

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР КОРРЕКЦИОННОЙ
ПЕДАГОГИКИ

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ПРОБЛЕМ
ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА

Методические рекомендации

Алматы, 2016

УДК 376
П 86

Одобрено и рекомендовано Научно-методическим советом Национального научно-практического центра коррекционной педагогики (протокол № 10 от 5 октября 2016 года).

Рекомендовано Департаментом дошкольного и среднего образования Министерства науки и образования Республики Казахстан (Приказ №13093, 13092/11-3/70-вн от 13.01.2017 г.).

Рецензенты:

Сарсенбаева Л.О. - к.психол.наук, доцент кафедры педагогики и психологии КазНПУ им.Абая.

Абдуллаева Г.О. - к.пед.наук, доцент кафедры педагогики и психологии КазНПУ им.Абая.

Авторы-составители:

Ерсарина А.К.- к.психол.н, заведующая лабораторией комплексной диагностики и реабилитации детей с особыми образовательными потребностями

Айтжанова Р.К. – старший научный сотрудник

Кенжеева А.К., Юлдабаева Д.Р., Токарева А.Н.- педагоги-экспериментаторы ННПЦ КП

П 86 Система комплексной оценки проблем психосоциального развития детей раннего возраста: методические рекомендации / – Алматы, 2016. - 56 с.

ISBN 978-601-7131-65-4

В методических рекомендациях изложена технология комплексной оценки психосоциального развития детей раннего возраста в рамках Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Методические рекомендации адресованы психологам, дефектологам, логопедам, оказывающим помощь детям раннего возраста с проблемами в развитии.

УДК 376

ISBN 978-601-7131-65-4

© ННПЦ КП, 2016

© Ерсарина А.К., Айтжанова Р.К., Кенжеева А.К.,
Юлдабаева Д.Р., Токарева А.Н., 2016

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ, УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

МКФ-ДП - Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков.

ННПЦ КП - Национальный научно-практический центр коррекционной педагогики

ПМПК - психолого-медико-педагогическая консультация

РЦ - реабилитационный центр

КППК - кабинет психолого-педагогической коррекции

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
1 Методологические основы комплексной оценки проблем психосоциального развития детей раннего возраста.....	8
1.1. Современные подходы к оказанию помощи детям с ограниченными возможностями в раннем возрасте.....	8
1.2. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки психосоциального развития детей раннего возраста.....	15
2 Система комплексной диагностики проблем психосоциального развития детей раннего возраста в рамках Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья	23
2.1 Назначение, цель, задачи и принципы комплексной оценки проблем психосоциального развития детей раннего возраста.....	23
2.2. Технология проведения оценки проблем психосоциального развития ребенка.....	24
2.3. Оценка результатов обследования в соответствии с критериями МКФ.....	34
2.4. Разработка программ оказания помощи ребенку и его семье.....	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	42
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	44
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Беседа с родителями.....	48
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Оборудование для обследования детей раннего возраста.....	50
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Первичный прием в рамках МКФ.....	52

ВВЕДЕНИЕ

Необходимость составления данных методических рекомендаций обусловлена актуальностью раннего выявления и вмешательства в нарушенное развитие ребенка как наиболее эффективного решения проблем психосоциального развития детей с ограниченными возможностями. В настоящее время в международном сообществе оценку проблем развития и определение направлений социальной абилитации детей принято осуществлять в рамках Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков (МКФ-ДП) [1].

Цель данных рекомендаций – описать технологию и методический инструментарий, позволяющий внедрить принципы и подходы МКФ-ДП в организациях образования, оказывающих помощь детям раннего возраста.

В рекомендациях изложены основные методологические подходы и принципы МКФ-ДП для оценки проблем психосоциального развития; определены основные направления диагностической оценки по различным областям детского развития в рамках международной классификации.

Методические рекомендации содержат разработанную технологию комплексной оценки психосоциального развития детей раннего возраста, позволяющая установить комплексное отношение между четырьмя измерениями: 1) состояние здоровья: телесные факторы (функции и структура тела); 2) активность (способность совершать действия); 3) участие (опыт быть частью общества); 4) контекстуальные факторы: факторы среды и факторы личности с целью составления наиболее эффективной программы ранней абилитации детей с ограниченными возможностями.

Методические рекомендации состоят из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений. В первой главе освещены методологические основы комплексной оценки проблем психосоциального развития детей раннего возраста; во второй главе изложены алгоритм и методический инструментарий для проведения оценки психо-

социального развития, раскрыта специфика, условия и требования к проведению комплексного обследования детей от 0 до 3-х лет.

Изложенная в методических рекомендациях комплексная оценка проблем психосоциального развития предназначена для использования в работе психологов, педагогов-дефектологов, логопедов, социальных педагогов реабилитационных центров и кабинетов психолого-педагогической коррекции, оказывающих помощь детям раннего возраста.

Методические рекомендации разработаны в рамках бюджетной программы 217 – Развитие науки по теме «Научно-методическое обеспечение специального образования». В них обобщены результаты первого начального этапа апробации МКФ в практической деятельности реабилитационного центра.

1 МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ПРОБЛЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

1.1. Современные подходы к оказанию помощи детям с ограниченными возможностями в раннем возрасте

Оказание помощи взрослым и детям с нарушениями психофизического развития (ограниченными возможностями, особыми потребностями, инвалидностью) определяется отношением к ним общества и государства. В истории человечества выделяют различные этапы отношения к людям с отклонениями в развитии: от агрессии и нетерпимости к интеграции в различные сферы социально-общественной жизни [2].

В настоящее время во всем мире «на смену старой парадигме общественного и государственного сознания «полноценное большинство» - «неполноценное меньшинство», ведущей к сегрегации людей по психическому или физическому недостатку приходит новая - единое сообщество, включающее людей с различными проблемами» [цит. по 2]. Отношение государства и общества в подавляющем большинстве стран мира основывается на концепции (модели) социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями.

В отличие от медицинской (биологической) модели, где проблему инвалидности связывали с неизлечимыми болезнями, нарушениями и весь объем помощи ограничивался в рамках установленного диагноза (распределении льгот и пособий, направление в специальные учреждения и пр.), социальная модель основана на выявлении трудностей и ограничений, возникающих у инвалида, прежде всего, в связи с существующими в обществе условиями. «Именно общество создает барьеры, не позволяющие человеку с нарушениями вести полноценную жизнь. Это определение легло в основу социальной концепции реабилитации инвалидности». [цит. по 3].

Социальная модель сфокусирована на обеспечение лиц с ограниченными возможностями самостоятельности, независимости и активного участия в социально-общественной жизни. Под независимой жизнью понимается не только материальная независимость, но и отсутствие зависимости от посторонних при передвижении, общении, в быту, по-

вседневной и социальной жизни, т.е. независимости в широком смысле [4].

Таким образом, в основе социальной модели лежит концепция равных прав и равных возможностей для всех членов общества и нормализации жизни человека с функциональными нарушениями. Нормализация жизни не означает, что человек с нарушениями становится «нормальным», т. е. человеком без нарушений, этот термин означает, что жизнь человека становится нормальной, такой же, как у других членов общества. Качество жизни людей определяется не нарушениями, а тем, что мешает им вести полноценную жизнь, т. е. жить так же, как другие люди без нарушений [3].

Республика Казахстан в 90-е годы прошлого столетия ратифицировала многие конвенции и другие документы ООН в отношении прав людей с ограниченными возможностями и, тем самым, продекларировала в лице государства смену отношения к людям с ограниченными возможностями, взяв курс на развитие социальной модели оказания помощи с момента рождения и на протяжении всей жизни человека в обществе [4-7].

Важным и решающим направлением в системе социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями является раннее оказание психолого-педагогической и социальной помощи. Многочисленными исследованиями доказано, что раннее вмешательство в нарушенное развитие ребенка представляется наиболее эффективным и перспективным решением проблемы социальной и психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями. [8-10].

В настоящее время большинство стран мира, основываясь на общепринятом постулате, что чем раньше начата абилитация ребенка, тем эффективнее будут ее результаты, отдает приоритеты программам раннего выявления и раннего вмешательства в отклоняющееся развитие ребенка. Действующие системы раннего вмешательства в системе здравоохранения, образования, социальной защиты существуют в настоящее время во многих странах (США, Дания, Швеция, Англия и др.). Как правило, эти системы включают в себя три основных уровня в оказании помощи: 1) скрининг (выявление) риска отклонений в развитии; 2) междисциплинарная углубленная диагностика; 3) оказание своевременной развивающей помощи [10-12].

В Казахстане также существует трехуровневая система оказания помощи детям с ограниченными возможностями, включающая скрининг, диагностику, медико-педагогическую и социальную помощь, однако,

абилитация детей, имеющих нарушения в развитии, характеризуется приоритетом медицинских служб и слабым развитием психолого-педагогической и социальной помощи [13].

В последние годы психолого-педагогическая помощь детям раннего возраста все шире оказывается в системе образования: в психолого-медико-педагогических консультациях, реабилитационных центрах, кабинетах психолого-педагогической коррекции, однако, специализированные службы раннего вмешательства как в системе образования, так и здравоохранения, социальной защиты в настоящее время в Казахстане отсутствуют.

Системы раннего вмешательства в различных странах создавались в условиях активного внедрения социальной модели помощи людям с ограниченными возможностями; методологической базой программ раннего вмешательства стали современные научные исследования об особенностях развития младенцев и детей раннего возраста [14-22]. Общие результаты этих исследований в следующих положениях:

1) Наличие врожденных, генетически обусловленных механизмов психической деятельности. Современные исследования показали, у ребенка с момента рождения начинают функционировать уже готовые механизмы психической деятельности, которые обеспечивают его взаимодействие с окружающей средой и удовлетворение его жизненно важных потребностей. Новорожденные обладают врожденными способностями многое воспринимать из окружающей среды и адекватно ее анализировать [3,14-16].

2) Психическое развитие младенца определяется характером его общения и социального взаимодействия с близкими людьми. С момента рождения у ребенка активизируются врожденные механизмы психической деятельности, которые обеспечивают его взаимодействие со взрослыми. Среди всех раздражителей новорожденные быстрее выделяют и предпочитают воздействия человека: его голос, лицо, прикосновения. Врожденные механизмы активизируют и обеспечивают возможности ребенка к взаимодействию с окружающим миром, но само психическое развитие происходит в ходе взаимодействия с этой средой и, прежде всего в ходе общения с близким человеком. Коммуникация рассматривается как один из главных факторов его благополучного развития: младенцы с момента рождения направлены на общение и взаимодействие с близкими людьми, развиваются в процессе этого общения и активно участвуют в процессе этого общения [3, 17-19].

Психическое развитие ребенка представляется как результат эмоци-

онально комфортного общения и взаимодействия младенца с матерью, обладающей в свою очередь врожденными способностями устанавливать и подстраивать под ребенка это взаимодействие. Исследование множества параметров социального поведения матери и ребенка показали причинную связь между поведением матери и развитием ребенка. Установленным фактом считается, что материнское отношение является залогом эмоционального комфорта ребенка и служит основой для нормального психического развития. Способность младенцев использовать эмоциональные реакции родителя для оценки и понимания событий лежит в основе его обучения когнитивным, речевым и социальным навыкам [20, 21].

Отдельно рассматривается вопрос о характере и влиянии качества привязанности на развитие детей с риском возможных отклонений в развитии. Ограниченность раннего взаимодействия у младенцев группы риска, нечувствительность родителей к их слабым сигналам, торможение или искажение ответного поведения родителей, могут привести к формированию ненадежной привязанности, обретению опыта небезопасности исследования окружающего и дефициту всех сторон развития [3,22].

3) Психическое развитие определяется собственной активностью ребенка, его интересом и стремлением к исследованию окружающего. Современные исследования выделяют у младенцев такой феномен как «мотивация эффекта действия», который проявляется в любопытстве и исследовательской активности, присутствующих в процессе взаимодействия младенца с внешним миром. Это подтверждает известные положения культурно-исторической концепции развития ребенка (Л.С. Выготский), что усвоение ребенком социального опыта происходит не пассивно, а активно; ребенок во взаимодействии с миром имеет собственные цели, а не является просто пассивно обучаемым объектом [3,22,25].

Если собственная активность и стремление к общению и исследованию снижены или нарушены, то это приводит к проблемам и отставанию в развитии, причем во всех его областях. Ребенок быстрее и лучше всего усваивает различные навыки (моторные, речевые, когнитивные, социальные), если он мотивируется собственными интересами, потребностями и личным выбором, чем, если его принуждают и заставляют делать взрослые [14-16].

4) Психическое развитие ребенка может определяться индивидуальными различиями. В различных теориях психического развития

нормальное развитие представлялось как одинаковый путь развития, а ненормальное развитие отличалось лишь темпом и качественным своеобразием. Однако, современными исследованиями было обнаружено, что даже у нормативных детей пути развития, время и последовательность формирования тех или иных навыков может существенно различаться. Так, нормальным может считаться появление речи как в год, так и в три года; дети индивидуальны в предпочтениях стратегии восприятия и переработки информации различной модальности, что приводит к преимущественному развитию одних навыков и запаздыванию других. «Все эти феномены вынуждают специалистов говорить о «типичном и «нетипичном» развитии. «Нетипичное» в отличие от «ненормального» не обязательно означает «неуспешное»» [цит. по 30].

Индивидуальные различия присущи детям с ограниченными возможностями. Дети с синдромом Дауна, по данным современных исследований, могут иметь различную степень отставания в развитии: в пределах от легкой до средней степени. Большинство этих детей имеют хорошее зрительное восприятие и способности к визуальному (наглядному) обучению, включающие хорошие способности воспринимать и использовать знаки, жесты и наглядные пособия. [23,24].

Общеизвестные теории и современные представления о развитии ребенка [14-22, 25-28], основанные на последних исследованиях и опыте оказания помощи детям от 0 до 3 лет в контексте общепринятой в мировом сообществе социальной модели оказания помощи ребенку, позволили определить основные принципы раннего вмешательства [29,30]:

- жизнь ребенка в семье. Без постоянных эмоциональных отношений, которые существуют только в семье, полноценное развитие ребенка невозможно;
- раннее выявление возможного отставания в развитии, позволяющее своевременно оказать помощь и предупредить развитие более выраженных нарушений;
- междисциплинарная команда специалистов, осуществляющих диагностику нарушений и разработку индивидуальных программ развития, ориентированных на потребности и возможности конкретного ребенка и его семьи;
- семейно-центрированный подход, предполагающий активное участие родителей на всех этапах раннего вмешательства, начиная от запроса и оценки развития ребенка, разработки программы развития, ее реализации и заканчивая оценкой ее эффективности и внесение в нее изменений. Изучение особенностей психического развития ребенка

раннего возраста, в том числе и его проблем считается некорректным, если ребенок изучается изолированно от матери; раннее вмешательство должно быть центрировано не отдельно на ребенке, а на взаимодействии матери и ребенка;

- опора на сильные стороны ребенка и семьи. Основной акцент при оценке и проведении программ развития делается не на ограничения ребенка и семьи, а на выявление их возможностей и ресурсов;

- коммуникативная и социальная направленность программ развития. Развитие ребенка должно происходить через общение и обычные виды активности в семье и ближайшем социальном окружении;

- нормализация жизни ребенка и семьи означает максимальное приближение семьи ребенка с нарушениями развития к жизни других семей: участие в повседневной жизни, различных видах социальной активности, интеграция в общество.

Вышеизложенные принципы раннего вмешательства способствовали изменению содержания современных подходов к проведению диагностики проблем и нарушений у детей раннего возраста.

Следует отметить, диагностика нарушений развития в раннем детстве как в медицинском, так и психолого-педагогическом аспектах достаточно давно разработана и подробно изложена в различных зарубежных и отечественных исследованиях, практических руководствах и пособиях [31-40]. Можно выделить три направления диагностики отклонений в психическом развитии детей младенческого и раннего возраста.

Первое направление представлено исследованиями клиницистов, физиологов, придерживающихся биологического и рефлексологического подходов в оценке психического развития. Диагностика нервно-психического развития здесь осуществляется на основе установления сроков появления нервно-психических реакций в том или ином биологическом возрасте. Методы этой диагностики используются в Казахстане и других странах СНГ в медицинских учреждениях [31-33].

Вторым направлением диагностики стали стандартизированные тесты, как правило, построенные по типу шкал: Н.Бейли (Bayley Scales of Infant Development), Т. Бразелтона, (Т. Brazelton. Neonatal Behavioral Assessment Scale), Денверская шкала, Лейтеровская шкала измерения практического интеллекта, тест ГНОМ (график нервно-психического обследования младенца и малыша) и др. [34-37]. Оценка психического развития по шкалам базируется на сопоставлении сроков формирования отдельных реакций относительно нормативов, характерных для

здоровых детей. Психометрические тесты в основном используются в странах Европы и США, но получили большое распространение по всему миру.

Третье направление, разработанное в рамках культурно-исторической концепции Л.С. Выготского, понимает диагностику развития как качественную оценку комплекса психических образований, который характеризует каждый этап развития ребенка, определяет характер его взаимодействия с окружающим миром и составляет основу для дальнейшего развития. Качественная диагностика направлена на определение актуального уровня развития и зоны ближайшего развития - еще не сформированных, но находящихся в периоде формирования психических новообразований. Этого направления психолого-педагогической диагностики придерживаются психологи, дефектологи большинства постсоветских стран, в том числе Казахстана [38-40].

Каждое направление в диагностике психического развития имеет общеизвестные достоинства, преимущества и ограничения, но общим для всех является сфокусированность на выявление отставаний и нарушений, а содержание диагностики основывается в основном на описании отклонений ребенка. На практике данная диагностическая парадигма реализуется в виде установления медицинских и психолого-педагогических диагнозов нарушений психического развития.

Такая диагностическая модель (биологическая, медицинская, дефектологическая), центрированная лишь на описание нарушений (как правило, связываемых с медицинскими проблемами: поражением мозговых структур и пр.) с точки зрения современных представлений о раннем вмешательстве является необходимой, но недостаточной и малоэффективной для определения мер и путей помощи детям раннего возраста. Диагностика, направленная только на постановку диагноза нарушения сужает содержание помощи ребенку, поскольку ограничивается лишь коррекцией этих нарушений по принципу - ребенок должен стать «нормальным, таким же как все. «Если основная задача — это коррекция нарушения, то соответственно и участие родителей или людей, их заменяющих, в программах помощи является бессмысленным. Они не способны профессионально оценить нарушения и заниматься их коррекцией, а могут лишь исполнять инструкции специалистов. А о том, чтобы учитывать мнение ребенка и другие его потребности (например, потребность в игре и общении со сверстниками), не приходится и думать» [цит. по 3].

Между тем главным принципом и конечной целью раннего вмеша-

тельства является нормализация жизни ребенка и его семьи, максимально возможная социальная интеграция, несмотря на имеющиеся нарушения ребенка, которые, к тому же, могут быть никогда не преодолены. Следовательно, диагностика в раннем детстве должна включать в себя изучение и других факторов, имеющих значительное влияние на развитие ребенка: его сильные стороны и интересы, социальная ситуация развития в семье и окружающей среде, ресурсы и возможности родителей в оказании помощи ребенку, наличие психологических и социальных проблем и барьеров - т.е. оценка проблем ребенка должна быть мультидисциплинарной.

В настоящее время лучшие системы оценки психического развития и состояния ребенка во многих странах построены на одновременном мультидисциплинарном исследовании различных специалистов по нескольким направлениям развития [41- 43].

Одной из таких мультидисциплинарных классификаций является Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), получившей наибольшее распространение в мировом сообществе благодаря направленности не на диагностику нарушений, а на выявление ограничений жизнедеятельности индивида в связи с влиянием различных факторов (медицинских, психологических, социальных, экономических) [1]. Использование этого универсального диагностического инструмента позволяет не только определить проблемы ребенка, но и возможные пути и меры социальной реабилитации. В настоящее время МКФ классификация стала активно применяться и в практике раннего вмешательства многих стран. Ее изучение и применение в работе с детьми раннего возраста стали целью нашей исследовательской работы в ННПЦ КП. Рассмотрим более подробно содержание этой классификации и возможности ее применения в оценке проблем психосоциального развития детей раннего возраста.

1.2 Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки проблем психосоциального развития детей раннего возраста

Характеристика МКФ. В настоящее время в международном сообществе получила большое распространение Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [1], принятая 22 мая 2001 г. Всемирной организацией здравоохранения. Она относится к социальным классификациям, в отличие от медицинских, оценивает не только и не столько нарушения здоровья, сколько их влияние на функционирование индивида, его активность и участие в различных сферах жизни, учитывая его сильные стороны, способности и реабилитационный потенциал.

Принятие МКФ ООН ознаменовало смену медицинской модели оказания помощи людям с ограниченными возможностями на социальную, основные принципы которой можно изложить в следующих положениях:

- ограничение жизнедеятельности не является причиной ограничений активности;
- причина ограничений активности - организация общества;
- барьеры, связанные с коммуникацией, обучением, передвижением, связью, архитектурой, экономикой, являются не менее важными, чем барьеры, связанные с состоянием здоровья.

Согласно определению МКФ ограничение жизнедеятельности - это результат сложных взаимоотношений между изменением здоровья человека и внешними факторами, представляющих условия, в которых он живет. МКФ описывает функционирование человека как динамическое взаимодействие между ним или его состоянием здоровья и факторами окружающей среды, а также личностными факторами. Важно отметить, что в МКФ индивиды не являются единицами классификации, т.е. МКФ не классифицирует людей, а только с помощью набора доменов (разделов) здоровья и доменов, связанных со здоровьем, описывает ситуацию индивида. При этом описание всегда дается в контексте окружающих и личностных факторов.

Цель МКФ - обеспечить пользователей разных стран единым стандартным языком и рамками для описания показателей здоровья. Классификация вводит определения составляющих здоровья и некоторых, связанных со здоровьем составляющих, например, таких как образование и труд [1]. МКФ охватывает для своего применения различные

сферы общества - здравоохранение, образование, социальная защита, экономика, реабилитация, страхование, законодательство и используется для оценки не только проблем индивида, но и эффективности проводимых для него реабилитационных мероприятий.

МКФ не отменяет и не противоречит функционирующей Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Обе классификации определяют различные нарушения, но МКБ-10 описывает нарушения в виде симптомов для обозначения болезней и расстройств, а МКФ рассматривает нарушения как проблемы функций и структур организма, связанных с изменениями здоровья. МКФ и МКБ-10 дополняют друг друга и образуют единую семью классификаций ВОЗ, обслуживающих понятие здоровье [1].

МКФ была официально одобрена ВОЗ, 191 страной в качестве стандарта для описания и измерения здоровья и инвалидности. В Республике Казахстан официально МКФ не используется, хотя имеется локальный опыт применения МКФ для оценки функционального статуса детей школьного возраста, страдающих хроническими неврологическими заболеваниями, в том детском церебральном параличом, а также больных нейрохирургического профиля [44-46].

Для оценки проблем развития детей и подростков с целью составления программ комплексной реабилитации и нормализации их жизни был разработан вариант Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков от рождения до 17 лет (МКФ-ДП - International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version – ICF-CY) [47-48]. Профессионалы из всех регионов мира определили приоритетности кодов МКФ-ДП для четырех различных возрастных групп: 0–2 года, 3–5 лет, 6–12 лет, 13–17 лет. [49].

МКФ-ДП дает представление о функционировании и ограничениях жизнедеятельности детей и подростков в разрезе их повседневной жизни, что позволяет давать точное описание их состояния и определять области, требующие наибольшего внимания и помощи, принять меры для улучшения их здоровья. МКФ – интерактивная модель здоровья; в ней с новых позиций представлены понятия «функционирование» и «ограничение жизнедеятельности», обозначенных в МКФ как «функции и структуры организма», «активность» и «участие».

Структура классификации. МКФ имеет две части, каждая из которых состоит из двух составляющих:

Часть 1. Функционирование и ограничения жизнедеятельности

- а) функции и структуры организма
- б) активность и участие

Часть 2. Факторы контекста

- а) факторы окружающей среды
- б) личностные факторы.

Каждая составляющая первой и второй части имеют свои разделы, представленные в таблице 1. В раздел «функции организма» включены физиологические функции систем организма (включая психические функции), раздел «структуры организма» охватывает различные анатомические части организма, такие как органы, конечности и их компоненты.

МКФ дает свое определение нарушения - это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенное отклонение, аномалия, дефект или утрата.

МКФ рассматривает нарушения шире и масштабнее, чем расстройства или болезни; например, полагая, что утрата конечности – это нарушение структуры организма, но не расстройство или болезнь. Нарушения могут быть временными или постоянными и не зависят от причины: например, потеря слуха или зрения может быть следствием генетической аномалии или травмы. Нарушения могут быть частью или проявлением изменения здоровья, но они не являются обязательным признаком болезни и не означают, что индивид должен считаться больным.

Другой составляющей первой части классификации являются «активность и «участие». Активность означает выполнение определенной задачи или действия. Ограничение активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать ребенок.

Таблица 1 - Структура Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

E	Государство и общество	окружение, среда	E1Продукция и технология E2 Природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком E3 Поддержка и взаимосвязи E4Установки E5 Службы, административные системы и политика
---	------------------------	------------------	--

D	Социальная защита	Активность и участие	D1 обучение и применение знаний D2 общие задачи и построение D3 общение D4 мобильность D5 самообслуживание D6 бытовая жизнь D7 межличностные взаимодействия и общение D8 главные сферы жизни D9 жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь
B	Медицина и здравоохранение	Функция организма	B1 Умственные функции B2 Сенсорные функции и боль B3 Функции голоса и речи B4 Функции сердечно-сосудистой, крови, иммунной и дыхательной систем B5 Функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма B6 Урогенитальные и репродуктивные функции B7 Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции B8 Функции кожи и связанных с ней структур
S		Структура организма	S1. Структуры нервной системы S2. Глаз, ухо и относящиеся к ним структуры S3. Структуры, участвующие в голосообразовании и речи S4. Структуры сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем S5. Структуры, относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе S6. Структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам S7. Структуры, связанные с движением S8. Кожа и относящиеся к ней структуры

Участие – ключевой конструкт МКФ, он описывает вовлеченность ребенка в жизненную ситуацию и определяется как «чувство принадлежности и вовлеченности» (насколько ребенок включен в деятельность, в жизнь общества). Если активность - персональная характеристика ребенка, то участие - разделенная характеристика (ребенок и его вовлеченность, окружающие люди и их принятие и предоставление возможности участия). Ограничение возможности участия – это проблемы, которые может испытывать ребенок при вовлечении в различные жизненные ситуации.

Активность и участие проявляются в жизненных эпизодах и повседневных жизненных ситуациях. Жизненная ситуация – эпизод, который происходит в естественной среде, где ребенок проводит время. Повсед-

невные жизненные ситуации происходят регулярно, например, еда, туалет; менее регулярно, например, новогодний праздник и жизненные ситуации, которые обозначают переходные фазы, например, поступление в детский сад или школу.

Понятия активность и участие охватывают полный круг доменов, обозначающих аспекты с индивидуальной и социальной позиций: обучение, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь, межличностные отношения и т.д. В МКФ-ДП предложены два определителя активности и участия:

- реализация (претворение в жизнь, осуществление)
- потенциальная способность (капацитет).

Понятие «реализация» означает, что делает ребенок в реальных условиях окружающей среды. Так как реальная окружающая среда включает социальную среду, то под «реализацией» подразумевается вовлеченность в жизненную ситуацию.

Определитель «потенциальная способность» означает способность ребёнка выполнять какую-либо задачу или действие при создании необходимых условий. Этот параметр предназначен для отражения наиболее высокого или предельного уровня функционирования, которого может достигнуть ребенок в данной области и в данный момент. Разница между потенциальной способностью и реализацией отражает различия влияний факторов окружающей среды и, тем самым, указывает направление изменений этой окружающей среды для более полной реализации возможностей ребёнка. Оба определителя могут в дальнейшем использоваться как с учетом вспомогательных средств и посторонней помощи, так и без них. Хотя вспомогательные средства и посторонняя помощь не устраняют нарушений, они могут способствовать преодолению ограничений функционирования, активности и участия.

Вторая часть МКФ охватывает контекстовые факторы. Факторы окружающей среды создают физическую и социальную обстановку, где ребенок живет и проводит свое время. Они могут оказывать положительное или отрицательное влияние на реализацию его возможностей, потенциальные способности ребенка или на функции и структуру его организма. Факторы среды представлены в классификации на различных уровнях:

- на личном уровне, связанным с непосредственным окружением ребенка: семья, домашняя обстановка, детский сад или школа; контакты со знакомыми, сверстниками; окружающая физическая среда (продукты питания и технологии, экология и т.д.);

□ на уровне общества - это различные социальные структуры, общие установки и требования в обществе, оказывающие влияние на индивида. Этот уровень включает различные, государственные учреждения, транспортные и коммуникационные службы и т.д.

Окружающая среда с барьерами и без облегчающих факторов может ограничивать активность и участие индивида в жизни общества и тормозить реализацию возможностей ребенка в виде создания различных барьеров, например: отсутствие пандусов или недоступность вспомогательных технических средств, отсутствие служб раннего вмешательства или поддержки профессионалов [1].

Личностные факторы являются второй составляющей факторов, способных влиять на ограничение жизнедеятельности на любом уровне. Личностные факторы - это индивидуальные характеристики индивида: пол, возраст, привычки, воспитание, образование, тип личности и характера, склонности и др.

Личностные факторы – не являются частью изменения здоровья или показателей здоровья.

Факторы окружающей среды взаимодействуют с такими составляющими как функции и структуры организма, активность и участие. Взаимодействия составляющих МКФ-ДП представлены на рис. 1.

Хотя личностные факторы в МКФ не классифицируются, тем не менее, они включены в схему рисунка 1, чтобы отметить вклад и влияние на конечный результат различных вмешательств.

Оценка МКФ. С целью оценки проблем ребенка в МКФ-ДП все факторы «функции организма», «структуры организма», «активность», «участие» представлены в виде 4 доменов. Домены - взаимосвязанные физиологические функции, анатомические структуры, действия, задачи и сферы жизнедеятельности.

Таким образом, домен - это практический и значимый для оценки набор:

- взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур;
- действий, задач и сфер жизнедеятельности;
- внешних природных и культурных условий;
- внутренних, индивидуально-психологических особенностей.

Единицей классификации считается категория внутри каждого из доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем [1].

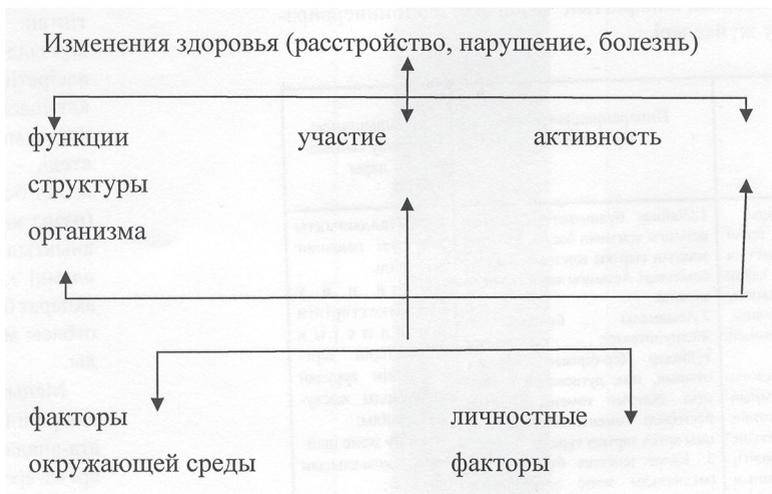


Рисунок 1 – Схема взаимодействия составляющих МКФ-ДП

В практической работе с МКФ обязательно должна присутствовать выборочность определенных доменов для использования для конкретной целью: оценки причин инвалидности, активности и участия ребенка, эффективности реабилитационных мероприятий и т.д.

Все три классифицируемые составляющие (функции и структуры организма, активность и участие, факторы окружающей среды) измеряются с помощью единой шкалы. Коды МКФ-ДП приобретают законченный вид только в том случае, если присутствует определитель, который отмечает величину уровня здоровья (степень выраженности проблемы). Коды не имеют смысла, если они используются без определителей. Степень нарушений функций и структур организма, активности и участия оценивается в баллах от 0 до 4 (от отсутствия проблем или минимальных проявлений до тяжелых и абсолютных). Например, оценка в 1 балл означает незначительное ухудшение или проблему, которая присутствует меньше чем 25% времени, с интенсивностью, которую человек может допустить и которая редко случалась за последние 30 дней [1].

В случае с факторами окружающей среды первый определитель может быть использован для обозначения позитивных влияний окружающих факторов, т.е. облегчающих факторов, или меры негативных влияний, т.е. барьеров. Для того и другого также может быть использована одна шкала 0 – 4, но при обозначении облегчающих факторов точка десятичной дроби заменяется знаком плюс (+): например, e110+2, при обозначении барьеров соответственно используется знак минус (-).

Таким образом, Международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности описывают не нарушения (диагнозы, категории детей), а влияние этих нарушений на активность человека и его участие в жизни общества с учетом конкретных условий. Соответственно цель использования МКФ - препятствовать появлению ограничений активности, ограничений участия в жизни общества; способствовать нормализации жизни человека с ограниченными возможностями или инвалидностью. Такой подход МКФ в оценке проблем развития представляется наиболее адекватным и корректным для использования его в работе с детьми раннего возраста, так как специфика этого возраста позволяет сместить акцент с диагностики нарушений на вмешательство с целью своевременной абилитации. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оказания помощи детям раннего возраста обладает рядом других преимуществ:

- мультдисциплинарный характер оценки функционирования и ограничений жизнедеятельности, где помимо медицинских аспектов уделяется большое внимание таким значимым факторам в развитии маленького ребенка как: участие и установки родителей, социальная и бытовая жизнь семьи, коммуникация и окружающая среда;

- направленность на выявление сильных сторон, потенциала и ресурсов ребенка и его семьи.

- использование родителей в качестве экспертов в оценке функционирования и ограничений жизнедеятельности. Система оценки в МКФ предполагает выстраивание равноправных партнерских отношений и кооперации с родителями, что в дальнейшем создает наиболее благоприятные возможности и условия для вовлечения родителей в процесс раннего вмешательства.

2 СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ПРОБЛЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РАМКАХ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ

2.1 Назначение, цель, задачи и принципы комплексной оценки проблем психосоциального развития детей раннего возраста

Предлагаемая система комплексной оценки проблем психосоциального развития детей раннего возраста в рамках Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков предназначена для ее проведения в реабилитационных центрах и кабинетах психолого-педагогической коррекции системы образования Республики Казахстан. Оценка в рамках МКФ-ДП проводится всем детям в возрасте от 0 до трех лет, поступивших в эти организации образования на основании заключения и рекомендаций психолого-медико-педагогических консультаций.

Основная цель комплексной оценки проблем психосоциального развития детей раннего возраста в соответствии с МКФ – через выявление нарушений и других факторов, препятствующих активности и участию ребенка в различных сферах жизни, разработать индивидуальную программу развития его активности и участия в важных сферах жизни с учетом всех конкретных условий.

Достижение конечной цели оценки в рамках МКФ происходит через решение последовательно осуществляемых задач:

- 1) выявление нарушений функционирования организма со стороны функций и/или структуры организма ребенка и определение их влияния на его активность и участие;
- 2) выявление способностей, возможностей и ограничений жизнедеятельности, активности и участия ребенка в различных сферах жизни;
- 3) оценка влияния благоприятных и неблагоприятных факторов окружающей среды на активность и участие ребенка в различных сферах жизни.

4) составление программы развития ребенка с учетом индивидуальных особенностей, возможностей и конкретных условий.

Комплексная оценка развития ребенка и разработка на ее основе индивидуальных программ развития базируется на таких принципах как:

- *личностная ориентированность*: отношение к ребенку как активной личности, имеющей не только проблемы и нарушения, но и собственные потребности и мотивы, а также сильные стороны и собственные ресурсы для развития. Задача специалистов и родителей - учитывать потребности ребенка и создать для развития подходящие условия;

- *семейно-ориентированный подход*, означающий, во-первых, анализ и консультирование не отдельно взятого ребенка, а его семьи, как совокупности особенностей ребенка, его родителей, их взаимодействия, условий жизни и т.д., а во-вторых, учет мнения родителей для лучшего понимания проблем, сильных сторон и потенциала ребенка в различных сферах жизни; и в, третьих, сотрудничество специалистов с семьей ребенка, развитие партнерских отношений с родителями для разработки программ помощи ребенку и его семье, при этом программы должны строиться на основе запроса и потребностей семьи, со знанием контекста семьи.

- *междисциплинарный подход* в оказании помощи предполагает участие специалистов различного профиля: врачей, психологов, педагогов в совместном обследовании и обсуждении проблем ребенка, составлении для него программы развития, совместном консультировании семьи.

- *социальная, коммуникативная направленность* при оценке проблем, означающей приоритет оценки активности и участия ребенка в типичных для него и семьи сферах жизни, а также основной подход в развивающей работе с ребенком в семье. Для этого необходимо моделировать естественные для ребенка виды деятельности; создавать ситуации, в которых бы ребенок испытывал необходимость использовать формируемые навыки в игре, общении и социальном взаимодействии.

- *онтогенетический принцип* предполагает учет закономерностей детского развития, сензитивных сроков формирования возрастных новообразований.

2.2 Технология проведения оценки проблем психосоциального развития ребенка

На основе изучения практического опыта применения МКФ в Институте раннего вмешательства г.Санкт-Петербург (ИРАВ) по программе «Практика применения международной классификации функциониру-

вания, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков для построения программ раннего вмешательства» была составлена технология проведения комплексной оценки проблем психосоциального развития детей раннего возраста.

Технология проведения оценки проблем психосоциального развития ребенка включает в себя несколько этапов.

1) *Первый этап – первая встреча с родителями.* На эту встречу родители приглашаются без ребенка. Ее проводит обычно один специалист, как правило, врач (педиатр, или невропатолог), но может также провести психолог или педагог.

Задачами этого этапа являются:

сбор фактических данных о ребенке и семье (ФИО, возраст, адрес и т.д.);

выяснение запроса семьи: у родителей спрашивают, что они хотят получить от специалистов, на какие вопросы они хотят найти ответ, какую помощь от специалистов ждут;

уточнение проблем ребенка с точки зрения родителей. Здесь важно выяснить у родителей не столько информацию о диагнозах ребенка, выставленных в различных организациях, а какие проблемы ребенка волнуют их самих: что трудно делать им и ребенку в повседневной жизни. В беседе специалисты стараются определить приоритеты в родительском запросе. Родители могут обозначить достаточно широкий круг жалоб и проблем. Однако важно выделить именно те, решение которых в данный момент для родителей насущно;

сбор данных медицинского анамнеза включает выяснение: наличия заболеваний с момента рождения и до настоящего времени, соматического статуса ребенка, состояние слуха, зрения. Эти сведения собираются на основе изучения различных медицинских документов, результатов медицинских исследований;

выяснение особенностей психосоциального развития в аспектах активности и участия ребенка в типичных для его возраста и условий проживания сферах и деятельности. Особенности жизнедеятельности ребенка выясняются в ходе беседы с родителями, направленной на уточнение активности и участия ребенка в таких сферах МКФ как: получение и применение знаний; общие задачи и указания; коммуникация, мобильность; забота о собственном теле и здоровье; межличностное взаимодействие; основные жизненные сферы; общественная жизнь. Полный перечень вопросов, предлагаемых родителям, в ходе беседы представлен в Приложении 1;

□ оценка развития ребенка родителями посредством опросников. Родителям предлагается заполнить в домашних условиях регистрационный лист теста KazakhKIDS или KazakhCDI- шкал.

Шкала KazakhKIDS является казахстанской версией и адаптацией (Жалмухамедова А.К. Центр Сатр, 2006г.) теста KIDS (Kent Infant Development Scale), разработанного американским профессором Ж.Рейтер. Она предназначена для комплексной оценки развития детей от 2 до 16 месяцев в таких областях как двигательное, познавательное социальное, речевое развитие, общение и самообслуживание. Развитие младенца оценивается путем сопоставления набранных баллов со статистически обработанными и стандартизованными оценками большой выборки типичной развивающихся младенцев. Результатом применения шкалы KID является оценка возраста развития младенца в каждой из областей ("профиль развития") и общая степень опережения/отставания (если таковые выявлены).

Шкала Kazakh CDI – является версией теста CDI (Child Development Inventory; CDI), разработанного доктором Г.Айртоном (Миннеаполис, США). Эта шкала, адаптированная Жалмухамедовой А.К. (Центр Сатр, 2006г.) представляет собой возрастное продолжение от 15 до 36 месяцев шкалы KID. Основные принципы, на которых построены обе шкалы, аналогичны; различие между ними лишь в возрастном диапазоне применения. Анализ результатов данных шкал позволяют не только обнаружить факт отставания, но и получить достаточно точную оценку уровня развития.

В ходе выполнения теста родители или другие близкие люди отвечают на вопросы, касающиеся различных навыков ребенка. Преимущество использования родителей для заполнения вопросника в том, что они наблюдают ребенка постоянно, в самых разных ситуациях, в то время как специалист должен оценить его за короткое время, часто в непривычной для ребенка обстановке. Кроме того, отвечая на пункты вопросника, родители лучше узнают своего ребенка, начинают больше интересоваться его развитием, так что заполнение вопросника само по себе является одной из процедур раннего вмешательства.

На основании данных, полученных от родителей на первой встрече, складывается гипотеза о возможных проблемах ребенка, а также его возможностях, интересах и предпочтениях. Это позволяет более эффективно организовать будущую встречу с ним: продумать тактику обследования, определить команду специалистов и назначить ведущего специалиста, подобрать соответствующие и интересные для ребенка

игрушки или предложить принести любимые; предусмотреть необходимое оборудование для исследования двигательной активности.

2) *Второй этап – обследование ребенка и обсуждение его результатов с родителями.*

Вторая встреча проводится не позже одной недели после первой встречи. На нее приглашаются родители вместе с ребенком; при желании родителей в ней могут принять участие другие значимые для ребенка люди: бабушка, сестра или брат, няня. Задачами этого этапа являются:

- обследование ребенка по основным областям развития, представленных в МКФ: получение и применение знаний; коммуникация, мобильность; забота о собственном теле и здоровье; межличностное взаимодействие; главные сферы жизни (игра);

- выявление сильных сторон, способностей ребенка;

- оценка нарушений и проблем развития ребенка;

- выявление влияния благоприятных и препятствующих факторов окружающей среды на развитие ребенка, его активность и участие;

- совместное обсуждение с родителями проблем ребенка. Предоставление родителям информации согласно их запросу. Уточнение иерархии проблем: какие проблемы ребенка в повседневной жизни ребенка сейчас наиболее актуальны и, прежде всего, требуют проведения работы по их преодолению;

- определение основных целей индивидуальной программы развития

Для проведения этого этапа требуется создание определенных условий и соблюдение некоторых требований.

Организационные условия и требования к проведению обследования.

а) Обследование проводится в достаточно просторной (15-20 кв.м) и теплой комнате. На полу должно быть ковровое покрытие (2х3м).

б) Оборудование для обследования ребенка предусматривает различные игрушки для детей младенческого и раннего возраста, оборудование для оценки двигательных способностей ребенка (модули, валики, специальные приспособления, терапевтические укладки и пр.) (Приложение 2). Можно также попросить принести игрушки и те приспособления для сидения или ходьбы, которые родители используют дома.

в) Попросить родителей принести с собой личную посуду ребенка, из которой он обычно ест и пьет дома (бутылочку, поильник или кружку, ложку, тарелочку), а также еду, которую обычно ест дома руками и

ложкой (банан, печенье, кашку, йогурт, творожную смесь) и напиток. Все это необходимо для исследования умения ребенка самостоятельно или с помощью есть и пить.

г) Важно, чтобы ребенок во время обследования был здоров, спокоен, находился в состоянии активного бодрствования; после приема пищи должно пройти не менее 40 минут. Для соблюдения этого требования необходимо предварительно выяснить у родителей, какое время дня будет наиболее комфортным для ребенка.

д) Обследование проводят врач (педиатр или невропатолог), психолог, педагог по раннему развитию (дефектолог), педагог по физическому развитию (ЛФК). Один из специалистов является на приеме ведущим, он отвечает за соблюдение последовательности в выполнении всех процедур, решении всех задач первичного приема.

е) Специалисты на протяжении всей встречи взаимодействуют между собой и с родителями, разъясняют и комментируют им все происходящее.

ж) В ходе обследования ведется его протокол, в котором специалисты фиксируют поведение ребенка на приеме: наличие интереса и мотивации к общению, игре, эмоциональное состояние, особенности контакта и взаимодействия со специалистом, мамой или другими близкими, особенности действий с предметами, игры, развитие сенсомоторных функций, внимания, речи и т.д. Если какой-то навык ребенок не демонстрирует на приеме, а родители отмечают, что ребенок это делает, то в протоколе делается запись “со слов мамы”.

з) Время проведения первичного приема приблизительно 45-60 минут. Если в течение этого времени не все задачи решены, обследование может быть продолжено на третьей встрече. Перерыв между встречами не должен превышать 1 недели.

Алгоритм проведения приема

а) Приветствие и знакомство с семьей. Мама с ребенком и специалисты располагаются на ковре. Ребенок находится рядом с мамой, в контакт с ним сразу не вступают, а предоставляют время для адаптации к незнакомой обстановке и людям. На ковре, в зоне доступа и вне ее, раскладывают различные игрушки, предметы.

б) Сообщение ведущим специалистом о цели встречи, времени и плана ее проведения. Далее можно поговорить о ребенке в контексте ситуации: как обычно ведет себя малыш в незнакомой обстановке; во что любит играть и т.д.

в) Во время беседы с матерью педагог-дефектолог (психолог)

вступает в контакт с ребенком и проводит обследование по заданной схеме (следует ниже).

г) После психолого-педагогического обследования проводится исследование двигательной активности педагогом ЛФК и неврологическое обследование врачом-невропатологом.

д) Подведение итогов обследования: обсуждение с родителями сильных и слабых сторон развития ребенка, в том числе по результатам тестирования по KazakhKIDS или KazakhCDI-шкалам. Согласование представлений специалистов и родителей о ребенке.

е) Обсуждение и принятие решений о дальнейших действиях. Первичные рекомендации (например, дополнительное обследование у врачей сурдолога или офтальмолога).

ж) Завершение встречи: суммировать содержание приема, спросить родителей о соответствии прошедшего их ожиданиям. Прощание с ребенком и родителями. Если планируются еще встречи, сообщение родителям, когда они увидятся вновь.

Алгоритм обследования ребенка

1) Предоставить время ребенку для адаптации и изучения окружающего (игрушки в поле видимости, часть из них в зоне досягаемости). Во время беседы с мамой наблюдаем за ребенком: к чему (кому) проявляет интерес. Через 3-5 мин., если ребенок проявляет больше интерес к игрушкам и осуществляет с ними действия, то переходим к п. 3. Если ребенок пассивен или больше разглядывает лица людей, то вступаем в эмоциональный контакт с ним – п. 2.

2) Коммуникация. Обращаемся к ребенку: зовем по имени, ласково приветствуем, смотрим в глаза, разговариваем. Если ребенок не расположен к вступлению в контакт, то просим маму поиграть с ребенком так, как она обычно это делает. В ходе установления контакта играем с ребенком в «Ку-ку», «Ладушки», «Коза рогатая». Обращаем внимание, как общается ребенок:

проявляет ли интерес к общению, намеренность и инициативу в общении (следует периодически делать паузы в общении, чтобы ребенок сам проявил намеренность и инициативу в контакте);

в игре «ку-ку» - ждет, соблюдает очередность в процессе коммуникации;

как реагирует на обращенные к нему мимику, интонацию, жесты, слова;

использует сам мимику, интонацию, жесты, слова для взаимодействия;

- подражает действиям, звукам, словам специалиста или мамы;
- притворство: сами или у мамы выясняем, как может притворяться «Ой, боюсь» или «Напугай меня» и т.п.

Речь. В ходе обследования:

- позвать по имени
- где мама?
- где носик, глазки, ушки?
- Дай, принеси, покажи: машинку, мячик, «ав-ав», «мяу» и т.п.
- попросить назвать предметы и игрушки (чудесный мешочек): «Ой, кто это?»

В зависимости от речевых возможностей ребенка можно предложить рассматривать картинки и отвечать на вопросы по ним. Если ребенок не поддерживает речевой контакт, уточняем у мамы его речевые возможности.

3) Манипуляции и действия с предметами. Игра. Мелкая моторика. Бимануальная активность. Зрительные и слуховые реакции.

привлекаем внимание ребенка к игрушкам, вызываем реакцию совместного внимания, обращаемся к нему с привлекающей внимание интонацией: «Смотри, смотри сюда! Что там есть»;

наблюдаем, как ребенок играет с игрушками, к каким игрушкам проявляет интерес, как исследует, использует ли их по назначению. Присоединяемся к игре, организуем игровое взаимодействие (с мячом, машинкой или куклой), предлагаем ему выполнить совместные действия. Если ребенок не играет - сами показываем действия с игрушками, провоцируя его на подражание. Обращаем внимание как ребенок реагирует на игровой контакт взрослого: игнорирует, протестует, допускает, принимает, наблюдает, копирует и подражает;

предлагая игрушку, проверяем зрительные ориентировочные реакции фиксации и прослеживание игрушки), привлечь внимание ребенка, поместить игрушку по средней линии на расстоянии 30см. от лица ребенка, перемещать предмет в различных направлениях;

предлагаем ребенку взять предметы различной формы (палочку, кубик, мячик), мелкие предметы, с левой и правой стороны. Особенности захвата: всей ладонью («грабелкой»), с отведением большого пальца, пинцетный, щипцовый;

предлагаем подтягивать тележку за веревочку, отталкивать мячик.

Во время действий с предметами наблюдаем как ребенок: действует правой и левой рукой, пересекает ли среднюю линию, хлопает в ладоши,

может соотносящими действиями двумя руками собирать пирамидку.

Проверяем зрительные и слуховые ориентировочные реакции и решение проблем (осознает цель, стремится целенаправленно ее достичь).

заинтересовать игрушкой ребенка, положить перед ним и как только он потянется к ней накрыть ее платком (повт.3раза) – для детей 6-12 мес.

заинтересовать игрушкой ребенка и на его глазах спрятать в одну из двух коробок, стоящих перед ребенком (повт. 3 раза) – для детей 1-2 лет.

издавать звуки различными предметами в течение 3-5 секунд на расстоянии от 2 м до 15 см головы ребенка на уровне уха (слуховое сосредоточение, локализация звука в пространстве).

4) Мобильность (крупная моторика). Педагог ЛФК наблюдает за двигательной активностью ребенка в ходе приема и предлагает ребенку различные виды активности, в т.ч. с использованием специальных приспособлений для исследования навыков крупной моторики в трех областях:

- а) поддержание положения тела;
- б) переход из одного положения тела в другое;
- в) перемещение.

1 Поддержание положения тела (стабильность поддержания баланса в различных положениях тела)

Для детей 0-3 мес.

просим положить ребенка на спину и преподносим погремушку, проверяя фиксирует ли взгляд ребенок на предмете и тянет руки к предмету;

просим положить ребенка на живот и смотрим, может ли ребенок несколько секунд удерживать голову, стимулируя различными игрушками;

просим маму взять ребенка на руки и поддержать в вертикальном положении, смотрим может ли ребенок удерживать голову в вертикальном положении в течение 1-1,5 минуты;

проверяем свободно ли удерживает голову в вертикальном положении в течение 5-6 минут привлекая его внимание в игровой форме к себе;

□ кладем ребенка на живот и стимулируем его, предлагая различные игрушки, погремушки); приподняться и опираться на предплечья и локти с поднятой головой, раскрытие ладони либо нет.

Для детей 6-12 мес.

□ просим посадить ребенка на пол, наблюдаем, как он сидит: с поддержкой, облокотившись спиной на маму; сидит, но не уверено, заваливаясь на бок; сидит прямо, удерживая спину ровно, опираясь двумя руками об пол; упираясь одной рукой об пол, другой играя с игрушкой; сидит с прямой спиной и двумя руками играет;

□ в ходе игры наблюдаем, как ребенок удерживает положение в позе на четвереньках: стоит уверено на двух руках, ноги согнуты в коленях на ширине плеч, предлагаем взять игрушку одной рукой, чтобы увидеть, как ребенок удерживает равновесие в трехопорной позе;

□ предлагаем ребенку взять игрушку, наблюдая как он стоит на коленях: неуверенно стоит держась за опору двумя руками; ребенок самостоятельно стоит на коленях, держась за опору двумя руками; самостоятельно стоит держась за опору одной рукой и играя второй;

□ в игре стимулируем ребенка встать на ноги и смотрим как ребенок удерживает позу стоя: нестабильно стоит на ногах, переваливаясь из стороны в сторону, держась за опору двумя руками; стабильно стоит на ногах, держась за опору двумя руками; стабильно стоит на ногах, держась за опору одной рукой; стоит сам, но покачивается; уверенно стоит на ногах; стоит и играет обеими руками в игрушки.

2 Переход из одного положения в другое (изменение положения тела в пространстве)

Для детей 0-3 мес.

- просим маму положить ребенка на спину и стимулируем его с помощью погремушки перевернуться на живот. Наблюдаем: ребенок поворачивается блоком, сгибая одну ногу в коленке, затем переворачивает корпус; тянется рукой (не сгибая ног) за игрушкой, переходя в положение лежа на животе; переворачивается полностью на живот, либо остается лежать на боку;

- с помощью погремушки стимулируем ребенка перевернуться с живота на спину и наблюдаем: ребенок переворачивается, встав на прямые руки или блоком - переворачивается, не поднимая головы, поджав под себя ноги.

Для детей 6-12 мес.

- стимулируем ребенка встать в позу на четвереньках и наблюдаем: ребенок, вяло опираясь на полусогнутые руки и закрытые ладони, пытается встать на четвереньки; ребенок свободно и уверенно, опираясь на прямые руки и открытые ладони, встает на четвереньки;

- предлагаем ребенку, встать держась за опору на колени и наблюдаем: встает, держась обеими руками за опору; встает, держась за опору одной рукой; встает сам не держась за опору;

- просим ребенка достать игрушку, расположенную на высоте его плеч и наблюдаем: встает из положения стоя на коленях, выводя одну ногу вперед; встает из положения позы на четвереньках, сначала выпрямив обе ноги, перебирая при опоре, руками о стену (шкаф, стул и т.д.); встает из положения сидя на полу, согнув и прижав обе ноги, подтягиваясь руками.

3. Перемещение (изменение положения тела в пространстве при движении)

Для детей 6-12 мес.

- стимулируем ребенка ползти по-пластунски (достать игрушку) и наблюдаем: ребенок ползет, вытягивая поочередно руки и асимметрично сгибая ноги; ползет «бороздя» головой по полу, поджимая ноги и руки под себя; подтягивается обеими руками одновременно на руках, не используя ноги;

- смотрим, как ребенок ползает на четвереньках: ползет, отталкиваясь двумя ногами одновременно («лягушкой»); ползет с широко разведенными ногами; ползет уверенно, стабильно на четвереньках;

- из положения «стоя на коленях» просим ребенка принести игрушку и наблюдаем: ребенок держится за опору и перебирая по очереди руками и ногами, двигается в сторону; ребенок держится одной рукой за опору, идет на коленях вперед; не держась за опору, ребенок идет на коленях;

- наблюдаем навык ходьбы: ребенок идет, держась двумя руками за маму, гимнастическую палку; держась одной рукой за маму, за стенку; ребенок идет самостоятельно, широко расставляя ноги; ребенок идет самостоятельно и уверенно.

5) Умение принимать решение (делать выбор). Ребенку предлагают на выбор две игрушки или два лакомства (печенье и банан). Спрашивают: «Что ты хочешь?» и протягивают то один, то другой предмет.

6) Прием пищи и питье:

— предлагаем печенье, банан и наблюдаем: сам держит в руке печенье, пр. и ест. Предлагаем пищу, которую едят ложкой - наблюдаем: кормит мама, снимает пищу с ложки, ест сам ложкой;

предлагаем пить и наблюдаем: пьет из чашки, которую держит взрослый, сам держит чашку и пьет или пьет из поильника.

7) Одевание, раздевание:

просим надеть шапку и наблюдаем снимает ли сам шапку потом- пытается надеть на себя. Предлагаем снять обувь, носки;

при одевании ребенка наблюдаем - протягивает ручки, ножки когда его одевают и обувают.

2.3 Оценка результатов обследования в соответствии с критериями МКФ

На третьем этапе технологии комплексной оценки психосоциального развития ребенка происходит непосредственная оценка развития ребенка в соответствии с критериями и параметрами МКФ. Эта работа осуществляется в ходе заполнения формы первичного обследования (Приложение 3). Отдельные графы формы первичного приема специалисты заполняют во время проведения первой встречи и в ходе обследования ребенка, однако большая часть информации заносится после завершения работы с семьей.

Общая междисциплинарная оценка психосоциального развития ребенка осуществлялась по следующим параметрам:

- что ребенок может делать (по каждой области развития);
- какие проблемы (в каждой области развития);
- какие барьеры окружающей среды препятствуют активности и участию (в каждой области развития);
- какими облегчающими факторами обладает семья для развития активности и участия ребенка.

Содержание оцениваемых областей развития представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Области развития ребенка по МКФ

<p>Получение и применение знаний (d1):</p>	<ul style="list-style-type: none"> - любопытство, интерес, к людям, предметам, игрушкам, стремление к получению опыта - целенаправленное использование органов чувств - способ получения знаний : наблюдение, копирование, действие с предметами, исследование, общение, игра - применение знаний : концентрация внимания, решение проблем, мышление (выполнение заданий различными способами, речь, притворство) - умение принимать решение (делать выбор).
<p>Общие задачи и указания (d2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - выполнение задач (просьб, требований родителей дома) - следование распорядку дня - способность справляться со стрессом - управление своим поведением в соответствии с требованиями - адаптация к изменениям и временным требованиям (например, в распорядке дня)
<p>Коммуникация (d3): 1) коммуникативные умения 2) получение и понимание сообщений 3) продуцирование сообщений 4) разговор (диалог)</p>	<p>1) проявляет интерес и внимание к другому человеку, речи, коммуникации, - смотрит в лицо, глаза, демонстрирует совместного внимания, проявляет намеренность в коммуникации, подражает действиям, звукам, словам</p> <p>2) понимает жесты, мимику и телодвижения, понимает простые сообщения, выраженные словами</p> <p>3) использует для сообщения мимики, жестов, интонации, вокализаций, слов, фраз</p> <p>4)начинает и поддерживает диалог, вокализируя по очереди, продолжая диалог.</p>
<p>Мобильность(d4): Крупная моторика Тонкая моторика:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - поддержание положения тела - переход из одного положения тела в другое - перемещение - дотягивание, хватание, удержание, отпускание, перенос, подтягивание и отталкивание - манипулирование - бимануальная активность
<p>Забота о собственном теле и здоровье (d5):</p>	<ul style="list-style-type: none"> - умение мыться - уход за частями тела (умение чистить зубы, причесываться, чистить нос) - управление физиологическими отправлениями - одевание, раздевание - прием пищи и питье
<p>Межличностное взаимодействие (d7):</p>	<ul style="list-style-type: none"> - интерес к человеку - инициация и поддержание взаимодействия - теплота в отношениях - физический контакт - дифференциация между людьми - формирование отношений - соблюдение социальных правил и поддержание социальной дистанции - семейные отношения (к родителям, братьям, сестрам)

Основные жизненные сферы (d8)	- участие в игре (одиночная, проявляет интерес к играм других детей, параллельная, общая совместная с детьми игра) - дошкольное образование
Общественная жизнь (d9)	Имеет ли возможность семья с ребенком посещать(участвовать): развивающий центр, детские площадки, парк развлечений, магазины, кино и театры, осуществлять поездки в транспорте, принимать участие в детских праздниках
Функции (b) и связанные с ними структуры (s) организма относительно имеющихся ограничений активности /участия	- умственные функции и структуры нервной системы - сенсорные (глаз, ухо и относящиеся к ним структуры) и боль, - голос и речь и структуры, участвующие в голосообразовании и речи - сердечно-сосудистая, крови, иммунная и дыхательная системы и соответствующие структуры, - пищеварительная, эндокринная системы и метаболизм-, и соответствующие структуры, - урогенитальные и структуры, относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системам - нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции и структуры - кожные; кожа и относящиеся к ней структуры

Врач-невропатолог оценивает состояние здоровья ребенка по разделам функции и структура тела: умственные, сенсорные, голос и речь, нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции и т.д., используя соответствующую кодировку МКФ.

Психолог, педагог- дефектолог, педагог ЛФК оценивают развитие ребенка по разделам активность и участие, также используя соответствующую кодировку МКФ. Следует отметить, что кодировка здоровья, активности и участия применяется лишь с целью определения их уровня их функционирования или степени выраженности проблем, что в свою очередь необходимо для разработки адресной конкретной программы помощи ребенку и семье. Поэтому степень выраженности проблем развития ребенка: нарушения функций и структур организма, ограничения активности и участия, а также степень влияния негативных (барьеров) и благоприятных факторов окружающей среды измеряются с помощью единой шкалы определителей и указываются в баллах. Система оценок проблем здоровья, активности и участия, факторов окружающей среды представлена ниже в таблице 3.

Таблица 3 - Оценка проблем и факторов окружающей среды

Коды	Оценка проблем в баллах	Качественная оценка проблемы	Временное присутствие проблемы
Функции организма (1-7)	0	нет проблем, (крайне незначительные; отсутствие ухудшений)	0–4%
Структуры организма (s (1-8) Активность, участие (d (1-9))	1	легкие проблемы (слабые; незначительное ухудшение)	5–24%
	2	умеренные проблемы (средние, значимые, умеренное ухудшение)	25–49%
	3	тяжелые проблемы (высокие, интенсивные, серьезное ухудшение)	50 –95%
	4	абсолютные проблемы (полные, с абсолютным ухудшением)	96–100%
Коды	Оценка факторов в баллах	Качественная оценка факторов	Временное присутствие фактора
Факторы окружающей среды (1-5) - барьеры - облегчающие факторы	0	Нет барьеров, облегчающих факторов (отсутствуют или ничтожные)	0–4%
	1	Незначительные барьеры, облегчающие факторы (легкие, небольшие, слабые)	5–24%
	2	Умеренные барьеры (средние)	25–49%
	3	Выраженные барьеры (тяжелые)	50 –95%
	4	Абсолютные барьеры (полные)	96–100%

Для определения проблем ребенка и роли факторов окружающей среды с целью разработки программ оказания помощи семье ребенка осуществляется неполное частичное кодирование результатов комплексной оценки в соответствии с критериями МКФ. Кодировются только проблемы ребенка (нарушения функций и структуры организма, активность и участие), степень выраженности этих проблем, а также барьеров и облегчающих факторов окружающей среды. Результаты обследования вносятся в форму первичного обследования, куда также выносятся общее заключение, отражающее основные проблемы ребенка, а также барьеры и облегчающие факторы.

2.4 Разработка программ оказания помощи ребенку и его семье

Четвертым заключительным этапом является – составление индивидуальной программы развития для ребенка.

Следует отметить, что в существующей практике организаций образования (РЦ и КППК) индивидуально развивающие программы для

ребенка (ИРП) составляются междисциплинарной командой специалистов или ведущим специалистом при участии других профессионалов и затем реализуются этими же специалистами. Роль родителей при этом сводится к той или иной степени участия в работе с ребенком. Существуют определенные традиции, подходы, в том числе оформленные в виде нормативно-инструктивных документов, регламентирующих порядок и содержание оказания помощи детям раннего возраста в условиях кабинетов психолого-педагогической коррекции и реабилитационных центров. В некоторой части принципы оценки МКФ могут соотноситься с этими подходами (командная оценка и составление ИРП) и использоваться в существующей практике. Безусловно, для внедрения МКФ-ДП в практику специалистов РЦ и КППК необходим достаточный опыт ее адаптации и внедрения. Однако, представленная система оценки проблем развития ребенка раннего возраста достаточно успешно может использоваться для составления программ оказания помощи семье ребенка. Отличие этих программ от существующих ИРП в том, что они составляются специалистами совместно с родителями и выполняются всей семьей в домашних условиях.

Необходимость разработки программ помощи для родителей на основе оценки МКФ обусловлена рядом преимуществ и обстоятельств:

- основная цель МКФ – способствовать преодолению препятствий к активности и участию ребенка в различных сферах жизни и нормализации повседневной жизни. Достижение этой цели возможно лишь в семье и ближайшем социальном окружении через повседневную активность и разнообразную деятельность ребенка;

- развитие ребенка раннего возраста происходит в условиях постоянного и разнообразного (эмоционального, телесного, игрового и т.д.) общения и взаимодействия с близкими людьми. Родители маленького ребенка в силу специфики этого возраста являются лучшими воспитателями и учителями для своего малыша. Задача специалиста помочь им раскрыть свой потенциал и привлечь ресурсы семьи для развития ребенка;

- эффективность раннего вмешательства значительно повышается, если целенаправленная помощь оказывается не только профессионалами на занятиях в кабинете, но и родителями ребенка в семье;

- отсутствие служб раннего вмешательства в здравоохранении, недостаточная сеть организаций образования, оказывающих помощь детям раннего возраста (отсутствие или наличие очереди в организацию) делает актуальной и значимой работу специалистов РЦ, КППК по составлению программ помощи ребенку и семье.

Рассмотрим последовательность и содержание работы по составлению программ помощи ребенку и семье. Эта программа составляется на основе запроса и потребностей семьи, она максимально должна быть вписана в привычную жизнь семьи и способствовать повышению активности и участия ребенка в ней. С родителями обсуждается составленный ими список проблем ребенка в повседневной жизни дома и в ближайшем социальном окружении. Итогом обсуждения должно стать выявление 1-3 наиболее значимых проблем ребенка в повседневной жизни ребенка, которых, по мнению, родителей и специалистов в большей степени препятствуют активности и участию ребенка в различных видах социальной деятельности. На преодоление этих конкретных, беспокоящих родителей проблем, будет нацелена программа развития. При составлении программы специалисты и родители ориентируются на сильные стороны, интересы и индивидуальные потребности ребенка и семьи.

После составления программы специалисты представляют родителям окончательный вариант программы. Цель этого этапа - обучение родителей и других членов семьи роли ассистента для ребенка, помогающего ему использовать свои способности и возможности для успешного развития. Программа должна быть понятной и доступной для ее использования родителями в повседневной жизни семьи. Программа включает в себя одну цель, достижение которой происходит через поэтапное выполнение конкретных задач. Структура программы состоит из следующих компонентов: цель, этап, задачи этапа, а также указание – кто и как будет делать.

Специалисты на повторной встрече показывают родителям, каким образом они будут играть, общаться и выполнять различные действия с ребенком, чтобы достигнуть цели программы. В ходе демонстрации игры специалиста с ребенком акцентируется внимание родителей на разных важных деталях, также специалисты отвечают на вопросы по реализации программы. Программа обычно составляется на 2-3мес., после чего родители приглашаются на повторную оценку. Приведем пример использования МКФ для анализа конкретного случая.

Алина. 1г.6 мес. Синдром Дауна.

Запросы родителей

- 1) научить самостоятельно ходить
- 2) развитие речи
- 3) учить взаимодействовать и играть с сестрой, детьми

Список проблем (что трудно в повседневной жизни, по мнению родителей):

- 1) не умеет ходить
- 2) отстает в речевом развитии

Оценка развития ребенка в рамках МКФ (поскольку одной из главных проблем ребенка, по мнению мамы, является неумение ходить (с чем также согласны и специалисты) и развитие этого навыка станет основной целью программы представим описание только одной области развития – мобильность: крупная моторика.

а) Что умеет делать: Алина может встать на колени, держась двумя руками за опору. С поддержкой взрослого сесть из положения стоя. Алина активно с удовольствием и хорошо ползает реципрочно. Ходит с поддержкой за две руки вперед.

б) Проблемы. Алина не встаёт сама. Не шагает вдоль опоры приравненным шагом (в сторону). Самостоятельно не ходит и не любит долго ходить ножками. Не может участвовать в подвижных играх с детьми, играть с ними на детской площадке. Степень выраженности этих проблем оценена в 2 балла - умеренные проблемы.

в) Функции организма: нарушений функций мышечного тонуса. Слабость силы мышц нижних конечностей.

г) Барьеры окружающей среды: недостаточная осведомленность мамы об этапах развития ходьбы, ее стремление принуждать дочь ходить, несмотря на желание Алины ползать. Степень выраженности барьера оценена в 1 балл - легкие, незначительные барьеры.

д) Облегчающие факторы: высокая мотивация и желание родителей научить ходить ребенка, поддержка профессионалов. Значение этого фактора оценено в 3 балла – значительный фактор.

В ходе совместного обсуждения результатов обследования и оценки развития ребенка специалисты и мама Алины пришли к единому мнению, что их общие усилия будут направлены на формирование навыка ходьбы. Был составлен план развития навыка ребенка, часть которого изложена в качестве примера в таблице 4.

Как видно из программы специалисты переориентировали внимание мамы с тренировок самого навыка ходьбы, который еще недоступен ребенку и поэтому ей не интересен (девочке не нравится ходить, а мама заставляет) на формирование его предпосылок. Учитывая, что у девочки низкий тонус мышц стопы, специалисты предложили маме играть в такие игры, которые будут способствовать их укреплению. Следующим этапом должно было стать умение вставать из положения сидя, держась за опору и т.д. (цепочка последовательных шагов для достижения конечной цели).

Таблица 4 - План развития навыков

Имя ребенка Алина

Возраст 1г.6 мес.

Цель. Научить ходить самостоятельно.

Этапы	Задачи	Как делать?	Кто будет делать?
1.Развивать силу мышц стопы.	1.Алина будет опираться на ступни ног при сидении когда кушает, играет, когда ее одевают.	1. Садить Алину на стульчик так, чтобы колени были согнуты под 90°. Ноги должны упираться в пол. В этом положении Алина будет играть: брать игрушки с полу с разных сторон, бросать мячики маме, сестре, в коробку, сбивать кегли и т.д. Играть так по 3 раза в день от 5 до 10мин., ориентируясь на желание и интерес ребенка.	Мама Сестра

В качестве эффективности такой работы можно привести наш опыт применения МКФ-ДП для составления программ помощи ребенку и его семье. На основе запросов родителей составлено 22 индивидуальных программ развития в домашних условиях для каждого ребенка и проведены индивидуальные консультации родителей. Повторные обследования детей через 2-3 мес. выявили положительную динамику, проявляющуюся в:

- улучшении или полном формировании конкретного навыка (ходьбы, кушать ложкой, смотреть на предмет и брать его рукой и т.д.);
- расширении арсенала и повышения качества активности и участия детей в различных сферах жизни (стал играть в прятки с детьми, стал сидеть с семьей за столом и сам кушать и т.д.);
- повышении компетентности родителей в воспитании своих детей, улучшении навыков общения и взаимодействия с ними, появлении уверенности в своих силах и оптимизм в перспективах развития ребенка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время существующие в мировом сообществе системы оказания помощи людям с ограниченными возможностями с момента рождения и в течении всей жизни базируются на социальной модели, направленной на устранение не нарушений, а барьеров в обществе, препятствующих включению и участию этих людей в различных сферах социально-общественной жизни.

Главным принципом и конечной целью раннего вмешательства является нормализация жизни ребенка и его семьи, максимально возможная их социальная интеграция, несмотря на имеющиеся нарушения ребенка, которые, к тому же, могут быть никогда не преодолены. Поэтому оценка в раннем детстве, помимо выявления проблем и нарушений, должна включать в себя изучение различных факторов, имеющих влияние на развитие ребенка: его сильные стороны и интересы, ресурсы и возможности родителей в оказании помощи ребенку, наличие психологических и социальных проблем и барьеров, т.е. быть мультидисциплинарной.

В наибольшей степени этим требованиям комплексной оценки соответствует Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, оценивающая не столько нарушения здоровья, сколько их влияние на функционирование индивида, его активность и участие в различных сферах общественной жизни, что позволяет определить все возможные ресурсы, меры и пути оказания помощи ребенку и его семье.

В Казахстане по инициативе общественных организаций правительство переходит на социальную модель поддержки людей с ограниченными возможностями. Принят ряд нормативно-правовых документов в отношении лиц с инвалидностью, основные принципы которых заложены на социальной модели. Имеется локальный опыт применения МКФ в системе здравоохранения, а также при проведении медико-социальной экспертизы. В системе специального образования (реабилитационные центры, кабинеты психолого-педагогической коррекции), оказывающих психолого-педагогические услуги детям раннего возраста МКФ-ДП не используется, что ограничивает возможности этих организаций в использовании современных международных методов оценки проблем и подходов в оказании помощи детям раннего возраста. В связи с этим изучение и применение МКФ для оценки проблем развития детей ран-

него возраста стало темой наших прикладных исследований; первый этап апробации комплексной оценки представлен в методических рекомендациях.

В рекомендациях изложены основные методологические подходы и методы МКФ-ДП для оценки проблем психосоциального развития; описана технология комплексной оценки психосоциального развития детей раннего возраста, включающая направления оценки по различным областям детского развития в рамках международной классификации. Оценка проблем развития ребенка раннего возраста используется для составления программ оказания помощи семье ребенка. В рекомендациях изложены последовательность и содержание работы по составлению программ помощи ребенку и семье.

Изложенная в методических рекомендациях система комплексной оценки проблем развития ребенка в рамках МКФ основана на первом, начальном опыте ее применения и требует дальнейшего развития, совершенствования в ходе ее практического использования в деятельности организаций образования (ПМПК, РЦ, КППК).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ, краткая версия. - Всемирная Организация Здравоохранения, 2001.
- 2) Малофеев Н.Н. Стратегия и тактика переходного периода в развитии отечественной системы специального образования и системы помощи детям с особыми проблемами //Дефектология. - 1997. - №6.
- 3) Нет «необучаемых детей»: книга о раннем вмешательстве /под ред. Е.В.Кожевниковой, Е.В.Клочковой. - СПб., 2007.
- 4) Стандартные правила по созданию равных возможностей для лиц с ограничениями жизнедеятельности: утв. на 48-й сессии Ген. ассамб. ООН 20 декабря 1993 года.
- 5) Декларация о правах инвалидов: принята резолюцией 3447 (XXX) Ген.ассамб. ООН 9 декабря 1975 года.
- 6) Конвенция о правах ребенка: одобрена Ген. ассамб. ООН 20 ноября 1989.
- 7) Варшавская декларация. Права человека в отношении умственно отсталых лиц: принята 24 октября 1995 года.
- 8) Алиева Х.М. Особенности компенсаторных возможностей мозга у детей первых лет жизни с патологией психического развития // Резервы человеческой психики в норме и патологии: тез. док. совет.-амер. симп. - М.: Наука, 1988.
- 9) Guralnick M. The effectiveness of early Intervention. - Baltimore, 1997.
- 10) Strauss R.S. Effects of the intrauterine environment on childhood growth //Brit. Med. Bull. - 1997.-53, №1.
- 11) Сулейменова Р.А. Теоретические и социальные основы ранней коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями. – Алматы: ННПЦКП, 1999.
- 12) Стребелева Е.А. Создание в России единой системы раннего выявления и ранней коррекции отклонений в развитии детей - одна из актуальных задач дошкольного специального образования //Специальные образовательные потребности-98. - Тарту, 1998.
- 13) Сулейменова Р.А. Система ранней коррекционной помощи детям с ограниченными возможностями в Казахстане: проблемы создания и развития. – Алматы.: ИИА «Айкос», 2001.

- 14) Штерн Д. Фундаментальные аспекты лечения родителей и детей: общность разных подходов // В кн.: Мать, дитя, клиницист. – М.: Российская психоаналитическая ассоциация, 1994.
- 15) Heimann M., Meltzoff A. Deferred imitation in 9- and 14-month-old infants: A longitudinal study of a Swedish sample //Brit. J. Dev.Psychol. - 1996. - 14. - №1.
- 16) Catherwood D. The haptic processing of texture and shape by 7 to 9-month-old infants //Brit.J.Dev.Psychol. - 1993. - 11, №3.
- 17) Trevarthen C. Infant emotions, mother - infant communication and phases of brain of brain growth: Antecedents and consequeness in building of the neocortex: [Pap] 157-th Meef. Neth. A.nat.Soc. Lunteren, Jan. 6-7, 1995 //Eur. J Morfhol - 1995; №4.
- 18) Скобло Г.В., Дубовик О.Ю. Система «мать-дитя» в раннем возрасте как объект психопрофилактики // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. - №2. – С.75-78.
- 19) Мухамедрахимов Р.Ж. Формы взаимодействия матери и младенца //Вопр.психологии. - 1994. - №6. - С.16-25.
- 20) Айнсворт Д.С. Привязанности за порогом младенчества: детство идеальное и настоящее/под ред. Е.Р.Слободской. - Новосибирск: Сибирский рабочий, 1994.
- 21) Смирнова Е.О. Теория привязанности: концепция и эксперимент // Вопросы психологии. – 1995.
- 22) Мухамедрахимов Р.Ж. Взаимодействие и привязанность матерей и младенцев группы риска // Вопросы психологии. – 1997. - № 4.
- 23) Баркер Дж. Down Syndrome News & Update, Vol. 1, No. 3, pp. 133-135. © Copyright 1998 The Down Syndrome Educational Trust/ пер. с англ.; под ред. Кравченко К.Я.- <http://www.downsyndrome.ru/articles/71749/> www.downsideup.org.
- 24) Дети с синдромом Дауна: их особенности, влияющие на развитие речи. -www.sunchildren.narod.ru.
- 25) Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. /Вопросы детской (возрастной) психологии/ Т.4.- М.: Педагогика, 1983.
- 26) Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. – М.: Педагогика, 1989.
- 27) Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М.: Педагогика, 1986.
- 28) Обухова Л.Ф. Детская (возрастная) психология. М.: Роспедагентство, 1996.
- 29) Раннее вмешательство: вчера, сегодня, завтра //Журнал.-Вып. 1.- 2008.

30) Служба раннего вмешательства: метод. реком. /под ред. Л.В.Блохина, С.В. Калинина, Н.И. Морозова, Л.В. Самарина, Т.И. Сивухина, И.И. Торопова. – Изд.2-е, доп. – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения.- 2010.

31) Фигурин Н.Л., Денисова М.П. Краткая диагностическая схема развития ребенка до 1 года// В кн.: Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы.- Л., 1926, вып.2.

32) Щелованов Н.М. Развитие высшей нервной деятельности и воспитание детей раннего возраста //Советская медицина. –1951. -№4.

33) Журба Л.Г., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. - М.: Медицина, 1981.

34) Brazelton T. B. Nugent J.K. Neonatal Behavioural Assessment Scale / Clinics in Developmental Medicine. - London: Mae Keith Press, 1995. - № 137.

35) Frankenburg W.K., Dodds I.B. Denver Developmental Screening Test //Pediatry, 1997. - Vol.71. - № 2.

36) Leiter R.G. Leiter International Performance Scale // Instruction Manual Cat. No. 37041M. - USA , 1979.

37) Горюнова А.В., Козловская Г.В., Римашевская Н.В. Стандартизированная клинико-психологическая модель ГНОМц:методические рекомендации. - М.: Полиграф сервис, 1989.

38) Баженова О.В. Диагностика психического развития детей первого года жизни. — М.:МГУ, 1986.

39) Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет. - М.: Полиграф сервис, 2003.

40) Диагностика психического развития в раннем детстве /под ред. Р.А. Сулейменовой. - Алматы: ННПЦ КП, 2014.

41) Linder T.W. Transdisciplinary Play-Based Assessment. A Functional Approach to Working with Yong Children. - Baltimor, 1999. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infacy and early Childhood. Zero to three /National Center for Clinical for Infant Programs. - Third Printing, 1995.

42) Rossetti L. M. Infant-toddler assessment; An interdisciplinary approach Austin: -PRO-ED, 1990.

43) Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infacy and early Childhood. Zero to three / National Center for Clinical for Infant Programs.- Third Printing, April, 1995, 353 p.

44) Ким С.В., Махмутова А.М., Булекбаева Ш.А. Применение

Международной классификации функционирования для оценки функционального состояния здоровья детей с ДЦП. - EurAsian J of Public Health– 2015. - V.4 -N 1.

45) Ким С.В., Омарова А.Б., Болат А. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в бюро МСЭ г. Астаны //EurAsian J ofPublicHealth. – 2015. -V.4- N 1.

46) Ким С.В., Акшулаков С.К., Ибраева К.Б. Применение Международной классификации функционирования для оценки функционального состояния здоровья больных нейрохирургического профиля// EurAsian J ofPublicHealth– 2015.- V.4- N 1.

47) Всемирная организация здравоохранения. ВОЗ выпускает новый стандарт на документальную регистрацию здоровья детей и подростков.- Availableat:<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr59/ru/index.html> (дата обращения 25.06.2013).

48) Определение ограничений жизнедеятельности у детей раннего возраста на основе международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: методические рекомендации. – М. :ФГБУ Научный центр здоровья детей,2013.

49) WHO ICF-CY Developmental Code Sets. Available at: http://www.icf-cydevelopmentalcodesets.com/Home_Page.html (accessed 25 June 2013).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Беседа с родителями

(перечень вопросов по развитию ребенка в рамках МКФ)

1. Получение и применение знаний:

1. К чему проявляет интерес? Больше стремится к общению с людьми или действиям с игрушками?
2. Во что любит играть: в какие игры, с какими предметами и игрушками?
3. Как долго может играть с игрушками (сколько минут концентрирует внимание)?
4. Наблюдает ли за действиями взрослых, подражает? В чем и как подражает малыш?
5. Что делает, если ему нужно решить проблему: что-то достать, получить, выбрать?
6. Может притворяться, хитрить, если ему что-то нужно или в играх («ой боюсь»)?

2. Общие задачи и указания

1. Выполняет ли осознанно ваши просьбы и требования (словесно или жестами) «Дай маме (папе)», «Принеси», «Положи на»?
2. Есть ли у ребенка распорядок дня? Следует ли ребенок ему (кушает, ложится спать, идет на прогулку, когда приходит время для этого) или сопротивляется?
3. Как ребенок реагирует на изменения в распорядке дня (неожиданные изменения в привычной рутине)?
4. Как ведет себя ребенок при стрессе: например, когда не выполняют просьб, чего-то не хочет делать, находится в незнакомой, непривычной шумной или пугающей обстановке?
5. Как справляется со стрессом: легко успокаивается, быстро адаптируется или долго плачет, капризничает, протестует (по времени)?
6. Как вы можете успокоить ребенка при стрессе? Какое самое верное средство успокоения?
7. Есть ли требования к ребенку? Как он их выполняет? Например: «Нельзя», «Не трогай» или требование садиться на горшок, одеться и т.п.

3. Коммуникация:

1. Откликается на имя?
2. Смотрит туда, куда вы показываете пальцем, обращаясь «Смотри сюда»?
3. Часто малыш сам обращается к вам, просит что бы посмотрели, поиграли с ним?
4. Понимает мимику, интонацию? Какие жесты понимает? Какие жесты использует в общении и взаимодействии?
5. Понимает просьбы «Где мама, папа...?» «Покажи носик, глазки...» «Дай ав-ав (собачку) машинку...»
6. Какие слова говорит, обращаясь к вам?
7. Может поддержать диалог (разговор по очереди) словами, звуками, жестами (Разговор это – взрослый обратился словом, звуком, жестом, мимикой – ребенок ответил (словом звуком...), взрослый отреагировал – ребенок ответил).

4. Забота о собственном теле и здоровье:

1. Как умывается ребенок: что может сам, что делаете вы?
2. Может ли ребенок чистить зубы, причесываться, чистить нос?
3. Как пользуется туалетом (по большому и маленькому): не просится, но реагирует или не реагирует на мокрое; сигнализирует о нужде – каким образом, спокойно высаживается на горшок, сам просится, но нуждается в снятии и одевании штанишек, самостоятельно ходит в туалет).
4. Может сам раздеться, одеться. Что может сам снять, одеть? Помогает ли при одевании (протягивает руку, ногу)?
5. Самостоятельно ли кушает: рукой, ложкой. Пьет сам из чашки? Нуждается в кормлении и питье? Насколько и каким образом? Какую пищу ест (протертую, твердую)?

5. Межличностное взаимодействие:

1. Ваш ребенок общительный? Проявляет интерес к людям и инициативу в общении? Любит общаться с людьми?
2. Ваш ребенок ласковый? Нравиться прижиматься. обниматься, целоваться?
3. Любит внимание, чтобы хвалили, одобряли?

4. Обращается за поддержкой и помощью?
5. Различает своих и чужих? Боится, стесняется, присматривается к незнакомцу?
6. По-разному относится к окружающим? Кто-то нравится, любит, предпочитает больше, меньше? Какие отношения с членами семьи?
7. По-разному ведет себя со взрослыми (близкими и незнакомыми, мамой и папой, детьми и взрослыми) Ведет себя по-разному в различных ситуациях.

6. Основные жизненные сферы:

1. Проявляет ли интерес и внимание к сверстникам?
2. Наблюдает за их игрой, играет рядом, включается в совместную игру (эмоциональную, подвижную, с игрушками)?
3. Посещает детский центр, детский сад? Адаптация к нему. Включается ли в режим детского учреждения, выполняет требования и правила.

7. Общественная жизнь:

1. Посещает детский сад, развивающий центр, детскую площадку, парк, магазины, кино и театры, праздники? Могут осуществлять поездки? Какие затруднения и проблемы в посещении? Как родители решают их?

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Оборудование для обследования детей раннего возраста

Игрушки

Для детей 1 года жизни

1. Черно-белое изображение (шахматная доска, круги, лица)
2. Картинки с изображением на белом фоне яркого предмета (кукла, машинка, цветок)
3. Ярко окрашенная игрушка 7-10 см. для фиксации и прослеживания объекта
4. Белый экран размером 35*35 см. с двумя окошечками 7*7см, расположенными на расстоянии 10 см. друг от друга и яркая звучащая игрушка размером до 7 см.
5. Платок для поиска спрятанного предмета
6. Три – пять погремушек разных форм
7. Шарики (гладкие, колючие, пищание) размером от 3 до 10 см.
8. Коробка (банка) с крышкой
9. Маленькая машинка 10-15 см.
10. Пирамидка из 3 колец
11. Кубики
12. Мягкая игрушка (кукла, мишка)
13. Игрушка с сенсорным эффектом

Для детей 2 года жизни.

1. Две коробки с крышками
2. Три куба – вкладыша
3. Пирамидка из 3 и 5 колец
4. Мелкие предметы (бусины, палочки, тесёмочки и т.д.) для пинцетного захвата.
5. Грузовичок на веревочке
6. Кукла, расческа, чашка, ложка, тарелка.
7. Мячик яркий (святящийся) и мяч обычный размером 15 см.
8. Камертон
9. Сортер, вкладыши
10. Платок, для поиска спрятанного предмета.
11. Игрушечные собачка, кошка, мишка

12. Игрушечный телефон
13. Волшебный мешочек
14. Кубики 4 штуки
15. Игрушка с сенсорным эффектом
16. Игрушка с молоточком
17. Печенье, банан, чашка с водой и ложка
18. Предметные картинки
19. Картинки на действия

Для детей 3 года жизни.

1. Три коробки с крышками
2. Четыре куба – вкладыша
3. Пирамида из 5 колец
4. Мелкие предметы (бусины, палочки, тесёмочки и т.д.) для пинцетного захвата.
5. Машинки (грузовик, легковая машина) разных размеров
6. Игрушечная мебель (кровать, стул, стол)
7. Посудка (ложка, чашка, блюдце, кастрюля, чайник)
8. Кукла, расческа, зеркальце
9. Сортеры из 2-3-4 вкладышей
10. Складные матрешки 3-4 составные
11. Предметные и сюжетные картинки
12. Парные картинки
13. Кубики цветные (по два красного, синего, желтого и зеленого).
14. Разрезные картинки из 2-4

Оборудование для исследования двигательной активности

1. Адаптивный стульчик
2. Ортопедический валик диаметром 15, 20,30,35 см.
3. Утяжелительные укладки (мешочки с песком) весом 2кг.,4кг.,6кг.
4. Укладки из подручных средств, для придания правильной позы:
 - одеяло скрученное в гнездо;
 - банное полотенце скрученное в валик
5. Рама переднеходовая, заднеходовая
6. Ходунки с фиксациями, без фиксации
7. Гимнастические палки
8. Различные препятствия
9. Крупные модули

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Первичный прием в рамках МКФ

(форма разработана Институтом раннего вмешательства
г. Санкт-Петербург)

Дата приёма

Специалисты:

Фамилия, имя ребенка

Дата рождения

Возраст ребенка

Адрес

Телефон

Электронный адрес

На приеме (кто пришёл)

Состав семьи:

ЗАПРОС:

1.

2.

3.

СПИСОК ПРОБЛЕМ (что трудно в повседневной жизни):

1.

2.

3.

Диагноз ПМПК

Kazakh KID	Данные
Познавательное развитие	
Развитие движения	
Развитие речи и общения	
Самообслуживание	
Социальное развитие	
ОБЩАЯ	

Kazakh CDI	Данные
Социальное развитие	
Самообслуживание	
Общая моторика	

Мелкая моторика	
Речь	
Понимание речи	
ОБЩАЯ	

Результаты Kazakh KID (CDI) _____

Зрение _____

Слух _____

Области развития	Активность/ участие		О б л е г - чающие факторы барьеры
	Что ребенок может делать	Оценка проблем	
Получение и применение знаний (d1): - любопытство, интерес, стремление к получению опыта - целенаправленное использование органов чувств - способ получения знаний (наблюдение, копирование, действие с предметами, исследование, общение, игра) - применение знаний (концентрация внимания, решение проблем, мышление, притворство) - умение принимать решение (делать выбор)			
Общие задачи и указания (d2): - выполнение задач - следование распорядку дня - способность справляться со стрессом - управление своим поведением в соответствии с требованиями - адаптация к изменениям и временным требованиям (например, в распорядке дня)			
Коммуникация (d3): коммуникативные умения - проявляет интерес и внимание к другому человеку, речи, коммуникации), - смотрит в лицо, глаза, демонстрирует навыки совместного внимания, проявляет намеренность в коммуникации, - подражает действиям, звукам, словам получение и понимание сообщений - понимает жесты, мимику и телодвижения - понимает простые сообщения, выраженные словами			

<p>производство сообщений с использованием невербальных средств, слов, фраз разговор</p> <ul style="list-style-type: none"> - начинает и поддерживает диалог, фокусируя по очереди, продолжая диалог 			
<p>Мобильность</p> <p>Крупная моторика (d4):</p> <ul style="list-style-type: none"> - поддержание положения тела - переход из одного положения тела в другое - перемещение <p>Тонкая моторика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дотягивание, хватание, удержание, отпускание, перенос, подтягивание и отталкивание - манипулирование - бимануальная активность 			
<p>Забота о собственном теле и здоровье (d5):</p> <ul style="list-style-type: none"> - умение мыться - уход за частями тела (умение чистить зубы, причесываться, чистить нос) - управление физиологическими отправлениями - одевание, раздевание - прием пищи и питье - забота о здоровье 			
<p>Помощь родителям в повседневных делах (d6)</p>			
<p>Межличностное взаимодействие (d7):</p> <ul style="list-style-type: none"> - интерес к человеку - инициация и поддержание взаимодействия - теплота в отношениях - физический контакт - дифференциация между людьми - формирование отношений - соблюдение социальных правил и поддержание социальной дистанции - семейные отношения (к родителям, братьям, сестрам) 			
<p>Основные жизненные сферы (d8):</p> <ul style="list-style-type: none"> - участие в игре (одиночная, проявляет интерес к играм других, параллельная, общая совместная) - дошкольное образование 			
<p>Общественная жизнь (d9):</p> <ul style="list-style-type: none"> - развивающий центр - детская площадка, парк - поездки - магазины - кино и театры - праздники 			

ФУНКЦИИ И СТРУКТУРЫ ОРГАНИЗМА (относительно имеющих
ограничений активности/участия)

Умственные

Сенсорные и боль

Голос и речь

Сердечно-сосудистая, крови, иммунная и дыхательная системы

Пищеварительная, эндокринная системы и метаболизм

Урогенитальные

Нейромышечные, скелетные и связанные с движением

Кожи

ЗНАЧИМЫЕ ФАКТЫ АНАМНЕЗА:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ

Специалисты _____

А.К.Ерсарина, Р.К. Айтжанова, А.К. Кенжеева, Д.Р.Юлдабаева, А.Н. Токарева.

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ПРОБЛЕМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Редактор А. Ерсарина.

Технический редактор Д. Токтарбекова.

Компьютерная верстка А. Кабанбаев.

Формат 60x84\16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 3,5.

ННПЦ КП 050008, г. Алматы, ул. Байзакова 273 А,
тел\факс 394-45-17, 394-45-07.