирует на исчезающий объект. Локализует звук; узнает маму.	Комплекс оживления вызывается легко. Возникает часто.	Гуление. Расширение репертуара случайно произносимых звуков (а, у, я, м, п) и использование их при общении со взрослыми.	Произвольный захват. Неспецифически е манипуляции. Оральные контакты с объектом.	Интерес к окружающим. Узнает мать. Возбуждается и предвосхищает общение. Возможны зрительный и эмоциональный контакты.
5 – 6	Сформирована зритель-но-мотор-ная коорди-	Улыбается своему отражению в зеркале. Перестает	Формируется контроль над отрицательными эмоциями. Это проявляется в	Вокализация при манипуляциях с объектами (голосовое	Часто берет игрушку из рук взрослого. Формирование захвата. Берет	Иницирует общение (провоцирует); прислу-

	<p>нация (может точно дотронуться до пред-мета под контро-лем зрения). Может длительно удерживать предмет в руках.</p>	<p>рассматри-вать руки. Больше внимания уделяется игрушкам. Появляют-ся первые любимые игрушки. Поворачивает голову на звук, который раздается ниже уха. Имитирует слышимые звуки.</p>	<p>модуляциях крика, сдерживании плача, паузой в плаче для восприятия реакции взрослого. По-разному реагирует на лица знакомых и незнакомых взрослых.</p>	<p>сопрово-ждение действий). Требова-ние внимания осуществ-ляется криком. Произно-сит отдель-ные слоги (или звукосоче-тания). Начало лепета.</p>	<p>вто-рую игрушку, но трясет первую. Зна-чительно контро-лирует манипуля-ции. Все тянет в рот. Любит играть с бумагой. Подносит ко рту бутылочку.</p>	<p>шивается к речи; поворачи-вает голову на звуки человеческог о голоса. Тянет руки, когда хочет, чтобы его взяли на руки. Отмечаются первые попытки подража-ния. Понимает жест (ручки, ручки). Выявляется реакция возбуждения, если ребенок слышит шаги.</p>
7 - 8	<p>Может сам сидеть. Хорошо перево-рачивается в любую сторону из любого положе-ния.</p>	<p>Приспосаб-ливает позу; занимает удобную позицию для наблюде-ния. Находит наполови-ну спрятан-ный пред-мет, легко снимает наброшен-ный на него платок. Дифферен-цирует незнако-мых.</p>	<p>Возникнове-ние реакции протеста на воздействие незнакомого взрослого.</p>	<p>Длитель-ный лепет, повторное произнесе-ние отдельных слогов, появление псевдослов, выражаю-щих отно-шение ре-бенка к происходя-щему.</p>	<p>Переклады-вает предмет из руки в руку, удерживает две игрушки, захватывает предъявлен-ную игруш-ку со сторо-ны свобод-ной руки. Удерживает игрушку при зрительном контроле. Берет вто-рую игруш-ку со сторо-ны занятой руки. Пытается достать предмет из-за барьера, помещенного в одной из половин поля зрения, используя ближайшую к барьеру руку.</p>	<p>Имитиру-ет дейст-вия и шу-мы. Ста-рается привлечь внимание покашли-ванием, кряхтени-ем. Мо-жет иг-рать в игры с иденти-чными ролями. Сжимает губы, когда не хочет есть. Понимает запрет. Имитиру-ет звуки. Отводит руки мамы, отвлекает ее, если она соби-рается де-лать неп-риятные процеду-ры (чис-тить но-сик, ушки).</p>
9 -10		<p>Находит спрятан-ный на глазах предмет. Вынимает интересные вещи из кармана взрослого, если видел, как их туда положили.</p>		<p>Появление вокализа-ций в конце и в начале действий.</p>	<p>Может взять маленький предмет: таблетку, горошинку. Может со-вершать спе-цифические манипуля-ции: катать машинку.</p>	<p>Тянет маму за одежду, требует внимания; машет «до свидания», отвеча-ет взгля-дом или движениями на вопрос «Где?». Играет в</p>

						игры с неидентичными ролями. Где действия ребенка и взрослого не распределены (мама дает платок – ребенок прячется за него). Игра «Дай-отдай». Ненадолго отдает игрушку.
11 -12	Переступает ногами. Ходит самостоятельно.	Проявляет интерес к картинкам в книге. Поворачивается на собственное имя. Дифференцирует тон.		Существование особых слов – меток, понятных только ребенку и взрослому. Произвольное повторение отдельных слогов. Может произносить отдельные слова. Понимает их предметную соотношенность.	Складывает игрушки в корзину. Достает предмет из-за барьера дальней рукой; царапает картинку; пытается листать книги. Почти не тянет предметы в рот, но часто бросает их на пол.	Бросает игрушки, чтобы подняли, помогает одевать себя. Владеет указательным жезлом; мотает головой, выражая протест. Вокализирует в конце и в начале действий.

Некоторые нормативные показатели развития детей 1-3 лет

Оценка общей моторики

13 мес. — ходит сам;

15 мес. — ходит длительно, приседает, наклоняется, ползет вверх по лестнице, сам садится в кресло, может встать с коленей;

18 мес. — сам поднимается и спускается по лестнице, может тащить за собой игрушки, перешагивает через палку, лежащую на полу;

21 мес. — умеет ходить по поверхности шириной 15—20 см на высоте 15—20 см от пола;

2 года — может поднять игрушку с пола, нагнувшись; перешагивает через препятствие, чередуя шаг; попадает по мячу ногой;

2,5 года — приставным шагом перешагивает через несколько препятствий, лежащих на полу на расстоянии 20 см друг от друга;

3 года — может несколько секунд простоять на одной ноге; поднимаясь вверх по лестнице, ставит по одной ноге на каждую ступеньку; спускаясь, ставит на ступеньку обе ноги; прыгает на двух ногах; может ездить на трехколесном велосипеде.

Оценка мелкой моторики

Уровень развития *мелкой моторики* можно оценить по исполнению таких заданий, как построение башни, выполнение заданий с досками, застегивание пуговиц, рисование. Приведем некоторые нормативы:

18 мес. — повторяет штрих;

2 года — по показу повторяет вертикальные линии и круги;

2,5 года — делает две линии или больше при рисунке креста;

3 года — копирует круг, повторяет по показу крест, рисует человека без туловища («головонога»).

Рекомендации к изучению детей раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы.

Комплексная диагностика развития детей раннего возраста включает изучение анамнестических сведений и исследование следующих основных линий развития:

- Социальное развитие.
- Познавательное развитие.
- Речевое развитие.
- Двигательное развитие.

При изучении анамнестических данных учитываются следующие показатели:

- Течение беременности (без патологии / с патологией: токсикоз I и (или) II половины беременности, угроза выкидыша, кровотечение, ушибы плода; инфекционные, эндокринные, сердечно - сосудистые заболевания, заболевания почек; психические травмы; употребление алкоголя, курение).
- Течение родов: срок (своевременные, преждевременные, переношенные); длительность родов (затяжные, стремительные); применение родовспоможения: стимуляция, вакуум-экстракция, выдавливание, наложение щипцов; не применялось (самостоятельные роды); кесарево сечение (плановое или экстренное); особенности при рождении: родовая травма, асфиксия (закричал сразу / после стимуляции), гематома на голове, обвитие пуповины вокруг шеи; оценка по шкале Апгар.
- Вес и рост при рождении.

С целью более детального выявления особенностей развития детей с органическим поражением ЦНС разработаны и введены *качественные показатели* по каждому блоку заданий, которые позволяли зафиксировать специфику нарушений развития каждого ребенка. При этом определялась степень выраженности нарушений (тяжелая, умеренно выраженная, легкая).

Для объективизации оценки водятся *количественные показатели*, позволяющие проследить степень выраженности особенностей развития. Количественная оценка действий ребенка была единой для всех изучаемых «линий развития».

Уровень сформированности различных функций оценивался по четырех балльной шкале (от минимального — 0 балл до максимального — 3 балла):

- 0 балл** — отсутствие или выраженные нарушения развития функции (низкий уровень);
- 1 балла** — умеренно выраженные нарушения (средний уровень);
- 2 балла** — незначительные нарушения развития функции (недостаточный уровень);
- 3 балла** — нормальное развитие функции (высокий уровень).

Система психолого-педагогического обследования детей в возрасте 2 – 3 лет

	Результаты первичного обследования (в баллах)	Результаты повторного обследования (в баллах)
1.Общая моторика:		
Удержание головы		
Самостоятельное сидение		
Удержание вертикального положения стоя (у опоры / самостоятельно)		
Ходьба с поддержкой		
Самостоятельная ходьба		

2. Функциональные возможности кистей рук:		
Направление руки к предмету, кисть, сжатая в кулак		
Захват предмета, его удержание в руке		
Произвольное отпускание предмета		
Простейшие манипуляции с предметом		
Свободное манипулирование предметами		
Дифференцированные движения пальцев рук		
3. Навыки самообслуживания (при приеме пищи, в одевании и раздевании, навыки личной гигиены):		
Полное отсутствие навыков		
Частичное владение навыками		
Владение навыками с небольшой помощью взрослого		
Самостоятельное владение навыками		
4. Контакт (эмоциональный, жестово-мимический, речевой):		
В контакт не вступает		
Контакт формальный		
В контакт вступает не сразу, с большим трудом. Не проявляет в нем заинтересованности		
Контакт избирательный		
Легко и быстро устанавливает контакт		
5. Эмоциональная сфера:		
Пассивный, вялый, инертный		
Повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность		
Колебания настроения, эмоциональная лабильность		
Активный, бодрый, эмоциональный		
6. Средства общения:		
Общение слабо выражено и реализуется посредством движений тела в сочетании с выразительной улыбкой и криком		
Общение посредством движений тела, головы, улыбки, голоса		
Общение посредством дифференцированного голоса, мимики, выразительного взгляда, аморфных слов-корней, жестов		
Речевые средства (различные высказывания)		
7. Понимание обращенной речи:		
Не понимает обращенную речь		
Понимание обращенной речи ограниченное, ситуативное		
Понимание обращенной речи на бытовом уровне		
В полном объеме		
8. Углубленное исследование импрессивной речи:		
I уровень – выражено речевое внимание, прислушивается к голосу, адекватно реагирует на интонацию, узнает знакомые голоса. Этот уровень здоровый ребенок проходит от 3-х до 6 месяцев		
II уровень – понимает отдельные инструкции в знакомых словосочетаниях, подчиняется некоторым словесным командам («поцелуй маму», «где папа», «дай ручку», «нельзя» и т.д. Этот уровень здоровый ребенок проходит в возрасте 6 – 10 месяцев).		
III уровень – понимает названия отдельных предметов и игрушек: а) понимает только названия предметов и игрушек (10 – 12 мес.); б) узнает их на картинках (12–14 мес.); в) узнает их на сюжетной картинке (15–18 мес.)		
IV уровень – понимает названия действий в различных ситуациях («покажи, кто сидит», «кто спит» и т.д.); а) понимает двухступенчатую инструкцию (2 года). («Пойди в кухню, принеси чашку», «возьми платок, вытри нос» и т.д.); б) понимает значение предлогов в привычной, конкретной ситуации, начинает понимать вопросы косвенных падежей. («На чем ты сидишь?», «Во что играешь?» и т.д.) – 2 года 6 мес.; в) установление первых причинно-следственных связей (2 года 6 мес.)		
V уровень – понимает прочитанные короткие рассказы и сказки (2 г 6 м – 3 г): а) со зрительной опорой; б) без зрительной опоры.		
VI уровень – понимает значение сложно-подчиненных		

предложений, понимает значение предлогов в конкретной, привычной ситуации (к 4 годам).		
--	--	--

Если у ребенка отсутствует понимание речи и отсутствует собственная речь, важно оценить, как он понимает жесты и мимику и как он пытается их использовать в общении с окружающими. Это обследование проводится в порядке обучающего эксперимента.

9. Понимание жестов и мимики:		
Не понимает жесты		
Понимает конкретные жесты (напр.: показ подушки, чтобы показать, пора спать, или трогание стула с просьбой на него сесть).		
Понимает кивки, указания пальцем. Понимает простую мимику.		
Понимает более сложные жестовые и мимические движения (напр.: размешать сахар в чашке, причесать волосы и т.д.)		
10. Понимание выражения лица:		
Не смотрит в лицо		
Непонимание выражения лица		
Понимание преувеличенных выражений		
Понимание всех выражений (в т.ч. легкое нахмуривание или поднятие бровей)		
11. Понимание символических жестов:		
Не обращает внимание на жесты		
Не понимает, что кивок означает «да», а покачивание головы – «нет».		
Иногда понимает		
Всегда понимает		
12. Использование жестов и мимики:		
Не использует жесты		
Показывает нужды конкретной демонстрацией (берет пищу из тарелки) показывает желание троганием объекта		
Показывает объекты на расстоянии, показывает простые нужды (напр.: показывает, что хочет пить).		
Использует сложную мимику и жесты		
13. Использование выражения лица для общения с окружающими:		
Лицо всегда без выражения		
Есть некоторые выражения		
Ясная и частая смена выражения лица		
Выражение адекватное ситуации		
14. Использование символических жестов:		
Никогда не кивает, что бы выразить «да» и не качает головой, что бы выразить «нет»		
Иногда кивает и качает головой, чтобы выразить «да» и «нет»		
Использует эти жесты в общении и ясно знает их значение		
Использует известные жесты в общении		
15. Уровень развития деятельности:		
Интереса к игрушкам не проявляет, в игру со взрослыми не включаться		
Проявляет поверхностный, не очень стойкий интерес к игрушкам, предметам		
Игрушки использует адекватно, использует в соответствии с его назначением		
Предметные действия – использует в соответствии с их функциональным назначением: а) процессуальные действия (с 1,5 лет); б) Игра с элементами сюжета(с 2-х лет)		
16. Запас знаний об окружающих:		
Отсутствует или крайне низкий		
Строго ограничен		
Несколько снижен		
Соответствует возрасту		

17. Состояние зрения: Близорукость, дальзорукость, косоглазие, атрофия зрительного нерва, нистагм, N:		
Зрительное восприятие		
Прослеживание движущегося оптического объекта: фрагментарное/плавное, узнавание матери, различение близких и чужих людей		
Зрительное изучение удаленных предметов		
Узнавание, различение знакомых предметов, игрушек на однопредметных картинках, где изображение максимально приближено к оригиналу		
Дифференциация игрушек и однопредметных картинок (сличение предметов, игрушек с их изображением) – с 1,5 лет		
Рассматривание и узнавание предметов, игрушек на предметных и сюжетных картинках – 1,5 лет		
Соотнесение (сличение) предметов по цвету, форме, величине (с 1,5 лет)		
Различение (выделение по слову) предметов по цвету, форме, величине (с 2л.)		
Знание и называние цвета, формы, величины предмета (с 2-2,5 лет)		
18. Состояние слуха: снижение слуха, N		
Слуховое восприятие		
Локализация звука в пространстве		
Дифференциация тембровой окраски и интонации голоса		
Узнавание своего имени, различение строгой и ласковой интонации голоса взрослого		
Слуховое внимание к речи взрослого, понимание речи по возрасту		
19. Восприятие пространственных отношений:		
Не показывает частей тела и лица		
Ориентировка в сторонах собственного тела		
Дифференцирование пространственных понятий (выше – ниже, дальше – ближе)		
Конструктивный праксис, складывает разрезную картинку из 2-х фрагментов		
20. Уровень развития познавательной активности:		
Отсутствует или крайне низкая познавательная активность и мотивация к деятельности		
Снижение познавательной активности и мотивации к различным видам деятельности		
Недостаточность познавательной активности и мотивации к деятельности		
Ярко выраженная познавательная активность и мотивация		
21. Внимание		
Ребенок плохо сосредотачивается, с трудом удерживает внимание на объекте		
Внимание не устойчивое, поверхностное, быстро истощается		
Внимание достаточно устойчивое		
Длительность сосредоточения и переключения внимания по возрасту		
22. Характеристика экспрессивной речи:		
Полное отсутствие звуковых и словесных средств общения.		
Произносит отдельные звуки, звукокомплексы		
Произносит несколько лепетных и общеупотребительных слов и звукоподражаний		
Использует невербальные средства общения (выразительную мимику, жесты, интонацию)		
Пользуется простой фразой		
Аграмматичная, неразвернутая (упрощенная), структурно нарушенная фраза, активный словарь состоит из существительных, реже встречаются глаголы и прилагательные. Предлоги употребляются редко. Слоговая структура слов нарушена		
Пользуется развернутой фразой, формируется лексико-грамматический строй речи		

23. Словарный запас		
Лепетные слова		
Аморфные слова-корни		
Ограничены общеупотребительные слова		
Объем словаря по возрасту, достаточный		
24. Грамматический строй		
Однословное предложение (1 г. 3мес. – 1 г. 8 мес.)		
Предложение из слов корней (1 г. 8 мес. – 1 г. 10 мес.)		
Формирование первых форм слов (1 г. 10 мес. – 2 г. 1 мес.)		
Использование флексий (окончаний) для выражения связей слов (2 г. 1 мес. – 2 г. 6 мес.), усвоение служебных слов (2 г. 6 мес. – 3 года)		
25. Слоговая структура слов:		
Слова-корни		
Усечение слова		
Сохранен абрис слова (слоговой рисунок)		
Усвоены слова основных продуктивных классов		
26. Фонетический строй речи:		
Все звуки лишены дифференциальных признаков		
Усредненность гласных: недостаток произношения свистящих/шипящих/губно-губных/губно-зубных/среднеязычных/заднеязычных/твердых согласных		
Изолированно произносит все звуки, но при увеличении речевой нагрузки – общая смазанность речи		
Фонетический строй речи сформирован (физиологические нарушения) в соответствии с возрастом		
27. Фонематический слух		
Нет слухового внимания		
Различает высоту, силу, тембр голоса (на звукоподражаниях)		
Различает слова, близкие по звуковому составу (слова-паронимы)		
Различает и повторяет слоги: па-ба, та-да, ко-го, ма-на.		
28. Артикуляционный аппарат. Патологическая симптоматика:		
Лицевая мускулатура:		
-гипомимия, амимия;		
-тонус лицевой мускулатуры: спастичность, гипотония/ дистония, N;		
-сглаженность носогубных складок;		
-оральные синкинезии;		
-асимметрия лица;		
-гиперкинезы мимической мускулатуры;		
Губы:		
-тонус губной мускулатуры: спастичность/ гипотония/ дистония/ N;		
-гиперсаливация;		
Твердое небо: готическое/ низкое/ уплощенное;		
Мягкое небо: длинное/ короткое; подвижное/ малоподвижное; отклонение увуля		
Язык: толстый/ маленький/ узкий/ невыраженность кончика/ укорочение подъязычной связки;		
-тонус язычной мускулатуры: спастичность/ гипотония/ дистония/ N;		
-гиперкинезы языка;		
-тремор языка;		
-девиация (отклонение) языка в сторону		

Критерии оценки патологической симптоматики:

0 баллов – грубая патологическая симптоматика;

1 балл – выраженная;

2 балла – средняя;

3 балла – легкая.

29. Особенности моторики артикуляционного аппарата:		
Движение нижней челюсти: открывание/закрывание рта, умение держать рот закрытым		
Объем движений губной мускулатуры.		

Объем артикуляционных движений языка:		
-умение удержать артикуляционную позу;		
-способность к переключению;		
-произвольное высовывание языка;		
-подъем языка;		
-боковые отведения (вправо/влево);		
-пощелкивание;		
-облизывание губ.		
Глоточный и небный рефлекс: повышен/понижен/нормальный		
Наличие патологических рефлексов орального автоматизма (губной, хоботковый, поисковый, ладонно-рото-головной и др.		
Жевание: отсутствие жевания твердой пищи/ затруднение жевания/N		
Глотание: не нарушено, поперхивается, захлебывается при глотании		

Критерии оценки моторики артикуляционного аппарата:

0 баллов – грубо нарушены;

1 балл – неполный объем, затруднены;

2 балла – снижена амплитуда, нарушены качества: точность, переключаемость, сила, ритмичность;

3 балла – в полном объеме, точные.

30. Мелодико-интонационная сторона речи: просодия		
-темп речи (тахилалия, брадилалия, запинки, заикание);		
-паузы;		
-тембр;		
-мелодика повествовательная, вопросительная, восклицательная;		
-логическое ударение;		
-сила голоса;		
-высота голоса;		
-модуляция голоса;		
-полетность голоса;		
-ритм голоса (скандированный, растянутый);		
-координация носового и ротового дыхания;		
-фонационное дыхание;		
-дикция.		

Критерии оценки просодии:

0 баллов – отсутствие средств просодии;

1 балл – наличие элементов средств просодии;

2 балла – недостаточность средств просодии;

3 балла – в пределах возрастной нормы.

31. Разборчивость речи:		
Речь понимает только мать		
Речь невнятная, малопонятная для окружающих		
Разборчивость речи несколько снижена, речь нечеткая		
Разборчивость речи не нарушена		

В результате обследования по каждому параметру выставляется соответствующий балл, на основании которых строится график структуры дефекта.

Исследование *обучаемости и использования фиксированных видов помощи* (во время обследования) проводится начиная с 2 лет.

Баллы	Обучаемость и использование фиксированных видов помощи
0	Обучаемость отсутствует. Ребенок не использует помощь взрослого. Нет переноса показанного способа действия на аналогичные задания.
1	Обучаемость низкая. Использует помощь взрослого. Перенос знаний затруднен — при предъявлении аналогичного задания чаще всего с ним не справляется
2	Обучаемость недостаточная. Способен выполнить задание с небольшой помощью взрослого, но при предъявлении аналогичного задания самостоятельно с ним справляется не всегда
3	Обучаемость высокая. Ребенок выполняет задание самостоятельно или при небольшой помощи взрослого, переходит к более сложному способу выполнения задания

Рекомендации к изучению детей с сенсорными нарушениями.

Диагностическое изучение детей первых лет жизни с сенсорными нарушениями представляет существенные сложности как для специалистов ПМПК, так и для специалистов службы ранней помощи. Рекомендации к их обследованию недостаточно представлены в литературе; специфика обследования редко затрагивается при подготовке и повышении квалификации специалистов. Поэтому мы сочли необходимым представить рекомендации к изучению детей с нарушениями зрения и слуха достаточно подробно.

Признаки нарушения слухового и речевого развития у детей первых трех лет жизни

Возраст	Диагностические признаки нарушения, выявляемые при осмотре ребенка	Рекомендации
1	2	3
1 месяц	Слух: отсутствие реакции при регистрации вызванной отоакустической эмиссии, или на звук баночки с горохом. Речь: нарушения глотания и сосания	Обследование в сурдологическом кабинете/ центре, ПМПК с использованием объективных методов исследования слуха. Наблюдение у невролога.
3 месяца	Слух: отсутствие реакции при регистрации вызванной отоакустической эмиссии, или на звук баночки с горохом Речь: отсутствие гуления, немодулированное гуление, нарушения глотания и сосания (опрос родителей)	Обследование в сурдологическом кабинете/центре, ПМПК с использованием объективных методов исследования слуха. Консультация в ПМПК, наблюдение у невролога по поводу задержки речевого развития.
6 месяцев	Слух: отсутствие реакции при регистрации вызванной отоакустической эмиссии, или на звук баночки с манкой. Речь: отсутствие лепета и реакции на имя, немодулированный по громкости и тону лепет, нарушения глотания, трудности при переходе на твердую пищу. Опрос родителей, при возможности – проверить при обследовании.	То же
9 месяцев	Слух: отсутствие реакции при регистрации вызванной отоакустической эмиссии, или на звук баночки с манкой. Речь: отсутствие понимания простых фраз ("Где мама? Где папа?"), проблемы с жеванием, глотанием. Опрос родителей, при возможности – проверить при обследовании.	То же
1 год	Слух: отсутствие реакции при регистрации вызванной отоакустической эмиссии, или на звук баночки с манкой. Речь: не произносит 2-5 простых слов (дай, на, мама, ба, пи, ав-ав, дя...), не выполняет простые инструкции ("Дай ложку", "Помашки ручкой"). Опрос родителей, при возможности – проверить при обследовании.	То же
1,5 года	Слух: отсутствие реакции на звук баночки с манкой. Речь: не произносит 10-30 слов (нет	То же

	увеличения словаря), не использует двухсловные фразы и не выполняет простые инструкции ("Принеси книжку", "Закрой дверь"). Опрос родителей, при возможности – проверить при обследовании.	
2 года	Слух: отсутствие реакции на звук баночки с манкой или на свое имя, произнесенное шепотом на расстоянии 3 метров (ребенок стоит спиной). Речь: произносит менее 50 слов (нет увеличения словаря), не использует трехсловные фразы, не выполняет двухступенчатые инструкции ("Открой шкаф и возьми куклу"). Опрос родителей, при возможности – проверить при обследовании.	То же
2,5 года	Слух: отсутствие реакции на звук баночки с манкой или на свое имя, произнесенное шепотом на расстоянии 3 метров (ребенок стоит спиной). Речь: не произносит фразы из 3 слов и более, не может выполнить трехступенчатые инструкции ("Иди сюда, возьми ручку и дай мне"), запинаясь и повторяет слоги и слова. Опрос родителей, при возможности – проверить при обследовании.	То же
3 года	Слух: отсутствие реакции на звук баночки с манкой или на свое имя, произнесенное шепотом на расстоянии 3 метров (ребенок стоит спиной). Речь: не произносит фразы из трех слов и более, запинаясь и повторяет слоги и слова, имеет выраженные трудности при артикуляции, неправильно использует окончания в предложениях. Опрос родителей, при возможности – проверить при обследовании.	То же

Педагогическое обследование слуховой функции младенца проводится одновременно с диагностическими медицинскими мероприятиями. Данные аудиологического и педагогического обследования сопоставляются между собой, и только при их согласовании можно быть уверенным, что состояние слуха ребенка определено верно. Это способствует дифференциальной диагностике и выбору наиболее оптимального направления коррекционной работы с ребенком, имеющим нарушение слуха. Благодаря этому дети даже со значительным снижением слуха уже к 3 годам пользуются речью, хотя и в разной степени.

Задачи педагогического обследования слуха детей первого года жизни:

1. Данные педагогического обследования позволяют оценить, насколько поведенческие реакции на звуковые стимулы, доступные слуховому восприятию ребенка, соответствуют возрасту.
2. Выявляются и другие индивидуальные особенности реакций на звук.
3. Полученные результаты позволяют уточнить структуру нарушения развития ребенка и выстроить индивидуальную программу коррекции нарушенной слуховой функции (включая уточнение режима работы индивидуальных слуховых аппаратов, предложенного врачом-сурдологом).

Методика разработана в Институте коррекционной педагогики РАО для педагогической оценки состояния слуха детей младенческого возраста (Т. В. Пелымская, Н. Д. Шматко). Состояние слуха детей первого года жизни оценивается на основе безусловных ориентировочных (поведенческих) реакций на комплекс звуковых стимулов.

В качестве звуковых стимулов используются:

- *Неречевые звуки* - звучащие игрушки (погремушка, шарманка, дудка, гармошка, свисток, кожаный барабан), тоны аудиометра, голос и шепот. Интенсивность звучания игрушек составляет 75-100 дБ. По интенсивности звучания игрушки мало отличаются, хотя субъективно звук, например шарманки, кажется заметно более тихим, чем барабана. Это следствие того, что в звучании каждой из игрушек преобладает определенная частота. В данном наборе звучаний наиболее выражены частоты 500-5000 Гц (барабан - 500 Гц, гармошка - 2000 Гц, свисток - 2500 Гц, дудка - 3000 Гц, шарманка - 4000 Гц, погремушка - 5000 Гц). Чем ниже частота звука, тем субъективно громче он воспринимается. Таким образом, с помощью звучащих игрушек можно с определенной степенью достоверности определить частотный диапазон воспринимаемых звучаний. Определенную роль играет и расстояние, с которого подается звуковой сигнал.
- *Речевые сигналы* - звукосочетания типа папапа, пупупу, сисиси и имя ребенка.
- Для исследования *тонального слуха* используется *клинический аудиометр*, при этом детям до 1,5 лет предъявляется модулированный тональный сигнал в свободном звуковом поле (через акустические колонки) со зрительным подкреплением в виде светящейся картинке со стороны подаваемого звука.

Педагогическое обследование слуха детей первого года жизни, как уже отмечалось, **основывается на регистрации безусловных ориентировочных реакций на звук.** Они проявляются в замирании (двигательном торможении) или, наоборот, активизации движений, повороте головы или глаз в сторону звука, в плаче, расширении глаз, прекращении или активизации сосания и т.п.

Следует иметь в виду, что безусловные реакции характеризуются быстрым угасанием при повторных предъявлениях. В связи с этим звуковые стимулы предъявляются, начиная с наиболее высокочастотных и с максимального расстояния. По этой причине помещение, где обследуется ребенок, должно быть большим, чтобы иметь возможность подавать сигналы с расстояния 5-6 м. справа и слева от ребенка. Исследование проводят два человека: один подает звуковые сигналы, другой наблюдает за реакциями малыша [4], [7].

Процедура обследования слуха.

Ребенок, еще не умеющий сидеть, лежит на пеленальном столе в распеленатом виде. Над ним склоняется наблюдатель и, ласково "беседует" с ним, пытается вызвать комплекс оживления: улыбку малыша, активизацию движения рук и ног, спокойные голосовые реакции. Он обращает внимание младенца на какую-нибудь яркую игрушку, перемещая ее вправо и влево на расстоянии 30-40 см. над глазами ребенка. Помощник в это время с расстояния 3-4 м. справа или слева подает сигнал шарманки. Наблюдатель фиксирует наличие и характер реакции. Если реакция отсутствует, то помощник подходит ближе на 0,5 м. и вновь подает сигнал. При отсутствии реакции расстояние вновь уменьшается, пока не достигает 5-10 см. от уха ребенка.

Получив первую реакцию на звук с того или иного расстояния, помощник отходит на 0,5 м. дальше и вновь предъявляет звучание. Это необходимо для того, чтобы определить то максимальное расстояние, с которого ребенок воспринимает звук. Затем исследуются реакции на данный звук с другой стороны. В протоколе отмечается наличие или отсутствие реакции, расстояние, на котором она обнаружена, а также способность ребенка определить направление звука. Затем таким же образом предъявляются сигналы погремушки, дудки, гармошки, свистка и, наконец, барабана.

После этого исследуются реакции на голос разговорной громкости, а при их отсутствии - на голос повышенной громкости. Если у ребенка отмечается реакция на голос разговорной громкости на расстоянии более 1 м., то сигнал предъявляется и шепотом.

Протокол обследования

Источник звука	Дата	Расстояние (метры, см)	Дата	Расстояние (метры, см)	Дата	Расстояние (метры, см)
Шарманка						
Погремушка						
Дудка						
Гармошка						
Барабан						
Шепот						
Голос разговорной громкости						

* Голос разговорной громкости 50 см 30 см У/Р.1

Ребенок более старшего возраста сидит за столиком на руках у матери. Наблюдатель в этом случае садится напротив и привлекает внимание ребенка к игрушкам (пирамидкам, стаканам-вкладышам, бирюлькам). При этом важно, чтобы его внимание не было полностью занято игрушками. Это можно проверить, дунув слегка малышу в затылок. Если он не оборачивается, то надо сменить игрушки или вовсе от них отказаться. Первоначальный сигнал подается помощником со спины с расстояния 5–6 м. Те сигналы, которые ребенок услышал на расстоянии более 1 м., предъявляются ему затем справа и слева. Нужно ответить на вопрос, может ли ребенок определить источник звука, с какого расстояния, т. е. локализовать звучание. В остальном методика проведения обследования этих детей аналогична, описанной выше.

При исследовании реакций на тоны аудиометра ребенок сидит на коленях у матери между акустическими колонками. Первоначальный сигнал подается на частоте 500 Гц интенсивностью 30 дБ. При отсутствии реакции интенсивность увеличивается шагом в 5 дБ до появления реакции. Затем исследуются реакции и на других частотах: 1000, 2000, 4000, 6000 Гц.

В результате такого обследования получают сведения о характере реакций ребенка на речевые звуки, голос и тональный сигнал.

Узнают:

- звучание каких игрушек и с какого расстояния слышит ребенок, может ли он определить, откуда идет звук (локализовать звучание), с какого расстояния от источников сигнала он может это сделать;
- реагирует ли ребенок на шепот, на голос разговорной или повышенной громкости, с какого расстояния и может ли локализовать этот стимул;
- на тональный сигнал какой частоты и какой интенсивности ребенок реагирует, может ли его локализовать.

По совокупности полученных данных можно выделить четыре уровня состояния слуха: **слух в пределах возрастной нормы, тугоухость, значительная тугоухость, глухота.**

Обследование слуха с помощью речи (2,6-3 года).

Слух детей, уже владеющих в той или иной степени речью, следует проверять при предъявлении им хорошо знакомых слов шепотом с расстояния 6 метров.

Наибольшие трудности возникают при обследовании ребенка *второго-третьего* годов жизни. Если ребенок уже говорит, то, наладив с ним контакт, проверить слух можно в ходе выполнения им простых игровых упражнений. Необходимо выяснить у мамы, какие слова и фразы понимает ребенок, как сам называет предметы, действия. Можно поместить перед ребенком игрушки: куклу, зайку, мишку, собачку и *шепотом* произносить фразы типа: «Покажи мишку. Где собачка? Покажи у куклы ручки (рот, глазки). Покажи у собачки

хвостик». Сначала фразы произносятся около ребенка, а затем с расстояния 6 метров (или 3 метра, если ребенок стоит спиной). Если при произнесении шепотом заданий (или назывании игрушек, предметов) ребенок их не выполняет, то поручения (слова) произносятся голосом разговорной громкости на небольшом расстоянии от него. В случае успеха аналогичная фраза произносится шепотом опять с расстояния 6 метров.

Если уровень речевого развития ребенка не позволяет обследовать его слух словами и простыми фразами, следует выработать условную двигательную реакцию на звучание слогов типа *папапа, пупу, сисиси*. Ребенка учат в момент произнесения слогов бросать пуговицу (горошину) в бутылку, ставить кубик на кубик. Проверяется слышит ли ребенок слоги, произносимые шепотом с 6 метров.

В том случае, если в связи с низким уровнем общего и/или речевого развития обследовать слух ребенка речью не удастся, его следует направить в сурдоцентр для исследования слуховой функции объективными методами.

Если ребенок (при обследовании и правого, и левого уха) адекватно реагирует на звучание низко - и высокочастотных слов, произносимых шепотом с расстояния не менее 6 м, это является показателем того, что у него слух в пределах физиологической нормы.

Если ребенок реагирует на шепот на меньшем расстоянии или не реагирует на него, можно заподозрить наличие у него снижения слуха. Такой ребенок должен быть направлен на обследование в сурдологопедический кабинет (центр).

Изучение детей с нарушениями зрения.

Основные показатели развития зрительной функции

Возраст	Показатели развития зрительной функции
10 дней	Удерживает в поле зрения движущийся предмет — ступенчатое следование.
18-20 дней	Удерживает в поле зрения лицо взрослого или неподвижный предмет.
1 месяц	Плавно прослеживает за движущимся предметом или отклоняющимся лицом взрослого.
2 месяца	Длительно смотрит на лицо взрослого или привлекающий внимание предмет; Длительно следит за движущимся взрослым или игрушкой.
3 месяца	Длительно смотрит, находясь в вертикальном положении на руках взрослого, на лицо говорящего с ним человека или показываемую игрушку.
4 месяца	Узнает мать, радуется.
5 месяцев	Отличает близких людей от чужих по внешнему виду. По-разному реагирует на лицо знакомого и незнакомого взрослого.
12 месяцев	Различает предметы по форме — отличает кубик от кирпичика; Узнает на фотографии знакомого взрослого.

Примечание: показатели развития зрительных ориентировочных реакций даются по диагностике нервно-психического развития детей первого года жизни, автор Фрухт Э.Л.

Клиническое обследование зрения.

Первый осмотр новорожденного офтальмологом может быть проведен еще в родильном доме. Это в первую очередь касается недоношенных детей, родившихся с весом менее 2 кг, со сроком гестации (беременности) менее 34 недель. Для этих детей велик риск развития **ретинопатии недоношенных**. Под этим термином подразумевают аномальный рост сосудов сетчатки, который впоследствии может привести к полной отслойке сетчатки и, соответственно, к слепоте. Риск развития заболевания повышается, если ребенку длительное время (около 1 месяца) проводилась кислородотерапия либо он находился на искусственной вентиляции легких. Чем раньше эта патология будет выявлена, тем лучше прогноз для зрения ребенка.

При наличии показаний первое обследование офтальмолога ребенок проходит в **1 месяц**. Это дети с врожденными пороками, перенесенными родовыми травмами, перенесенной асфиксией, недоношенные дети, а также дети с упорным слезотечением или слизисто-гнойным отделяемым. **Обследование включает в себя:**

- наружный осмотр,
- определение фиксации взглядом предметов,
- определение реакции на свет,
- офтальмоскопия.

Острота зрения при рождении около 0,1, но в таком возрасте обычно офтальмологи ее не проверяют. У здорового новорожденного глазные щели узкие, одинаковой формы. Роговица прозрачная, склера голубоватого цвета. При наружном осмотре можно выявить периодическое косоглазие, что характерно для детей этого возраста из-за несовершенства нервной системы. При наличии гнойного отделяемого или слезотечения можно судить о нарушении проходимости слезных путей.

Для **определения фиксации взгляда** ребенку показывают яркую игрушку, при этом он задерживает на ней взгляд в течение нескольких секунд. При **внезапном освещении** у здорового ребенка присутствует реакция зрачка на свет (сужение), при этом, как правило, ребенок начинает смыкать веки, увеличивается его общая двигательная активность.

Методом **офтальмоскопии** пользуются для осмотра глазного дна, оценивается прозрачность сред глаза для исключения врожденной катаракты. Для этого используется прибор – **офтальмоскоп**. При этом можно увидеть структуры, расположенные на глазном дне. Для более детального осмотра глазного дна необходимо расширить зрачок, что достигается закапыванием в глаз таких препаратов (на выбор), как атропин или тропикамид. Картина глазного дна новорожденного несколько отличается от картины взрослого. На фоне

бледно-розовой сетчатки расположен сероватый диск зрительного нерва со слегка ступеванными контурами с четкой прямолинейной сетью сосудов.

Проверка зрения в 3 месяца.

По плану **первый осмотр офтальмолога** ребенок проходит в 3 месяца. Проводятся:

- наружный осмотр глаза,
- определение фиксации взгляда и слежения за предметом,
- скиаскопия,
- офтальмоскопия.

При **наружном осмотре** в норме еще может определяться небольшое периодическое косоглазие, но в большинстве случаев косоглазие к этому времени полностью исчезает. Ребенок уже должен достаточно хорошо фиксировать взгляд, следить за предметами. Также при этом проверяется подвижность глазных яблок. Подвижность глазных яблок вверх, вниз, вправо и влево должна быть полной и одинаковой на обоих глазах.

Скиаскопия (тенева проба) - суть ее заключается в наблюдении за характером движения тени в области зрачка, создаваемой зеркалом офтальмоскопа, при его покачивании. Для определения степени аметропии к глазу подставляются поочередно определенные линзы и скиаскопия проводится через них. Врач отмечает линзу, при которой тень перестает двигаться и, сделав некоторые расчеты устанавливает степень аметропии и выставляет точный диагноз. Для более точного определения диагноза и его степени перед проведением скиаскопии необходимо в течение 5 дней закапывать в глаза атропин. Посредством скиаскопии в этом возрасте уже можно определить остроту зрения. Для детей в норме характерно наличие гиперметропии. Нормой гиперметропии для этого возраста, считается рефракция +3,0Д - +3,5 Д. Это обусловлено коротким передне-задним размером глаза, который с возрастом увеличивается, и гиперметропия исчезает. Картина глазного дна еще может соответствовать картине месячного ребенка.

Проверка зрения в 6 месяцев.

Следующий осмотр назначается на 6 месяцев. Проводятся наружный осмотр, определение подвижности глазных яблок, скиаскопия, офтальмоскопия. Косоглазие в этом возрасте в норме отсутствует. Подвижность глазных яблок полная. Результаты скиаскопии сравнивают с предыдущими результатами. Степень гиперметропии может несколько уменьшиться или еще остаться на прежнем уровне. Картина глазного дна становится как у взрослого. Сетчатка розового цвета, диск зрительного нерва приобретает бледно-розовую окраску и четкие контуры, соотношение колибра артерий и вен равно 2:3.

Проверка зрения в 1 год.

Проводится:

- определение остроты зрения;
- скиаскопия или авторефрактометрия (с помощью последнего метода можно достаточно точно определить степень близорукости, дальнозоркости или астигматизма);
- офтальмоскопия.

Об остроте зрения в первые годы можно судить по расстоянию, с которого ребенок узнает игрушки. В 1 год она равна 0,3–0,6. Результаты скиаскопии (или авторефрактометрии) снова сравнивают с предыдущими результатами. В норме степень гиперметропии должна уменьшиться до +2,5 Д-+3,0Д. Картина нормального глазного дна: сетчатка розового цвета, диск зрительного нерва бледно-розовой окраски с четкими контурами, соотношение колибра артерий и вен равно 2:3.

Проверки зрения повторяют в возрасте 2 лет, перед оформлением ребенка в детский сад, это, как правило, *в 3 года, в 4 года, в 6 лет*, перед оформлением в школу и каждый год во время учебы в школе.

Острота зрения у ребенка.

С 3-летнего возраста остроту зрения проверяют при помощи таблицы. **Норма остроты зрения в 2 года – 0,4-0,7; в 3 года – 0,6-0,9; в 4 года – 0,7-1,0; 5 лет - 0,8-1,0, в 6**

лет и старше – 0,9-1,0. До 3 лет происходит интенсивный рост глаза, гиперметропия к этому возрасту значительно снижается. Но глазное яблоко продолжает расти еще до 14-15 лет. Так, *в 2 года* гиперметропия может составлять +2,0Д-+2,5Д, *в 3 года* – +1,5Д - +2,0Д, *в 4 года* - +1,0Д - +1,5Д, *к 6-7 годам* – до +0,5Д. *К 9-10 годам* гиперметропия должна полностью исчезнуть.

Как видно, с возрастом происходит снижение гиперметропии, что связано с ростом глаза. Эти показатели гиперметропии, соответствующие определенному возрасту еще называются *запасом дальности зрения*. У новорожденных он равен примерно 3 диоптриям, которые расходуются во время роста глаза. Степень дальности зрения должна строго соответствовать выше приведенным цифрам в определенной возрастной категории. Так, например, если у годовалого ребенка будет определена рефракция +1,5Д, вместо положенных +2,5Д-+3,0Д (это низкий запас дальности зрения), то очень велик риск развития близорукости. А раннее развитие близорукости может привести к быстрой утрате зрения. Напротив, при рефракции +5,0Д у годовалого ребенка – это высокий запас близорукости, который не сможет полностью израсходоваться при росте глаза – возможно развитие патологической дальности зрения. При этом могут возникнуть *косоглазие и амблиопия*. Но, если у ребенка *в 1 год* был большой запас дальности зрения, а *в 3 года* низкий, то это говорит об ускоренном росте глаза. Как следствие, развивается близорукость, которая со временем прогрессирует, так как глаз ребенка все еще продолжает расти. В этом случае рекомендуется усиленное внимание к зрению - витамины и профилактическая гимнастика для глаз.

При ускоренном росте глазного яблока сетчатка не успевает расти за внешней оболочкой, нарушается ее трофика (кровоснабжение), сосуды растягиваются и становятся ломкими – все это приводит к дистрофическим изменениям стекловидного тела, сетчатки, кровоизлияниям, а впоследствии - к отслойке стекловидного тела и сетчатки; и, соответственно, к слепоте.

При обнаружении патологии рефракции, необходимо регулярное (каждые 6 месяцев) диспансерное наблюдение, целью которого являются контроль лечения и своевременное выявление осложнений.

Осмотр детей с 3 лет

В некоторых случаях диагноз можно выставить уже при наружном осмотре. Например, косоглазие, травмы, инфекционно-воспалительные заболевания. Врач осматривает веки, конъюнктиву, само глазное яблоко. При осмотре глазного яблока обращают внимание на величину, форму, положение и подвижность.

Остроту зрения определяют с помощью таблицы Сивцева. Пациент садится в 5 метрах от нее, попеременно закрывая то правый, то левый глаз, читает предложенные ему буквы. Для детей младшего возраста на таких таблицах изображены различные картинки. С помощью этих таблиц можно определять остроту зрения у детей примерно с 3 лет. Проверяют зрение без коррекции, и если требуется, с коррекцией специальными стеклами. Если зрение улучшается с минусовыми стеклами – можно предположить миопию или спазм accommodation, если с плюсовыми – гиперметропию, а, если зрение этими стеклами не исправляется – можно заподозрить астигматизм. Точный диагноз миопии, гиперметропии или астигматизма можно поставить лишь после проведения скиаскопии или авторефрактометрии.

При осмотре с помощью щелевой лампы (**биомикроскопия**) можно детально рассмотреть структуры глаза, такие как конъюнктивы, роговица, передняя камера глаза (пространство между роговицей и радужкой), склера, радужка и хрусталик, можно оценить прозрачность глазных сред. При этом методе диагностики можно выявить воспалительные процессы, как в остром, так и в хроническом периоде (появление расширенных сосудов склеры, конъюнктивы, помутнения роговицы, помутнения влаги передней камеры, изменения цвета и рисунка радужки), можно определить наличие образований (ячмень, халязион, кисты различного происхождения, онкологические образования, рубцы), наличие травм, помутнения хрусталика (катаракта).

Офтальмоскопию используют для осмотра глазного дна. На фоне розовой сетчатки первое, что бросается в глаза – это диск зрительного нерва (ДЗН). В норме он бледно-розового цвета, округлой или овальной формы, с четкими контурами с небольшим углублением в центре. При глаукоме это углубление может достигать и всей площади диска. При атрофии зрительного нерва ДЗН бледный с четкими контурами, при воспалении – контуры нечеткие, сам диск гиперемирован (покрасневший), отечен. При начальной стадии близорукости у ДЗН можно увидеть так называемый миопический конус, который образуется при ускоренном удлинении глаза. При прогрессировании миопии этот конус может превратиться в большой атрофический очаг, резко ухудшающий зрение. Вообще, любые патологические процессы на зрительном нерве приводят к резкому ухудшению зрения. Из центра диска на сетчатку выходят сосуды (артерии и вены). Соотношение диаметра артерий и вен равен 2:3. По изменению структуры сосудов, их калибра можно предположить патологию в головном мозге, можно судить о течении сахарного диабета, артериальной гипертензии и других заболеваний. Кроме того врач осмотрит область желтого пятна и центральной ямки, отвечающих за центральное зрение. В этой области сетчатки могут появляться обширные дистрофические очаги, например при токсоплазмозе, что в значительной степени ухудшает зрение. Также при помощи офтальмоскопии можно определить наличие примесей в стекловидном теле (например, примесь крови при травме).

При заболеваниях зрительного нерва и головного мозга определяют **поля зрения**. Поле зрения это та часть пространства, которое глаз видит в неподвижном состоянии. Для этого используется прибор – периметр. И по полученным результатам врач определяет степень поражения той или иной структуры нервной системы. Поле зрения определяется попеременно для каждого глаза с применением объектов разных цветов. У детей школьного возраста и старше в норме границы поля зрения следующие: кнаружи - 90°, кнутри - 55°, кверху - 55°, книзу - 60°. Допускаются индивидуальные колебания около 5-10°. У детей дошкольного возраста периферические границы поля зрения ~ на 10° уже, чем у взрослых людей. Самые широкие поля зрения характерны при обследовании на белый объект. На синий, красный и зеленый цвета образуются более узкие поля зрения.

Электрофизиологическое исследование органа зрения.

В офтальмологии применяются электрофизиологические методы исследования (ЭФИ), такие как электроретинография (ЭРГ), электроокулография (ЭО), проводится регистрация вызванных потенциалов зрительной коры (ВПЗК) и ряд других исследований. Все методы ЭФИ можно подразделить на два класса: объективные и субъективные. В первом случае регистрируются электрические потенциалы, возникающие при перемещении ионных потоков в различных отделах органа зрения, а во втором - электрический ток служит неспецифическим раздражителем, вызывающим те или иные зрительные ощущения у пациента.

Электроретинография (ЭРГ) – метод регистрации биоэлектрической активности сетчатки. Назначают для диагностики состояния сетчатки или для дифференциальной диагностики заболеваний сетчатки и зрительного нерва. Этот тест очень важен для начальной диагностики наследственных, сосудистых, воспалительных заболеваний сетчатки и зрительного нерва, для оценки качества лечения, для оценки состояния сетчатки в динамике, для оценки состояния сетчатки при помутнении оптических сред глаза. Электроретинографию назначают обязательно при внезапной потере зрения, для исследования состояния сетчатки при интоксикации и при обменных нарушениях.

Электроокулограмма - электрофизиологический метод регистрации постоянного потенциала глаза (изменений ПП глаза в различных условиях световой и темновой адаптации). ЭОГ определяет медленные изменения потенциала покоя сетчатки. Проведение исследования по стандартной методике предполагает наличие подготовленного помещения, а также электронного и светотехнического оборудования. Electroды прикрепляются к коже у медиального и латерального края орбиты. ЭОГ имеет большое значение в исследовании функции и выявлении первичных дефектов пигментного эпителия при дифференциальной

диагностике заболеваний сетчатки и зрительного нерва различной локализации и генеза. Любое заболевание, которое вмешивается во взаимодействие между ПЭС и фоторецепторами, вызывает патологический или отсутствие светового подъема в ЭОГ. Поэтому ЭОГ изменяется при пигментном ретините, хориодеремии, дефиците витамина А, токсических ретинопатиях и отслойке сетчатки. В целом она служит дополнительным тестом к электроретинографии и, при некоторых заболеваниях, является более чувствительным методом, чем ЭРЦ, например, при дистрофии Беста).

Электрофизиологические исследования (ЭФИ) глаза позволяют объективно оценить степень сохранности органа зрения у детей. Определить уровень поражения зрительного анализатора (сетчатка - зрительный нерв - кора), что является особенно важным при обследовании детей раннего возраста (до 3-х лет), когда нельзя проверить остроту зрения, а также у детей с задержкой психического развития. Данный метод исследования глаза позволяет вовремя назначить и отменить лечение, дать прогноз для восстановления зрения у детей при таких заболеваниях, как амблиопия, частичная атрофия зрительных нервов, катаракта, неврит. Некоторые заболевания можно выявить только благодаря ЭФИ - врожденная гемералопия (куриная слепота), дистрофия сетчатки, частичная атрофия зрительного нерва.

Показания к ЭФИ обследованию:

1. Патологические роды (гипоксия плода, гипотрофия плода, недоношенность), косоглазие монолатеральное, врожденные аномалии развития: радужки хрусталика, сетчатки, зрительного нерва - метод позволяет объективно оценить зрительные функции у детей до трех лет, когда невозможно проверить остроту зрения.
2. Вся врожденная близорукость вне зависимости от возраста – метод применяется для определения уровня поражения зрительного анализатора и выработки правильной тактики лечения для повышения зрительных функций.
3. Амблиопия различной степени для решения вопроса о целесообразности лечения и дифф. диагностики с другими заболеваниями.
4. Приобретенная близорукость любой степени с распылением пигмента на сетчатке и/или жалобами на нарушение сумеречного зрения.
5. При непрозрачных оптических средах, когда внутренние структуры не доступны для офтальмоскопии.
6. Дистрофии сетчатки или подозрение данной патологии, для динамического наблюдения + обследование родителей для определения носителей и типа наследования.
7. Атрофии зрительного нерва и подозрение на оные.
8. При подозрении или наличие демиелинизирующих заболеваний нервной системы.

Зрительные вызванные корковые потенциалы (ЗВКП) отражают состояние зрительной коры и зрительного нерва. Метод используют обязательно для точной диагностики состояния зрительного нерва при его отеке, воспалении, атрофии, компрессии. Его используют также для уточнения состояния зрительных центров. Зрительные вызванные корковые потенциалы (ЗВКП) представляют суммарный ответ больших популяций нейронов коры головного мозга на проходящий к ним синхронный поток импульсов, возникающий под воздействием афферентного раздражителя. ЗВКП могут быть зарегистрированы при интенсивном воздействии световыми вспышками и стимуляции паттернами. Это единственная объективная методика, способная оценить функциональное состояние зрительной системы выше ретинальных ганглиозных клеток. Включение этого метода в комплекс обследования увеличивает возможности выявления и уточнения уровня и степени поражения ретинокортикального пути при различных заболеваниях органа зрения. С ее помощью можно определить данные изменения у детей, людей с деменцией и больных с афазией; отличить пациента с психологической слепотой от больного, который имеет органическую основу для низкого зрения.

ЭФИ состоит из нескольких диагностических методов, которые назначает либо лечащий врач невролог, либо врач офтальмолог, выполняющий диагностическое офтальмологическое обследование, позволяющие оценить функцию зрительного анализатора как его центральных отделов—зрительная кора, так и периферических отделов – сетчатка и зрительный нерв.

Психолого-педагогическое изучение детей раннего возраста с нарушениями зрения.

Психодиагностическое изучение детей с признаками нарушений начинают после **1,5–2 месяцев**.

Определение развития сенсорных реакций: изучают характер прослеживаний и фиксаций.

1. Перед глазами ребенка на расстоянии 30 см перемещают яркую игрушку размером 7-10 см в горизонтальном, вертикальном, круговом направлениях. У детей **от 2–4,5 мес.** особое внимание обращается на прекращение прослеживаний при остановке игрушек в поле зрения ребенка.
2. Для исследования возможности невидимой траектории в определенных частях пространства пользуются специальными экспериментальными приемами. В первом случае движущаяся игрушка, на которой зафиксирован взгляд ребенка, скрывается за экраном, находящаяся на расстоянии 50 см от его глаза; затем, сохраняя траекторию движения, через некоторое время появляется из-за другой стороны экрана.

Задача считается выполненной, если после исчезновения объекта из поля зрения ребенка продолжает прослеживать траекторию его движения, и в момент появления объекта из-за экрана взгляд ребенка направлен на него.

3. При изучении реакции предвосхищения перед ребенком на уровне его глаз на расстоянии 50 см помещается белый экран размером 35x35 см с двумя окошечками 7x7 см, расположенными на расстоянии 10 см друг от друга. В окошечках поочередно с интервалом в 4–6 с появляется звучащая игрушка размером 7 см. Реакция считается выполненной, если при нескольких пробах хотя бы один раз наблюдается перемещение взгляда ребенка от окошка, где игрушка уже была, к окошку, где она должна появиться, и фиксация взгляда на последнем.

Обследование остроты зрения с помощью таблиц.

В 2-3 возрасте точно определить остроту зрения у ребенка достаточно просто: большинство детей свободно отвечают по специальной таблице для проверки зрения. Современные таблицы для проверки остроты зрения у детей младшего возраста содержат изображение знакомых ему предметов.

Перед исследованием остроты зрения по таблице необходимо уточнить знает ли ребенок изображения на картинках, для этого предлагаются картинки на близком расстоянии при обоих открытых глазах, ребенок показывает и называет.

Затем исследуют зрение каждого глаза с дальнего расстояния (5 м) и остроту зрения при обоих открытых глазах.

Подбирая игрушки, следует помнить, что центральная ямка более всего чувствительна к темно-зеленой и оранжевой части спектра и мало чувствительна к синей. С усилением освещенности все цвета, кроме синего, сине - зеленого, желтого и пурпурно-малинового, воспринимаются как желто-белые цвета. В связи с этим, детские гирлянды должны иметь в центре желтые, оранжевые, красные и зеленые шары, а шары с примесью синего, синие, белые, темные необходимо размещать по краям. Исследование цветового зрения у детей можно проводить с помощью мозаики, ниток мулине, попросив разобрать их по цветам.

Диагностика восприятия ребенка 1 – 3 лет.

При исследовании фиксируется понимание инструкции, быстрота, точность выполнения, адекватность действия, заинтересованность, принятие помощи, установка на результат, обучаемость, реакция на успех.

Цветовое восприятие:

(4 цвета: красный, синий, желтый, зеленый)

Нормативы:

- сличение от 1,5 – 2 лет;
- выбор по названию — в 2 – 3 года;
- самостоятельность названия — в 2,5 – 3 года.

Стимульный материал: цветные наборы дидактических игр «Бабочки и крылья», «Рыбки и хвостики», «Цветочек и лепесточек», «Носки и варежки», «Листочки» и др.

Пример инструкций:

1. «Положи к каждому цветочку подходящий по цвету лепесточек»;
2. «Покажи, где красный (синий, желтый, зеленый) лепесточек»;
3. «Назови, какого цвета этот цветочек». Аналогично предъявляются другие задания.

Форма:

Нормативы:

- сличение - от 1,5 – 2 лет;
- выбор по названию - в 2 года;
- самостоятельность названия - в 3 года.

Стимульный материал: круг (шарик), квадрат (кубик), прямоугольник (кирпичик), треугольник (крыша) по два набора четырех основных цветов. Пример инструкции:

1. «Дай такую же» (форма и цвет совпадают);
2. «Покажи, где кубик»;
3. «Назови форму».

Восприятие окружающего мира:

Нормативы:

- В 1,5 – 2 года называют 4-5 картинок.
- В 2,5 года называют многие предметы из групп; игрушки, посуда, одежда, мебель.
- В 3 года дети знают и называют все предметы, их свойства и качества, в пассивном словаре сформированы некоторые обобщающие понятия: игрушки, одежда, мебель, обувь.

Стимульный материал: 10 – 12 карточек с изображением знакомых предметов (лото малышам).

Инструкция:

1. «Покажи, где нарисован ...»;
2. «Что нарисовано?» или «Что это?».

Методика «Выбор по образцу» (парные картинки)

Нормативы:

- выбор из двух картинок — в 2 года;
- выбор из четырех картинок — в 3 года.

Стимульный материал: шесть пар одинаковых предметных картинок.

Конструктивный праксис (методика «Разрезные картинки»)

Нормативы:

- разрезная картинка из двух фрагментов — в 2,5 – 3 года;
- разрезная картинка из трех фрагментов — в 3 – 3,5 года.

Стимульный материал: картинки, разрезанные на две и три части с разной конфигурацией разреза.

Анализ результатов:

1. совершает целенаправленные действия;
2. соединяет части без анализа полученного целого;
3. прикладывает с разворотами;
4. зрительное соотношение частей без прикладывания.

Конструирование по подражанию (методика предлагается детям 2,5 – 3 лет)

Стимульный материал: кубики, прямоугольные бруски (кирпичики), треугольные призмы (крыша), полусферы разных цветов.

Анализ результатов:

1. подражание внешним манипуляциям взрослого без учета формы, величины и пространственных отношений (что для детей 3 лет является неадекватным);
2. подражание манипуляциям с учетом формы, величины и пространственного расположения;
3. сопоставление и исправление ошибок;
4. точное воспроизведение расстановки фигур без ошибок и исправлений;
5. самостоятельный анализ образца и воспроизведение.

Пространственный гнозис.

Стимульный материал: мелкие игрушки и картинки, уложенные в коробку.

Нормативы:

- 2,5 – 3 года — дети понимают предположно-падежные конструкции;
- ошибаются в 1-2 заданиях, легко корректируются;
- 3,5–4 года — выполняют все задания.

Пример инструкций: «Посади мишку около коробки», «Положи в коробку», «Посади на коробку», «Спрячь картинку под коробку», «Достань из-под коробки», «Покажи, где верх(низ)», «Иди вперед (назад)».

Диагностика способов деятельности

Складывание пирамидки. Складывание матрешки

Нормативы:

- снимают кольца с пирамидки — в 1 год;
- собирают пирамидку без учета диаметра колец — в 1,5 – 2,5 года;
- собирают пирамидку с учетом диаметра колец и установки на результат без проб и примерки — в 3 – 3,5 года; работа зрительным соотношением.

Стимульный материал: пирамидка из четырех и шести колец с колпачком.

Анализ результатов:

1. Неспецифические манипулятивные действия (ребенок стучит об стол, подносит к уху, гремит, берет в рот и др.). Данные действия являются неадекватными;
2. Простое манипулирование (специфическая манипуляция);
3. Силовая проба (например, ребенок вкладывает маленькую матрешку в нижнюю часть большой и, наоборот, при этом использует силу (вдавливает), не учитывая свойств предмета);
4. Целенаправленная проба (ребенок замечает ошибки, исправляет их и находит правильный способ решения);
5. Примеривание (ребенок еще не может соотносить предметы на расстоянии и подносит их друг к другу, заметив несоответствие, меняет их);
6. Зрительное соотношение (ребенок сразу правильно решает задачу, зрительно соотнося элементы).

Дети 3 лет с сохранным интеллектом могут работать зрительным соотнесением, допустимо примеривание или целенаправленная проба. Отсутствие данных способов к 3-м годам свидетельствует о недостатках психического развития. До 2,5 лет правомерно пользоваться силой.