

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ В. Н. ТАТИЩЕВА
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ
«КОРРЕКЦИЯ И РАЗВИТИЕ»
ФОНД ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ
В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

**«МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР –
НОВЫЙ ФОРМАТ ОКАЗАНИЯ ПОДДЕРЖКИ
СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ
С РАЗЛИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ
РАЗВИТИЯ»**

**Всероссийская научно-практическая
конференция
(г. Астрахань, 28–29 сентября 2022 г.)**

Сборник статей

**Составители:
И. Н. Рахманина,
М. А. Голинько,
Н. Ю. Сязина**

Астрахань
Астраханский государственный университет
имени В. Н. Татищева
2022

УДК 37.04
ББК 74.3
М59

Рекомендовано к печати редакционно-издательским советом
Астраханского государственного университета имени В. Н. Татищева

Микрореабилитационный центр – новый формат оказания поддержки семьям, воспитывающим детей с различными особенностями развития [Электронный ресурс] : сборник статей Всероссийской научно-практической конференции (г. Астрахань, 28–29 сентября 2022 г.) / составители: И. Н. Рахманина, М. А. Голинько, Н. Ю. Сязина. – Астрахань : Астраханский государственный университет имени В. Н. Татищева, 2022. – 198 с. – 1 CD-ROM. – Систем. требования: Adobe Reader. – Загл. с титул. экрана. – Текст : электронный.

В статьях участников Всероссийской научно-практической конференции «Микрореабилитационный центр – новый формат оказания поддержки семьям, воспитывающим детей с различными особенностями развития» отражены результаты исследований по различным аспектам обучения и воспитания детей данной категории.

Издание может быть полезно научным сотрудникам, преподавателям, студентам и аспирантам и всем, кто интересуется проблемами и перспективами образования и воспитания детей с особенностями развития.

Статьи публикуются в авторской редакции.

ISBN 978-5-9926-1404-6

© Астраханский государственный университет имени В. Н. Татищева, 2022

© Рахманина И. Н., Голинько М. А., Сязина Н. Ю., составление, 2022

© Стремина А. И., дизайн обложки, 2022

ДОМАШНИЙ МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР

Адаменко Л. В.

директор ГБУ РА «Центр «Доверие»

Горанова Д. В.

заведующая отделением «Микрореабилитационный центр»,

ГБУ РА «Центр «Доверие»,

Республика Адыгея

Аннотация. Для достижения устойчивой положительной динамики в развитии ребенка с ограниченными возможностями здоровья необходимо, чтобы процесс реабилитации стал его образом жизни.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, проект, микрореабилитационный центр

Государственное бюджетное учреждение Республики Адыгея «Социально-реабилитационный центр «Доверие» осуществляет социально-медико-психолого-педагогическую реабилитацию детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья: с нарушением опорно-двигательного аппарата, в том числе с ДЦП, задержкой психического развития, расстройством аутистического спектра, синдромом гиперактивности с дефицитом внимания, интеллектуальной недостаточностью, задержкой речевого развития и другие [1].

Практика показала, что при повторном поступлении детей-инвалидов в учреждение более чем в 80 % случаев фиксируется снижение показателей развития, достигнутых во время предыдущего реабилитационного курса. Иногда эти показатели ниже до реабилитационных показателей, так как произошел физиологический рост ребенка при отсутствии необходимых в этот период реабилитационных и абилитационных мероприятий.

Для сохранения и улучшения показателей развития ребенка необходимо обеспечить непрерывность реабилитационного процесса. Однако, семьи, воспитывающие детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, сталкиваются с рядом проблем, препятствующих непрерывности процесса комплексной реабилитации ребенка: отдаленность места проживания семьи от реабилитационных учреждений; низкий уровень информированности семей в вопросах реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья; тяжелое материальное положение, затрудняющее приобретение необходимого реабилитационного и развивающего оборудования для использования

в домашних условиях; низкая мотивированность родителей (законных представителей) на выполнение реабилитационных мероприятий в связи с эмоциональным выгоранием; низкая социальная активность детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья и их родителей (законных представителей).

Семьям необходима материальная и информационная поддержка в создании на дому благоприятных условий для обеспечения всестороннего развития и самореализации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья.

Социальная служба «Домашний микрореабилитационный центр». Сопровождение ребенка-инвалида в домашних условиях, как и в условиях учреждения, требует значительных ресурсов и специальных знаний.

В 2021 г. при грантовой поддержке Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, началась реализация 63 проектов, направленных на организацию деятельности социальной службы «Микрореабилитационный центр», в 42 субъектах Российской Федерации, в том числе в Республике Адыгея. В апреле 2021 г. социальная служба «Домашний микрореабилитационный центр» создана на базе государственного бюджетного учреждения Республики Адыгея «Социально-реабилитационный центр «Доверие», в рамках реализации социального проекта «Домашка», прошедшего конкурсный отбор Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Проект направлен на выполнение в домашних условиях краткосрочных программ реабилитации и абилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. На реализацию проекта Фондом выделен грант в размере 5 млн рублей. На средства гранта в учреждении открыт пункт проката средств реабилитации для детей.

Целью деятельности социальной службы «Домашний микрореабилитационный центр» является повышение качества, доступности и непрерывности реабилитационных услуг детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями здоровья; оказание помощи и поддержки в успешной социальной адаптации семьи, воспитывающей такого ребенка; координации деятельности специалистов, оказывающих услуги семье; обучение родителей и лиц, осуществляющих уход за ребенком.

Деятельность социальной службы регламентируется положением о работе структурного подразделения и предусматривает:

- социальное сопровождение семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе проживающих в отдаленной местности, что позволит оказать своевременную квалифицированную помощь для их оптимального развития и адаптации в обществе;

- вовлечение родителей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, в качестве участников реабилитационного процесса, расширения их воспитательных и реабилитационных

возможностей, в том числе через проведение дистанционных онлайн-консультаций;

- разработку и реализацию программ работы с семьями, воспитывающими детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья;

- подбор семье реабилитационного, игрового и другого оборудования и инвентаря, необходимого для реализации в домашних условиях краткосрочных программ реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья;

- проведение мероприятий по обучению родителей (законных представителей) использованию реабилитационного оборудования и повышению их компетентности в вопросах комплексной реабилитации и абилитации детей;

- обмен информацией о деятельности и ее результатах в рамках сетевого профессионального взаимодействия специалистов;

- хранение, выдача, прием и учет оборудования и материалов пункта проката.

Семье выдается индивидуально ориентированная программа реабилитационной работы в домашних условиях, с указанием конкретного периода действия программы, перечня реабилитационных и абилитационных мероприятий, объемом и сроком их проведения, информации о закрепленном кураторе, который будет обеспечивать обратную связь и организовывать дистанционные онлайн-консультации. Проводится обучение родителей (законных представителей) использованию реабилитационного оборудования на дому и повышения их компетентности в вопросах комплексной реабилитации и абилитации детей.

Заключается трехстороннее соглашение о взаимодействии, в рамках которого семья, на период реализации краткосрочных программ, находится на социальном патронаже специалистов комплексных центров социального обслуживания населения (соисполнителей мероприятий проекта) по месту проживания. Специалисты проводят информирование населения о наличии оборудования в пункте проката, оказывают помощь семьям в доставке крупногабаритного реабилитационного оборудования на дом, проводят коррекционно-развивающие занятия с детьми с использованием оборудования и пособий, переданных семье для выполнения реабилитационных программ; осуществляют контроль эффективного использования средств реабилитации; осуществляют с участниками проекта обмен информацией о деятельности и ее результатах.

Специалисты социальной службы «Домашний микрореабилитационный центр» осуществляют систематический мониторинг реализации краткосрочных программ и достижения планируемых результатов.

По завершению периода действия программы, при необходимости, разрабатывается новая программа, в том числе в дистанционной форме.

Пункт проката. Качество жизни граждан с ограниченной мобильностью и другими ограничениями здоровья в значительной мере зависит от уровня обеспеченности средствами реабилитации.

Пункт проката средств реабилитации для детей открыт в ГБУ РА «Центр «Доверие» при грантовой поддержке Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Содержание и пополнение прокатного парка осуществляется за счет внебюджетной деятельности учреждения, спонсорской помощи, безвозмездной передачи оборудования родителями.

В рамках проекта любая семья, воспитывающая ребенка-инвалида или ребенка с ограниченными возможностями здоровья, независимо от доходов, может бесплатно получить во временное пользование различные средства реабилитации: тренажеры Гросса, вертикализаторы, ходунки, пневмокостюмы «Атлант», велосипеды для детей с ДЦП, опоры для сидения, коррекционно-развивающие программно-дидактические комплексы, тренажеры мозжечковой стимуляции, световые планшеты, тренажеры для письма, комплекты логопедических карточек», книги-пазлы, различные наборы методических материалов и многое другое.

Индивидуально ориентированные программы реабилитационной работы с детьми в домашних условиях составляются с учетом перечня, находящихся в пункте проката средств реабилитации.

Выдача во временное пользование оборудования, технических средств и пособий, необходимых для выполнения реабилитационных программ, осуществляется в установленном порядке: заключается договор, составляется акт приема-передачи; проводится инструктаж по использованию, выдаются необходимые методические материалы и памятки.

Список литературы:

1. Социально-реабилитационный центр «Доверие». – Режим доступа: <http://doverie.adg.socinfo.ru/>.

**ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ЗАКОННЫМИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ
ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПОСРЕДСТВОМ
СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ**

Бородко Т. С.

учитель-дефектолог,

*Учреждение образования «Государственный Лидский районный центр
коррекционно-развивающего обучения и реабилитации»,
Лида (Республика Беларусь)*

Аннотация. Дистанционное обучение, группа в «Вконтакте», раннее развитие детей – как это всё взаимосвязано? Любящая мама – лучший педагог, а группа «МалышОк» в «Вконтакте» – её лучший помощник. Посредством специально подобранного и апробированного материала специалистами ранней помощи мама с лёгкостью научится играть сама и обучит игре своего малыша, поймёт последовательность и систему занятий, сможет заниматься в удобное время, в любом месте и в своём собственном темпе.

Ключевые слова: дистанционное обучение, раннее развитие, заинтересованный родитель, социальные сети

Одно из направлений деятельности центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации на современном этапе в Республике Беларусь – оказание ранней комплексной помощи (ранняя коррекция физических и (или) психических нарушений) детям с особенностями психофизического развития в возрасте до трех лет [3].

В последние годы наблюдается не только увеличение числа детей с особенностями психофизического развития младенческого и раннего возраста, но и увеличение спроса законных представителей на получение их детьми ранней комплексной помощи.

В современном мире родители, порой, не могут найти время, чтобы прийти на консультацию к специалисту или самостоятельно отыскать материалы, которые помогут организовать предметно-игровую деятельность ребенка раннего возраста дома. Но каждому ребенку, и малышу с особенностями развития в том числе, нужно помочь развить и реализовать свои потенциальные возможности. Не стоит ждать, пока ребенок станет старше и с ним начнут заниматься педагоги. Родители сами могут научиться общаться, развивать своего малыша, играть с ним, активизируя познавательные процессы, эмоциональное и двигательное развитие. Все,

чему ребенок научится в раннем возрасте, станет фундаментом его дальнейшего развития и обучения [1, 4].

«Новоиспечённые» родители считают себя совершенно не подготовленными к этой роли, надеясь только на специалистов. Но ведь в первые годы жизни малыша практически единственным педагогом для ребенка являются его близкие. И здесь главное захотеть помочь своему малышу. Сейчас такая возможность предоставляется заинтересованным лицам в связи с развитием системы Интернета, социальных сетей (платные/бесплатные семинары, вебинары, сообщества, группы и т. д.). Достаточно найти их и подобрать подходящий для вас.

Как показывает практика, современные родители недостаточно обращают внимание на печатные информационные материалы в учреждениях образования, в детской поликлинике, в реабилитационных отделениях больниц для детей-инвалидов и больных с психоневрологическими заболеваниями, которые готовят для них специалисты. Но, несмотря на свою занятость, современный человек (и родитель маленького ребенка в том числе) находит время на знакомство с новостями и переписку в различных социальных сетях.



Одной из эффективных моделей работы учителя-дефектолога, педагога-психолога с семьёй ребенка раннего возраста в практике работы Государственного Лидского районного ЦКРОиР стало функционирование группы «МалышОК» в социальных сетях «Вконтакте» (<https://vk.com/club174076496>), которая ведётся командой специалистов центра (учителями-дефектологами, педагогами-психологами).

С целью организации интерактивного взаимодействия специалистов ЦКРОиР с семьями детей раннего возраста создана группа «МалышОК», в которой педагогами решается проблема преодоления «информационного кризиса» законных представителей детей раннего возраста. В группе осуществляется трансляция эффективных приемов активизации игровой, сенсомоторной, познавательной, речевой деятельности малышей, обмен опытом, выработка стратегии поведения родителей в различных ситуациях, формирование практикоориентированных знаний, умений, навыков в вопросах развития детей раннего возраста. «МалышОК» создает условия для осуществления диалога в онлайн-режиме, обеспечивает мотивацию родителей на активную работу с ребенком (в том числе с особенностями психофизического развития), групповое сплочение, изменение психологической атмосферы в семьях.

Заглянув на страничку в социальных сетях, родители могут ознакомиться с различными просветительскими и консультационными материалами, задать интересующий их вопрос или получить консультацию узкого специалиста (учителя-дефектолога, педагога-психолога), просмотреть вариант проведения занятия с ребенком раннего возраста в домашних условиях. Странички «МалышОК» в социальных сетях интерактивны – всем пользователям предоставляется возможность диалога. В группе представлены различные рубрики:

«*Вопрос – ответ*». Цель: оказание консультативной помощи по запросу родителей.

«*Родительский блокнот*». Цель: формирование и актуализация знаний родителей об условно-нормативных показателях развития детей от рождения до трех лет, об особенностях поведения детей в этот возрастной отрезок.

«*Советуем повторить, прочитать*». Цель: ознакомление со списком литературы по определённой теме для определенного возраста.

«*Как прошёл наш день*». Цель: ознакомление с жизнью детей, интересными событиями за день.

«*Внимание фотоконкурс*». Цель: вовлечение родителей в жизнь группы МалышОК, обмен опытом воспитания.

«*Это интересно*». Цель: информировать родителей о наличии интересных и полезных сайтов в интернете для развития детей.

Преимущество использования дистанционного обучения в ходе организации взаимодействия с семьями детей раннего возраста (в рамках функционирования группы «МалышОК») очевидны и заключаются в следующем:

- информирование родителей о деятельности группы;
- формирование и актуализация знаний родителей об условно-нормативных показателях развития детей от рождения до трех лет с целью своевременного выявления проблем в психофизическом развитии детей раннего возраста;
- размещение советов и рекомендаций различных специалистов;
- знакомство с дидактическими материалами, используемыми в работе с детьми раннего возраста, и обучение родителей вариантам применения данных материалов в домашних условиях;
- создание фотоархива и видеоархива развивающих занятий с детьми раннего возраста, копилки творческих работ детей, с возможностью их просмотра и применения каждым родителем в удобное для этого время;
- обсуждение актуальных вопросов обучения и развития детей раннего возраста в режиме «вопрос – ответ»;
- увеличение количества заинтересованных законных представителей детей раннего возраста, охваченных активными формами психолого-педагогического просвещения и мотивированных на регулярные занятия с ребенком в домашних условиях.

Родителям предлагается закрепить пройденный материал либо, если они не посещают занятия в ЦКРОиР, поработать над ним в удобных условиях и в удобное время, организовав игры и упражнения по выбору, подобрав свои аналогичные задания.

Использование дистанционного обучения законных представителей детей раннего возраста расширяет возможности осуществления помощи любой семье, обеспечивает равные условия для развития ребенка независимо от места его проживания, позволяет проводить обучение большего количества законных представителей, создает единое информационно-образовательное пространство.

Применение интерактивных методов в работе позволяет значительно углубить воздействие педагогов на родителей. Положительной стороной подобной формы является то, что участники сами выбирают тот материал, который для них подходит.

Результатами использования дистанционного обучения в практике работы специалистов ГЛР ЦКРОиР с родителями детей раннего возраста стали:

- практическая реализация родителями приемов работы с детьми, освоенных на занятиях, в домашних условиях в индивидуальном темпе в удобное для взрослых и детей время;
- повышение мотивации законных представителей детей раннего возраста на проведение игр и упражнений с ребенком в домашних условиях;
- пополнение родителями практической «копилки» организации свободного времени ребенка с использованием простых, интересных, а главное, полезных для всестороннего развития малыша игр и упражнений;
- возможность в любое удобное время вернуться к выполнению заданий, которые ребенок еще не освоил или хочет повторить, т. к. родители могут регулярно обращаться к материалам с играми и упражнениями в группе.

Родители детей раннего возраста, участвуя в реализации дистанционного обучения, становятся не только источником информации, реальной помощи и поддержки ребенку, но и непосредственными участниками коррекционно-образовательного процесса, обогащают свой педагогический и жизненный опыт, испытывают чувство сопричастности и удовлетворения от своих успехов и достижений ребенка.

Обучение ребенка – длинный путь, требующий ежедневных занятий с малышом. Следует стремиться не к абсолютному идеалу, а обеспечивать ребенку максимально возможный уровень развития. Постепенно с помощью педагогов и психологов можно овладеть и спецификой проведения занятий со своим ребенком. Главное – верить в свои силы, быть активным и настойчивым и не стесняться своих возможных неудач.

Список литературы:

1. Анисимов, В. П. Счастье быть родителем: психолого-педагогические рекомендации по воспитанию детей до 3-х лет. – М.: Педагогическая литература, 2007. – 176 с.
2. Дмитриева, В. Г. Методика раннего развития Марии Монтесори. От 6 месяцев до 6 лет. – М.: Эксмо, 2009. – 224 с. – (Популярные развивающие методики).
3. Кодекс Республики Беларусь об образовании от 13 января 2011 г. № 243-З: принят Палатой представителей 2 декабря 2010 г.: одобр. Советом Респ. 22 декабря 2010 г.
4. Коррекционно-педагогическая работа с детьми до трёх лет с особенностями психофизического развития: пособие для педагогов-дефектологов / Е. А. Винникова (и др.); под ред. М. В. Былино, Ю. Н. Кисляковой. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2009.

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ НА ПРОЦЕСС СОЦИАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА С ОВЗ

Власова А. О.

педагог-психолог службы психолого-педагогической помощи

Овсянникова Т. Ю.

*к.психол.н., заведующий службы психолого-педагогической помощи,
доцент кафедры прикладной психологии АГУ,
доцент кафедры психологии и педагогики АГМУ*

Рахманина И. Н.

*к.психол.н., заместитель директора по научно-методической работе,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Аннотация. В статье представлены результаты исследования влияния родительского отношения на процесс социализации ребенка с ОВЗ, проведенного на базе ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие».

Ключевые слова: семья, социализация ребенка с ОВЗ, внутрисемейная среда, адекватность эмоций

В наше время семья рассматривается как целостное образование, структурные составляющие которого взаимосвязаны. Рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья меняет обычный житейский уклад семьи, вызывает конфигурации в детско-родительских, брачных отношениях, в содействии семьи с находящимся вокруг обществом.

Важно отметить, что семья играет первостепенную и уникальную роль в развитии ребенка с ОВЗ. Позиция родителей по отношению к заболеванию или дефекту ребенка определяют его дальнейшее будущее. От этого зависит не только самоотношение и личностные характеристики ребенка, но и его социальная адаптация, возможности и реализация имеющихся у него ресурсов.

Л. С. Выготский в рамках культурно-исторической концепции психического развития подчеркивал важность семьи для ребенка как социального института получения необходимых знаний об окружающем мире с момента своего рождения [2].

Семья занимает важнейшее место в процессе формирования и развития личности ребенка, она является первым коллективом и первой социальной

средой в его жизни. Свой первый жизненный опыт, элементарные знания об окружающей действительности, умения и навыки жизни в обществе ребенок приобретает благодаря своим родителям. Именно семья, как основная ячейка общества, является фундаментом, на котором основывается последующая жизнедеятельность ребенка, а от отношения внутри семьи зависит его будущее.

Связующим звеном личности с миром является родительское отношение, которое позволяет сформировать в дальнейшем у ребенка понятие «родительства» и модель взаимодействия с собственными детьми.

Е. И. Исенина, Т. И. Барановская и Е. В. Попцова рассматривают в своих исследованиях понятие «материнское отношение», выделяя такие базовые качества матери, как «принятие», «отзывчивость», «мать как субъект обучения общению» и «мать как субъект обучения действиям с предметами» для полноценного развития личности ребенка. Интересно, что важным является не только внешнее поведение матери, но и ее внутриличностные характеристики для благополучного развития ребенка.

Внутрисемейная среда рассматривается как коррекционная среда, которая своим гармоничным влиянием формирует ребенка, формирует в нем позитивные порядочные качества, доброе отношение к миру [1].

Нарушения индивидуального формирования детей с ОВЗ появляются как следствие взаимодействия двух факторов: наследуемых особенностей личности ребенка, преломленных через его дефект (биологическая составляющая); негативных условий воспитания, организовываемых психоэмоционально травмированными родителями (социальная составляющая).

Родительская неадекватность в принятии ребенка с проблемами в развитии, недостаточность эмоционально-теплых отношений провоцируют развитие у детей дисгармоничных форм взаимодействия с социальным окружением и формируют дезадаптивные характерологические черты личности (Бикбулатова, Валитова, 2019). В качестве доминирующих личностных тенденций у детей выявляются тревожность, агрессивность, отгороженность.

Индивидуальные деформации родителей обнаруживаются в виде поведенческих дезадаптаций и неадекватных форм взаимодействия с внешним миром, включая ребенка (сильный стрессовый фактор). Это, в свою очередь, и объясняет травматизацию личности ребенка с ОВЗ родителями, нехватка в семье важных специальных коррекционных условий для его развития, нарушение процесса его социальной адаптации.

Нарушения в психофизическом развитии детей раннего возраста рассматриваются не только как возможное следствие органических и функциональных нарушений, но и как вторичные проявления, обусловленные дефицитом общения и отсутствием адекватных способов сотрудничества родителей с детьми. Среди них: неумение создавать ситуацию совместной деятельности, неэмоциональный характер сотрудничества, неадекватность позиции по отношению к ребенку и неадекватный стиль воспитания,

недостаточная потребность в общении с ребенком. Все эти факторы являются определяющими нарушение социализации ребенка.

Именно нарушение речи или ее полное отсутствие является предпосылкой к возникновению коммуникативного барьера, отчужденности и отгороженности в родительско-детских отношениях [3].

Для специалистов, работающих с различными категориями детей с речевой патологией, взаимодействие с родителями приобретает все большую значимость (Т. Н. Волковская, Л. М. Крапивина, Ю. В. Микляева, Н. А. Гегелия, Г. А. Волкова).

Неадекватные межличностные отношения в таких семьях формируются в силу различных причин. К факторам, нарушающим внутрисемейную атмосферу и социальные контакты семьи, влияющим на развитие неконструктивных моделей детско-родительских и родительско-детских взаимоотношений и, самое главное, определяющим условия воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в семье, мы относим следующие:

- характер и степень выраженности нарушений у ребенка, их необратимость, длительность и внешние проявления психофизической недостаточности (например, при умственной отсталости, детском церебральном параличе, расстройствах аутистического спектра, сложных нарушениях и др.);
- личностные особенности родителей (лиц, их замещающих), которые обостряются в травмирующей психику ситуации (проявление тенденций к развитию акцентуаций или аномалий характера);
- ценностные ориентации родителей (лиц, их замещающих) и специфический характер влияния родительских установок на процесс воспитания, их зависимость от семейных, национально-этнических традиций, социально-культурного уровня и педагогической компетентности родителей, при этом большое значение в выборе родителями модели воспитания («сотрудничество» или «отказ от взаимодействия») имеют их психологические особенности (авторитарный, невротичный, психосоматический тип);
- социальную среду и условия, которые способствуют или препятствуют реализации родителями своих воспитательных задач (например, социально-экономические катаклизмы, имеющие место на современном этапе развития российского общества, позиция социума по отношению к инвалидам) [3].

Таким образом, роль родителей в формировании социальной адаптации у детей с ОВЗ достаточно велика. К факторам, влияющим на развитие неконструктивных моделей детско-родительских взаимоотношений и, самое главное, определяющим условия развития социальных навыков у детей с ОВЗ в семье, можно отнести характер и степень выраженности нарушений у ребенка, их необратимость, длительность и внешние проявления психофизической недостаточности; личностные особенности родителей, которые обостряются в травмирующей психику ситуации; ценностные ориентации родителей и специфический характер влияния родительских

установок на процесс воспитания; социальную среду и условия, которые способствуют или препятствуют реализации родителями своих воспитательных задач.

На базе ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» было проведено исследование о влиянии родительского отношения на процесс социализации ребенка с ОВЗ. В качестве основных характеристик социализации ребенка с ОВЗ, были выделены параметры МКФ «Адекватность эмоций», «Копирование / Подражание», «Восприятие устных сообщений при общении», «Восприятие разговорного языка». С целью диагностики семейной среды нами были взяты результаты методики АСВ.

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить следующие результаты:

1. Показатели шкалы «Адекватность эмоций» коррелирует положительно значимо с такими показателями шкал, освещающих особенности поведения родителей, как:

- недостаточность требований-запретов к ребенку (шкала З-) ($r = 0,341, p \leq 0,01$);
- минимальность санкций (С-) ($r = 0,398, p \leq 0,01$);
- расширение сферы родительских чувств (РРЧ) ($r = 0,253, p < 0,05$);
- воспитательная неуверенность родителей (ВН) ($r = 0,485, p \leq 0,01$);
- вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (ВК) ($r = 0,267, p < 0,05$).

2. Показатели шкалы «Восприятие устных сообщений при общении» коррелирует положительно значимо с такими показателями шкал, освещающих особенности поведения родителей, как:

- гиперпротекция (шкала Г+) ($r = 0,216, p < 0,05$);
- недостаточность требований-запретов к ребенку (шкала З-) ($r = 0,217, p < 0,05$);
- минимальность санкций (С-) ($r = 0,329, p \leq 0,01$);
- воспитательная неуверенность родителей (ВН) ($r = 0,504, p \leq 0,01$);
- неразвитость родительских чувств (НРЧ) ($r = 0,218, p < 0,05$);
- предпочтение мужских качеств (ПМК) ($r = 0,219, p < 0,05$);
- доминантная позиция родителя ($r = 0,249, p < 0,05$);
- отвергающая позиция родителя ($r = 0,216, p < 0,05$).

3. Показатели шкалы «Восприятие устных сообщений при общении» коррелирует отрицательно значимо с такими показателями шкал, освещающих особенности поведения родителей, как:

- партнерская позиция родителя ($r = -0,296, p < 0,05$).

4. Показатели шкалы «Восприятие сообщения при невербальном способе общения» коррелирует положительно значимо с такими показателями шкал, освещающих особенности поведения родителей, как:

- игнорирование потребностей ребенка (шкала У-) ($r = 0,386, p \leq 0,01$);

- недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Т-) ($r = 0,303, p \leq 0,01$);
- чрезмерность требований-запретов (шкала З+) ($r = 0,212, p < 0,05$);
- минимальность санкций (С-) ($r = 0,208, p < 0,05$);
- воспитательная неуверенность родителей (ВН) ($r = 0,278, p < 0,05$).
- неразвитость родительских чувств (НРЧ) ($r = 0,381, p \leq 0,01$);
- проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (ПНК) ($r = 0,393, p \leq 0,01$);
- предпочтение мужских качеств (ПМК) ($r = 0,303, p \leq 0,01$);
- отвергающая позиция родителя ($r = 0,238, p < 0,05$).

5. Показатели шкалы «Восприятие разговорного языка» коррелирует положительно значимо с такими показателями шкал, освещающих особенности поведения родителей, как:

- недостаточность требований-запретов к ребенку (шкала З-) ($r = 0,389, p \leq 0,01$);
- минимальность санкций (С-) ($r = 0,308, p \leq 0,01$);
- неустойчивость стиля воспитания (Н) ($r = 0,293, p < 0,05$).
- расширение сферы родительских чувств (РРЧ) ($r = 0,220, p < 0,05$).
- воспитательная неуверенность родителей (ВН) ($r = 0,535, p \leq 0,01$);
- предпочтение мужских качеств (ПМК) ($r = 0,201, p < 0,05$);
- доминантная позиция родителя ($r = 0,286, p < 0,05$).

Проведем анализ полученных данных.

Чем меньше родители проявляют гиперпротекцию, тем лучше дети умеют воспринимать устные сообщения при общении.

Чем меньше родители игнорируют потребности ребенка, тем лучше дети умеют копировать и подражать, воспринимать сообщения при невербальном способе общения.

Чем меньше родители проявляют недостаточность требований – обязанностей ребенка, тем лучше дети умеют копировать, подражать и воспринимать сообщения при невербальном способе общения.

Чем меньше родители проявляют чрезмерность требований-запретов, тем лучше дети воспринимают сообщения при невербальном способе общения.

Чем меньше родители проявляют недостаточность требований-запретов к ребенку, тем лучше дети копируют и подражают, проявляют адекватность эмоций, воспринимают устные сообщения при общении и разговорный язык.

Чем меньше родители проявляют минимальность санкций, тем лучше дети копируют и подражают, проявляют адекватность эмоций, воспринимают устные сообщения при общении, воспринимают сообщения при невербальном способе общения и разговорный язык.

Чем меньше родители проявляют неустойчивый стиль воспитания, тем лучше дети умеют копировать, подражать и воспринимать разговорный язык.

Чем меньше родители расширяют сферу родительских чувств, тем лучше дети проявляют адекватность эмоций и воспринимают разговорный язык.

Чем меньше родители проявляют воспитательную неуверенность, тем лучше дети копируют и подражают, проявляют адекватность эмоций, воспринимают устные сообщения при общении, воспринимают сообщения при невербальном способе общения и разговорный язык.

Чем меньше родители испытывают неразвитость родительских чувств, тем лучше дети используют слух, воспринимают устные сообщения при общении и сообщения при невербальном способе общения.

Чем меньше родители проецируют собственные нежелательные качества на ребенка, тем лучше он воспринимает сообщения при невербальном способе общения.

Чем меньше родители выносят конфликт между собой в сферу воспитания, тем лучше дети проявляют адекватность эмоций.

Чем меньше родители предпочитают мужские качества в ребенке, тем лучше он воспринимает устные сообщения при общении, воспринимает сообщения при невербальном способе общения и разговорный язык.

Чем больше родители придерживаются партнерской позиции, тем лучше дети копируют и подражают, воспринимают устные сообщения при общении и разговорный язык.

Чем больше родители придерживаются наставнической позиции, тем лучше дети копируют и подражают, проявляют адекватность эмоций.

Чем меньше родители придерживаются доминантной позиции, тем лучше дети копируют и подражают, воспринимают устные сообщения при общении и разговорный язык.

Чем меньше родители придерживаются отвергающей позиции, тем лучше дети подражают, воспринимают устные сообщения при общении и воспринимают сообщения при невербальном способе общения.

Таким образом, на основе эмпирического исследования нами выявлено, что типы семейного воспитания и родительской позиции, являясь компонентами родительского отношения, влияют на процесс социализации ребенка с ОВЗ. Чем меньше ошибок семейного воспитания в виде гиперпротекции, потворствования и игнорирования допускают родители, тем выше уровень социализации ребенка с ОВЗ.

Список литературы:

1. Андреева, И. Н., Зверева, Е. С. Диагностика уровня сформированности коммуникативных навыков у детей младшего дошкольного возраста // Инструменты, механизмы и технологии развития социальной сферы. – Йошкар-Ола: Поволжский гос. технол. ун-т, 2020. – С. 125–130.

2. Белевич, Н. А., Юр, И. А. Проблемы современных родителей в поисках идеальных детско-родительских отношений // Семья и дети в современном мире: сб. мат-лов конф. / под общ. и науч. ред. д-ра психол. наук, проф. В. Л. Ситникова. – СПб.: РГПУ им. А. И. Герцена, 2019. – Т. 5. – С. 98–101.

3. Бикбулатова, Э. Э., Валитова, А. И. Влияние детско-родительских отношений на возникновение тревожности у детей дошкольного возраста // Вестник науки. – 2019. – Т. 2, № 11 (20). – С. 9–13.

4. Марковская, И. М. Психология детско-родительских отношений: монография. – Челябинск: Юж-Урал. гос. ун-т, 2007. – 91 с.

5. Сыченко, Ю. А., Перминова, О. С. Родительское отношение отца и особенности личности ребёнка дошкольного возраста // Социальная педагогика. – 2019. – № 2. – С. 68–72.

6. Эйдемиллер, Э. Г., Юстицкис, В. В. Психология и психотерапия семьи. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2015. – 672 с. – (Серия «Мастера психологии»).

**СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЕЙ
ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ ПРОЕКТА
«МОБИЛЬНЫЙ МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»**

Гнилицкая Н. А.

*заведующий филиалом, и. о. заведующего отделением
социального сопровождения*

Биссалиева С. С.

*специалист по социальной работе отделения социального сопровождения,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Аннотация. Описан опыт реализации социального сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в рамках проекта «Мобильный микрореабилитационный центр».

Ключевые слова: проект, мобильный микрореабилитационный центр, социальное сопровождение, целевая группа

В апреле 2021 г. в ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» началась реализация нового проекта – «Мобильный микрореабилитационный центр», финансируемого за счёт средств гранта Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Благодаря реализации проекта и создания социальной службы «Мобильный микрореабилитационный центр» стали доступнее современные возможности и технологии в сфере предоставления потребителям реабилитационных услуг, направленные на улучшение качества жизни детей-инвалидов, детей с ОВЗ и их семей, проживающих в отдалённых районах Астраханской области. Для реализации мероприятий проекта руководством учреждения были проведены подготовительные мероприятия: состоялось несколько рабочих совещаний со специалистами учреждения, была создана рабочая группа, разработана нормативно-правовая документация, утвержден план выездных мероприятий в районы области. Выездные мероприятия проекта были проведены в Наримановском, Лиманском, Володарском, Красноярском районах Астраханской области. К сентябрю 2022 г. 200 семей получили возможность получить комплексную помощь.

Для проведения комплексных реабилитационных мероприятий, а также с целью оказания всесторонней помощи и поддержки в успешной социальной адаптации семей, воспитывающих детей с особенностями в развитии, на местах, в районах области были определены соисполнители проекта. Соисполнителями проекта стали специалисты Комплексных центров социального обслуживания населения, оказывающие помощь данной категории семей.

Эффективность управления проектом обеспечивалась созданием необходимой нормативной базы и согласованных действий всех участников проекта: создание социально-правовой, материально-технической базы, кадровый состав специалистов, установленные сроки проведения выездных мероприятий. Для специалистов-соисполнителей были определены функции работы специалистов на местах, что послужило большему охвату семей с детьми данных категорий и предоставлению услуг – социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических – в доступной форме и в полном объеме.

Социальное сопровождение семей, участников проекта, обеспечивалось специалистами по социальной работе, которые вошли в число сотрудников созданного в учреждении структурного подразделения – специализированную социальную службу помощи детям и семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, «Мобильный микрореабилитационный центр».

Социальное сопровождение – это содействие гражданам, в том числе родителям, попечителям, опекунам и иным законным представителям несовершеннолетних детей, в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам [1].

Семьи, нуждающиеся в социальном сопровождении, – это граждане, члены семей, нуждающиеся либо только в социальном сопровождении, либо в сопровождении в дополнение к социальному обслуживанию (помимо предоставления социальных услуг). Организация социального сопровождения семей была основана на принципах: комплексность, добровольность, адресность, доступность, вариативность, непрерывность, конфиденциальность, рекомендательный характер [2].

Целью деятельности Мобильного микрореабилитационного центра явилось улучшение качества жизни детей-инвалидов, детей с ОВЗ и их семей, проживающих в отдаленных районах Астраханской области, путём обеспечения доступности и непрерывности комплексной реабилитационной помощи.

Деятельность Мобильного микрореабилитационного центра осуществлялась в сочетании двух форм: «Домашний микрореабилитационный центр» и «Выездной микрореабилитационный центр». Социальные услуги в рамках деятельности Мобильного микрореабилитационного центра предоставлялись в форме «Выездного микрореабилитационного центра»

и оказывались специалистами учреждения из числа штатных должностей совместно с соисполнителями проекта.

Организация социального сопровождения включала в себя несколько **этапов.**

Первый этап. *Выявление семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья.*

Социальное сопровождение, в рамках проекта, начиналось с прохождения каждой семьёй процедуры первичного медико-психолого-педагогического консилиума специалистов учреждения, работа которого проводилась непосредственно в районах. Специалистом по социальной работе осуществлялось оказание социальной услуги – консультирование родителей по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание.

Второй этап. *Оформление и прием на социальное сопровождение и обслуживание.*

Основанием для предоставления социальных услуг, в рамках проекта, являлось обращение гражданина с заявлением о предоставлении социального обслуживания, представление документов, необходимых для предоставления социальных услуг в соответствующей форме социального обслуживания, заключение договора. Услуги предоставлялись в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (ИПСУ), разработанной специалистами учреждения. При заключении договора, получатели социальных услуг (представители) должны были быть ознакомлены с условиями предоставления услуг и получения в зависимости от индивидуального запроса и потребностей семьи (ребенка) коррекционных занятий.

Третий этап. *Реализация утвержденного индивидуального плана социального сопровождения семьи.*

Индивидуальный план включал в себя:

- получение не менее 10 услуг каждого специалиста междисциплинарной команды, реализуемых на базе районных государственных казённых учреждений социального обслуживания населения Астраханской области – соисполнителей проекта;

- получение в зависимости от индивидуального запроса и потребностей семьи (ребенка) коррекционных занятий с использованием технологии социально-психологического сопровождения «ЭкспериментариУм для родителей»;

- участие в ежемесячных обучающих мастер-площадках;

- получение консультативной помощи специалистов посредством технологии социального сопровождения семей с детьми «Виртуальный микрореабилитационный центр» – не реже одного раза в месяц в личном кабинете в онлайн-режиме.

Четвертый этап. *Подведение итогов работы.*

По результатам реализации мероприятий Мобильного микрореабилитационного центра составлялись промежуточные и итоговой отчеты, которые рассматривались на заседаниях рабочей группы по управлению

проектом, утверждались приказом директора учреждения и направлялись в Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Решение о признании заявителя нуждающимся в социальном сопровождении принималось при совокупности ряда условий:

- наличия одного из обстоятельств, определяющих потребность заявителя в социальных услугах;
- представления полного пакета документов;
- отсутствия медицинских противопоказаний, предусмотренных законодательством РФ.

С заявителем, признанным нуждающимся в предоставлении социальных услуг, после составления ИППСУ заключался договор на предоставление социальных услуг, в котором были обозначены права и обязанности сторон в соответствии с Федеральным законом 28.12.2013 № 442–ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в РФ» [1].

На основании индивидуальной программы предоставления социальных услуг формировалась и утверждалась *индивидуальная программа социального сопровождения семьи* (ИПССС) – документ, в котором прописана система мероприятий по оказанию гражданину медицинской, психологической, педагогической, социальной и юридической помощи для выявления и устранения причин, лежащих в основе ухудшения условий его жизнедеятельности, снижения возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности.

Документация по обеспечению социального обслуживания включала в себя:

- заявление на социальное обслуживание;
- журнал регистрации заявлений;
- акт оценки условий жизнедеятельности гражданина;
- анкета;
- индивидуальная программа предоставления социальных услуг;
- договор о предоставлении социальных услуг;
- приказ о приеме на социально-реабилитационное обслуживание;
- индивидуальный план социального сопровождения семьи;
- заключение о предоставлении социальных услуг с рекомендациями;
- приказ о прекращении социально-реабилитационного обслуживания.

Информирование семей с детьми с особенностями развития о возможностях социального сопровождения осуществлялось посредством:

- создания отдельного раздела на сайте учреждения, размещением информации о перечне организаций, видах помощи, предоставляемой семьям и категориям семей, в отношении которых может осуществляться социальное сопровождение;
- распространения информационно-справочных материалов для семей в ходе проведения социальных акций, праздничных мероприятий, комиссионных выездов;

- размещения доступной информации для семей в средствах массовой информации.

Контроль качества выполнения мероприятий в процессе социального сопровождения семьи в рамках проекта включал:

- оценку эффективности мероприятий, проведенных в соответствии с индивидуальной программой социального сопровождения;
- промежуточный контроль результативности реализации индивидуальной программы;
- внесение изменений и дополнений в программу с учетом мнения и потребностей семьи.

Помимо перечисленных выше работ, в рамках службы социального сопровождения собиралась информация о динамике изменений, количестве оказанных социальных услуг, периодичности их предоставления.

В общей сложности в рамках проекта «Мобильный микрореабилитационный центр» семьям было оказано 5 400 социально-правовых, социально-психологических, социально-педагогических и иных социальных услуг.

Таким образом, в рамках центра посредством регламентации порядка внутриотраслевого и межведомственного взаимодействия по социальному сопровождению семей с детьми с ОВЗ обеспечивается профилактика и/или преодоление кризисных ситуаций в семье, помощь в создании условий для успешной адаптации и социализации детей, содействие укреплению семьи.

Список литературы:

1. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» № 442-ФЗ от 28 декабря 2013 г. – Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/docs/laws/112> (дата обращения: 20.11.2020).

2. Постановление Правительства Астраханской области № 572 от 24.12.2014 «О порядке предоставлении социальных услуг поставщиками социальных услуг Астраханской области» // Сборник законов и нормативно-правовых актов Астраханской области. – 17.12.2020. – № 50 – С. 1.

ВИРТУАЛЬНЫЙ МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР КАК ДИСТАНЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С ОВЗ

Голинько М. А.

методист ресурсного методического центра

Шишков С. Ю.

*ведущий программист ресурсного методического центра,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Аннотация. Освещены возможности разработки и использования сайта при формировании реабилитационного потенциала родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, в рамках одной из технологий социальной службы «Мобильный микрореабилитационный центр» – Виртуальный микрореабилитационный центр – как способа сопровождения особенных детей в дистанционном формате.

Ключевые слова: виртуальная реабилитация, дети с ОВЗ, сайт, информационный ресурс, микрореабилитационный центр, дистанционное сопровождение

Дистанционные технологии отличаются от традиционных, использованием новейших технических информационно-коммуникационных средств при отсутствии личного контакта, т. е. на расстоянии. Основные виды психолого-педагогической и коррекционной помощи, предлагаемые в интернет-пространстве, условно можно разделить на три блока: информационная помощь (посты), обучающая помощь (видеолекции, видеозанятия, вебинары, тренинги, мастер-классы), консультирование (онлайн-сессии, личные skype-консультации) [3, с. 163]. Одним из вариантов объединения всех трёх блоков является создание специальной технологии социального сопровождения семей с детьми «Виртуальный микрореабилитационный центр» (ВМРЦ).

В рамках работы Мобильного микрореабилитационного центра (ММРЦ) после окончания интенсивных курсов реабилитации в рамках выездных мероприятий, работа социальной службы продолжалась с применением технологии ВМРЦ. Технология предполагает комплексное социальное сопровождение семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ОВЗ, в том числе проживающих в отдаленных районах, с участием команды квалифицированных специалистов: медицинских работников, педагогов-психологов, учителей-дефектологов, учителей-логопедов, специалистов по социальной работе. ВМРЦ призван помочь семьям создать условия

для реабилитации ребенка в домашних условиях и улучшить качество жизни. Команда специалистов ВМРЦ, осуществляя сопровождение родителей, помогает семье в период между реабилитациями поддерживать ребенка, создать дома необходимую среду.

С целью эффективного информационно-методического сопровождения проекта на сайте ГАУ АО «НПЦРД «Коррекция и развитие» создан специальный раздел ММРЦ, содержащий актуальную информацию о деятельности социальной службы и оказываемых ею услугах. Там же представлены нормативно-правовые документы, обеспечивающие реализацию проекта, размещены методические материалы для родителей и специалистов, новостные заметки о ходе реализации проекта.



Последние годы показали важность вопроса применения дистанционных технологий при работе с детьми, в том числе с детьми с ОВЗ, а также их родителями. Реабилитационные центры есть не в каждом регионе, и не каждая семья может позволить себе организовать выезд в другой регион, где подобный центр есть. Да и территориальные размеры многих регионов, в частности, Астраханской области, достаточно протяжены, поэтому доступ к помощи квалифицированного специалиста может быть связан с большими затратами, как во времени, так и в финансах. Пандемия COVID-19 сделала вопрос применения дистанционных технологий актуальным, как никогда.

Решая задачу доступности к услугам всех семей с детьми целевой группы в условиях территориальной удаленности места жительства от крупных муниципальных образований и реабилитационных центров, в регионе развиваются онлайн-сервисы поддержки, сопровождения и дистанционного консультирования. Наша организация, начиная с периода ограничительных мер, успешно применяет дистанционный формат работы, что не прерывает процесса реабилитации и абилитации ребенка и способствует активному включению в этот процесс его ближайшего окружения.

Родители, имеющие детей с ОВЗ, – значимые участники процесса реабилитации детей с проблемами в развитии. Современный уровень развития компьютерной техники позволяет создавать новые технологии в различных сферах научной и практической деятельности. Дистанционные технологии предоставляют широкие возможности для создания коммуникации между всеми участниками проекта: между специалистом и семьей, между семьями, между детьми, между родителями, между специалистами [3, с. 162].

Создание сайта обеспечивает новые возможности по расширению информационной поддержки и является частью эффективной комплексной реабилитации детей с ОВЗ. Создание сайта – творческий процесс, а для реализации инновационных идей необходимо владеть современной технологической

базой, совершенствовать свои умения и получать новые знания в области веб-технологий с использованием дистанционных форм обучения [2].

Для реализации технологии ВМРЦ был создан сайт, который позволил родителям детей с ОВЗ получать в любой момент доступ к информационным и методическим материалам, а самое главное – предоставил возможность напрямую связаться со специалистом с помощью формы для обращения, а посредством личного кабинета участника проекта, получить консультацию, комплекс заданий по реабилитации, а затем предоставить отчет о выполнении реабилитационной программы через выкладку материалов в специальный раздел личного кабинета, где специалист получит возможность их просмотреть, проанализировать и дать дальнейшие рекомендации. Такой сайт полезен и для специалистов, работающих в данной сфере.



Процесс создания и разработки сайта включал в себя:

1. Утверждение первичного технического задания на разработку сайта.
2. Определение структурной схемы сайта – расположение разделов, контента и навигации.
3. Веб-дизайн – создание графических элементов макета сайта, стилей и элементов навигации.
4. Разработку программного кода, модулей, базы данных и других элементов веб-сайта, необходимых в проекте.
5. Тестирование и размещение сайта в сети Интернет [2].

С этой целью на базе основного домена ГАУ АО «НПЦРД «Коррекция и развитие», <https://развитие30.рф>, был зарегистрирован домен второго уровня <https://мрц.развитие30.рф>, на основе которого был создан сайт под управлением CMS Joomla версии 3.10. Динамическое отображение контента разделов сайта было реализовано с использованием элементов технологии AJAX, для чего был разработан ряд сценариев, написанных на языке Javascript.

Ряд функций сайта, таких как личный кабинет участника проекта или средство загрузки участником файлов на сервер проекта, был реализован с помощью готовых компонентов среды Joomla, распространяемых для открытого использования по лицензии GPL. Функционирование формы обратной связи было реализовано с помощью сценария на языке PHP.

Разработка структуры сайта является одним из ключевых моментов его создания, который в большой степени определяет эффективность его функционирования в будущем. С технической точки зрения структура сайта – это не что иное, как все его страницы, расположенные в порядке их значимости для пользователей, в нашем случае – для родителей и специалистов.

На рисунке 1 представлена главная страница сайта.

Виртуальный микрореабилитационный центр

Главная Поиск

Виртуальный микрореабилитационный центр – это технология социального сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ, реализуемая в рамках проекта «Мобильный микрореабилитационный центр» Фонда поддержки детей, находящийся в трудной жизненной ситуации, реализуемого на базе ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие».

Этапы развития
Вехи развития детей от 2 месяцев до 7 лет

Следим за развитием ребенка
Программа GoodMama и другие полезные приложения

Если вы обеспокоены
Что делать, если вас беспокоит развитие вашего ребенка

Навигатор помощи
Интерактивные карты организаций, оказывающих помощь детям

Подготовка
Обучение родителей навыкам ухода и развития

Задайте вопрос специалистам
Форма для обращения к специалистам

Информационные материалы
Буклеты, пособия, видеоматериалы для родителей

Для специалистов
Инструменты, которые помогут отслеживать развитие ребенка

Личный кабинет
Вход в личный кабинет участника проекта

Чат для родителей
Возможность пообщаться друг с другом

ГАУ АО «НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ «КОРРЕКЦИЯ И РАЗВИТИЕ»
г. Астрахань, ул. Титцева 12а
тел. 8 (85-12) 49-31-85 (Администрация)
e-mail: info@razvitiem30.spb, center-msh@yandex.ru
skype: centir-nab

Image by Freepik

Продолжая использовать наш сайт, Вы даете согласие на обработку персональных данных и файлов cookie. Если Вы не хотите, чтобы Ваши данные обрабатывались, покиньте сайт. (Требование ФЗ №152, ст. 9) "Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных". Для получения более подробной информации Вы можете ознакомиться с нашей политикой обработки персональных данных.

[Дать согласие](#)

Рисунок 1. Главная страница сайта

Структура сайта состоит из следующих разделов:

- Этапы развития (Вехи развития детей от 2 месяцев до 7 лет);
- Следим за развитием ребенка (Программа GoodMama и другие полезные приложения);
- Если вы обеспокоены (Что делать, если вас беспокоит развитие вашего ребенка);
- Навигатор помощи (Интерактивные карты организаций, оказывающих помощь детям);
- Подготовка (Обучение родителей навыкам ухода и развития);
- Задайте вопрос специалистам (Форма для обращения к специалистам);
- Информационные материалы (Буклеты, пособия, видеоматериалы для родителей);
- Личный кабинет (Вход в личный кабинет участника проекта);
- Чат для родителей (Возможность пообщаться друг с другом);
- Для специалистов (Инструменты, которые помогут отслеживать развитие ребенка).

В нижнем завершающем блоке сайта расположена информация о контактах учреждения и его местонахождении. Мы постарались максимально упростить навигацию сайта для комфортного использования родителями. Для удобства оформления поискового запроса на сайте создано поле «Поиск».

Каждый раздел наполнен информацией для осуществления дистанционного сопровождения семей и достижения качественных результатов:

- повышение качества жизни детей-инвалидов, в том числе детей с множественными тяжелыми нарушениями развития;
- повышение доступности реабилитационных услуг и обеспечение непрерывности реабилитационного процесса;
- повышение уровня компетентности родителей в вопросах реабилитации и абилитации детей с инвалидностью, их воспитания и ухода.

Для каждой семьи по запросу создается личный кабинет, где размещаются необходимые для данной семьи текстовые и видеоматериалы. Все взаимодействия с родителями проходят по закрытым цифровым каналам, с соблюдением всех требований федерального закона.

Таким образом, разработка и внедрение сайта для использования родителями позволила достигнуть цели: улучшение качества жизни детей-инвалидов, детей с ОВЗ и их семей, проживающих в отдаленных районах Астраханской области, путем создания условий доступности, обеспечения непрерывности комплексной реабилитационной помощи. Это в свою очередь повысило ресурсное состояние родителей и их психолого-педагогическую компетенцию по вопросам воспитания и обучения детей.

Среди решенных задач – предоставление дистанционной помощи родителям для повышения их уровня социально-педагогической грамотности в вопросах воспитания, развития и реабилитации детей, а также повышение реабилитационной компетентности родителей по вопросам социально-

педагогического и психолого-педагогического сопровождения детей в домашних условиях.

Наличие сайта в сети Интернет предоставляет родителям возможность оперативного получения актуальной информации по всем интересующим вопросам. Кроме этого данный сайт может стать для родителей источником информации образовательного, методического или воспитательного характера, что значительно повысит психолого-педагогическую компетентность родителей [1, с. 22].

Сайт создан для эффективного взаимодействия родителей с психологами и специальными педагогами по вопросам обучения и воспитания детей с особыми потребностями. Родитель, обладающий психологическими ресурсами и педагогическими компетенциями, может оказать помощь своему «особенному» ребенку, а миссия сайта помочь им в этом. Родители становятся более компетентными в вопросе взаимодействия с детьми с особыми потребностями. И уже сегодня включение родителей как полноправных участников в процесс реабилитации и абилитации ребенка – новация, которая от точечного применения перешла в повсеместно востребованную практику.

Список литературы:

1. Ескендинова, С. Б., Лепешев, Д. В., Мурзина, С. А. Разработка и экспериментальная апробация сайта для психолого-педагогического сопровождения родителей детей с нарушением эмоционально-коммуникативного развития. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/razrabotka-i-eksperimentalnaya-aprobatsiya-sayta-dlya-psihologo-pedagogicheskogo-soprovozhdeniya-roditeley-detey-s-narusheniem> (дата обращения: 21.08.2022).

2. Наумов, Д. В., Наумов, В. П. Разработка веб-сайта как эффективное средство дистанционного обучения студентов художественному проектированию // Вестник ВУиТ. – 2013. – № 4 (14). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/razrabotka-veb-sayta-kak-effektivnoe-sredstvo-distantionnogo-obucheniya-studentov-hudozhestvennomu-proektirovaniyu> (дата обращения: 01.08.2022).

3. Осипова, Н. А., Щелокова, Е. Г. Применение дистанционных технологий как ресурс повышения мотивации родителей, участвующих в проекте «Домашний микрореабилитационный центр» // Модернизация системы профессионального образования на основе регулируемого эволюционирования: мат-лы XX Междунар. науч.-практич. конф. (г. Челябинск, 16 ноября 2021 г.). – М. – Челябинск: ЧИППКРО, 2021. – С. 161–171.

**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОВЗ
В ДИСТАНЦИОННОМ ФОРМАТЕ**

Дубинина Ю. Г.

учитель-логопед отделения лечебной педагогики

Сычева И. В.

*учитель-дефектолог отделения лечебной педагогики,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Аннотация. В статье поднимается вопрос о дистанционной форме работы узких специалистов по сопровождению детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), их взаимодействия при организации дистанционного пространства на основе информационно-коммуникативных технологий. Рассматриваются положительные моменты такого сотрудничества как между собой, так и с семьями детей с ОВЗ, описана компетентная составляющая деятельности специалистов, а также выявляются трудности и проблемы подобного рода деятельности.

Ключевые слова: дистанционное образование, дистанционный формат работы с детьми с ОВЗ, специалисты сопровождения, информационные ресурсы, компьютерные технологии, сетевые сеансы

В реалиях современного времени, где активно разворачивается не только процесс инклюзивного образования, но имеют место карантинные ограничения, режим самоизоляции, вызванные распространением новых инфекций, проблема дистанцирования образовательного и коррекционно-реабилитационного пространства приобретает глобальные масштабы.

Во-первых, чётко срабатывает принцип равноправного доступа детей с ОВЗ и инвалидов к получению полноценного качественного образования в соответствии со спецификой их особенностей, склонностей и способностей к его приобретению, вне зависимости от региональных и финансовых составляющих (места проживания семьи и её материального достатка). Во-вторых, дистанционный формат работы находит отражение в соответствующих документах, регламентирующих деятельность, как образовательных учреждений, так и учреждений социальной защиты, призванных создать доступную современную цифровую среду для компенсации недостатков в развитии различных категорий детей с особенностями, вооружения

их всеми возможными механизмами виртуального общения и взаимодействия, необходимыми для успешной адаптации в информатизированном обществе.

Обращение к словарно-энциклопедической литературе позволяет понять сущность и значение категории «дистанционное образование», под которым подразумевается социально-ориентированная модель обучения в достаточно свободной форме и с привлечением определенной материально-технической базы. На наш взгляд, оно очень гармонично вписывается в общий контекст обучения, коррекции и реабилитации детей с ОВЗ и инвалидов, поскольку делает возможным и упрощает для них процесс установления коммуникативных отношений со взрослыми и сверстниками, сглаживает проявления тревожности и боязни незнакомых людей и нахождения с ними в тесном контакте, способствует преодолению неуверенности в себе; а для некоторых из них является чуть ли не единственной возможностью адаптироваться в обществе.

Включение в данный формат работы в нашем учреждении – ГАУ АО «НПЦРД «Коррекция и развитие» г. Астрахани – происходит довольно продуктивно. Примером может служить деятельность специалистов сопровождения (логопедов, дефектологов, психологов и др.) в рамках работы «Мобильного микрореабилитационного центра».

Приступая к подобного рода формату работы, мы осознавали необходимость наличия и выработки у себя, как у педагогов, работающих с особыми категориями детей, специфических потребностей:

1) не просто знаний психофизиологических особенностей таких детей, но и особенностей виртуального общения и коммуникации в целом, а также протекания этого процесса у них, восприятия ими интернет-действительности;

2) не просто знаний о технологиях дистанционного обучения и умений их применения на практике, а преломление этих знаний в коррекционно-реабилитационной сфере, расширение возможностей их использования в совместной работе сразу нескольких узких специалистов одновременно;

3) не просто обладание имеющимися средствами общения и связи в глобальной сети Интернет (телефонный номер, электронная почта, номер ICQ, номер SKYPE, интернет-оповещения, телевещание, веб-занятия и пр.), но и использование образовательного контента для организации сопровождающего режима работы с узкими специалистами-реабилитологами;

4) не просто знаний о педагогических сообществах, появившихся в сетевом сегменте образования, но стремления к созданию собственной информационно-коммуникативной платформы, имеющей целью оказание комплексной реабилитационной помощи детям с ОВЗ и их семьям.

Данная расшифровка компетентностной сферы специалистов, осуществляющих образовательную и коррекционно-реабилитационную деятельность в формате дистанцирования пространства, находит отражения, как в нормативных документах, так и методических сборниках

(Л. А. Борисова, Л. А. Коваль, О. Ю. Муллер, Э. Ф. Насырова, Е. А. Смиркина и др.) [1; 2; 4; 8].

Наличие всех этих компетенций у сопровождающих специалистов позволяет нам реализовывать ряд задач следующего порядка: планировать свою коррекционно-реабилитационную деятельность в совокупности с образовательными целями и как их логическое продолжение и закрепление на различных информационных платформах. Проводить беседы и опросы с родителями на предмет наличия у них сетевых механизмов связи (компьютера, ноутбука, планшета с подключённым интерфейсом). Разрабатывать и внедрять программы и планы коррекции и реабилитации особых детей с учетом имеющихся индивидуальных достижений каждого конкретного ребенка на определенном этапе. Подбирать задания, соответствующие состоянию здоровья ребенка, допустимой нагрузке и объёму для усвоения материала, с учётом имеющегося основного расписания и времени, задействованном на другого сопровождающего педагога. Как следствие, обеспечивать смену видов деятельности и чередование нагрузки во включённом и отключённом режимах. Формировать и выкладывать на цифровых ресурсах и серверах файлы для пользования с дидактическими заданиями, вопросами, упражнениями; карточки, ссылки, методические рекомендации для родителей, отражающие конкретные жизненные ситуации и уже имеющийся у ребенка с ОВЗ опыт их решения и выхода из них, нацеливание на схожие случаи. Консультировать взрослых по вопросам развития их ребенка с подключением всех задействованных специалистов, с нахождением профессиональных форумов, интернет-конференций, семинаров, тренингов, мастер-классов в конкретно взятом направлении и с указанием контактной информации, включением их в работу. В разной интерпретации эти задачи описаны и в имеющейся по теме литературе (А. А. Деркач, О. В. Кияшко, О. И. Максимцева, Н. А. Матросова и др.) [3; 5].

В ходе обращения к исследованиям и дистанционной практике (Ю. В. Глузман, Н. В. Ломовцева, М. С. Мясникова, А. Ю. Пьянкова и др.), выявлено, что наряду с огромным потенциалом, который предоставляет дистанционный формат работы при реализации образовательной деятельности, а также коррекции и реабилитации детей с ОВЗ, существует и ряд проблем, которые планомерно решаются специалистами разного профиля в собственной практике [6; 7]. Как и многие авторы, чьи статьи и практический опыт был проанализирован, мы столкнулись со следующими:

- недостаточной компетентностью узких специалистов, как профессиональных пользователей интернет-ресурсами, влияющей на активность и продуктивность их взаимодействия, как с самим ребенком с ОВЗ в on-line и off-line режимах, так и с родителями, другими пользователями сетевых программ, занимающихся интересующей проблемой;

- невозможностью подготовки и создания учебно-методических материалов, индивидуальных программ развития детей и пр. с помощью

информационных компьютерных технологий в определенных цифровых форматах и программах, а также на специфических сетевых сайтах и серверах или слабая готовность;

- затруднениями по контролю результатов выполненных детьми заданий, вызванных несвоевременным их предоставлением или невозможностью предоставления в силу отсутствия интернет-подключения;

- трудностями в организации индивидуального и группового консультирования, как детей с ОВЗ, так и их родителей, проживающих в отдалённых районах нашей области, не владеющих компьютерными технологиями, не имеющих технических средств связи;

- отсутствием вариативности в формах, методах, приёмах работы при проведении веб-обсуждений и других форматов работы, что обусловлено не разработанностью и разрозненностью методического обеспечения данного процесса.

Все эти трудности предстоит решать в самое ближайшее время.

Резюмируя вышеизложенное, хочется отметить, что любая наша работа дистанционного формата начинается с непосредственного личного знакомства с самим ребенком с ОВЗ, с его интересами, потребностями, возможностями и наличием желания осуществлять такое взаимодействие на расстоянии. Также происходит ознакомление с семьёй в целом, с условиями их проживания и технического обеспечения средствами связи; возможностями родителей осуществлять непосредственное участие и помощь в организации сетевых сеансов на дому, инициировании контактов, нацеливании ребенка на результат, повышении их собственной компетентности в этом вопросе. На собственном опыте мы убедились в том, что максимальная эффективность работы может быть достигнута только при сочетании личного и дистанционного контакта, при их смене и взаимодополняемости.

Список литературы:

1. Аналитический обзор «Дистанционное образование для информационного общества: политика, педагогика и профессиональное развитие». – М.: Институт ЮНЕСКО по информационным технологиям в образовании, 2018. – 86 с.

2. Коваль, Л. А. Коррекционная поддержка учителем-дефектологом детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в условиях дистанционного обучения // Молодой ученый. – 2021. – № 2 (344). – С. 189–190.

3. Кияшко, О. В. Коррекционная работа узких специалистов (психолога, дефектолога) с детьми с ОВЗ в рамках дистанционного обучения. – 2020. – Режим доступа: <https://nsportal.ru/shkola/distantcionnoe-obuchenie/library/2021/01/30/iz-opyta-raboty-organizatsiya-psihologo?ysclid=16c3yrxj10475633136>, свободный (дата обращения: 18.01.2021).

4. Насырова, Э. Ф., Муллер, О. Ю. Технологии работы с детьми с ОВЗ и детьми-инвалидами в условиях дистанционной формы реализации дополнительных общеразвивающих программ: учебно-методическое пособие. – Сургут, 2019. – 57 с.

5. Матросова, Н. А. Взаимодействие логопеда и детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях дистанционного обучения. – Режим доступа: [https:// infourok.ru/organizaciya-vzaimodeystviya-logopeda-s-detmi-s-ovz-v-usloviyah-distancionnogo-obucheniya-2324846.html](https://infourok.ru/organizaciya-vzaimodeystviya-logopeda-s-detmi-s-ovz-v-usloviyah-distancionnogo-obucheniya-2324846.html), свободный (дата обращения: 15.06.2020).

6. Мясникова, М. С. Инновации в образовании: дистанционное обучение детей с ограниченными возможностями здоровья // Актуальные вопросы современной педагогики: мат-лы IV Междунар. науч. конф. – Уфа: Лето, 2013. – 200 с.

7. Пьянкова, А. Ю., Ломовцева, Н. В. Аспекты дистанционного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) // Новые информационные технологии в образовании и науке: НИТО-2017: мат-лы X Междунар. науч.-практич. конф. (г. Екатеринбург, 27 февраля – 3 марта 2017 г.) / Рос. гос. проф. – пед. ун-т [и др.]. – Екатеринбург: РГППУ, 2017. – С. 534–537.

8. Смиркина, Е. А. Особенности дистанционного обучения детей с ОВЗ. – Режим доступа: <https://infourok.ru/osobennosti-distancionnogo-obucheniya-dlya-detej-s-ovz-4688000.html?ysclid=l6c3zqbuuk946970851> (дата обращения: 11.12.2020).

**ФОРМИРОВАНИЕ ВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ
У ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ВЫЕЗДНОГО
МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА**

Жигульская Е. М.

учитель-дефектолог филиала

Сайфеденова Ж. С.

учитель-дефектолог отделения лечебной педагогики

ГАУ АО Научно-практический центр реабилитации детей

«Коррекция и развитие»,

Астрахань

Аннотация. В статье даётся описание одной из форм работы Мобильного микрореабилитационного центра (МРЦ) – Выездного микрореабилитационного центра (ВМРЦ), уточняется его специфика, делается акцент на комплексный характер оказания помощи. Предпринята попытка обобщения источников о структуре и функционировании подобных служб на территории РФ. Обращается внимание на новизну данной формы работы в практике учреждений социального типа. Даётся краткий экскурс в содержание работы специалистов такого центра, связанное с приобщением воспитанников к системе временных представлений и отношений.

Ключевые слова: реабилитация, индивидуальная программа реабилитации, инновационные технологии реабилитации, микрореабилитационный центр, временные представления

В современном мире чётко определены социальные ориентиры, указывающие на равные права и возможности всех граждан в собственном становлении, ощущении в реальном времени и самореализации, вне зависимости от индивидуальных особенностей развития. Ограничения жизнедеятельности понимаются не как атрибут человека, имеющего какие-либо нарушения, а скорее, как совокупность неблагоприятных социальных факторов и условий, сформированных социальным окружением и не позволяющим ему реализовать свои потребности, склонности и интересы. Такой подход к проблеме всё чаще звучит и поднимается не только в научных кругах и практике специального образования, здравоохранения, но и на государственном уровне. Попробуем разобраться в его сущности.

Являясь педагогами – практиками, работающими с детьми с особыми образовательными потребностями, инвалидами, мы чётко понимаем тот факт, что имеющиеся у них ограниченные возможности здоровья (ОВЗ) –

это не только те особенности, которые сопровождают их в силу врождённой или приобретённой патологии, это ещё и результат воздействия на них социальных, экономических, психологических, информационных и физических помех. Нейтрализация таких воздействий возможна и необходима и, в зависимости от лиц, её осуществляющих, носит различный характер. Мы подходим к ней с точки зрения социальной, следовательно, раскрываем реабилитационные основы этого процесса.

Вслед за рядом авторов (И. А. Буренина, В. А. Епифанов, Н. П. Жигарева, Е. Т. Лильина Н. С. Прилипко, Е. И. Холостова, Р. Х. Ягудин и др.), под «реабилитацией» мы понимаем – систему мероприятий разнопланового характера, направленных на восстановление здоровья и социального статуса не нормотипичных воспитанников, детей-инвалидов [6]. В качестве цели видим: достижение ими максимально возможной физической, психологической и, в ряде случаев, профессиональной полноценности (в зависимости от вида нарушенного онтогенеза и степени тяжести).

Включение детей с ОВЗ и инвалидностью в социум и относительно полноценное социальное функционирование в нём – это пожалуй те основные элементы и результаты реабилитации, которые подтверждаются законодательно (Конституцией Российской Федерации, Конвенцией о правах инвалидов, Приказом Минтруда России № 939-н от 24.11.2014 «Об утверждении Примерного порядка предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому», Распоряжением Правительства Российской Федерации № 122-р от 23 января 2021 г. «О реализации инфраструктурных проектов по поддержке и развитию социальных служб, оказывающих помощь семьям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации, включая деинституциональные формы поддержки семей, воспитывающих детей-инвалидов» и др.) [5].

Аналитический обзор источников по тематике (Н. М. Платонова, М. Ю. Платонов), позволил выявить эффективные социальные практики предоставления непрерывной реабилитационной и абилитационной помощи детям-инвалидам и с ОВЗ в различных городах и областях РФ: «Домашнее сопровождение семей с детьми-инвалидами» (Москва); «Бригадный принцип работы специалистов по реабилитации инвалидов на дому», «Мобильные бригады для патронажа сельских семей с детьми-инвалидами» (Ленинградская область, Ростов-на-Дону, Мурманск, Челябинск, Омск); «Служба домашнего визитирования» (Татарстан); «Социальные рейсы в отдалённые посёлки», «Поезда милосердия» (Томск); «Служба социальных участков» (Волгоград, Ярославль); «Социально-реабилитационная квартира» (Свердловск, Кемерово «Профилакторий на дому» (Курганск), «Социальный автомобиль» (Тверь); «Школа реабилитации и ухода» (Самара) и др. [4, с. 25].

В документах основополагающей выступает мысль о том, что семья должна ощущать себя соавтором программы реабилитации своего ребёнка.

Предполагается, что именно в такой диаде особый ребенок и его родители могут выступать полноценными участниками, а не объектами реабилитационного воздействия, а сами реабилитационные услуги стать конструктивными. Соответственно появится чёткий ориентир на цель этого процесса и результат реабилитации, выгодный и самой семье, и заинтересованным в ней специалистам, и обществу в целом.

Данная тематика звучит и в научных исследованиях (О. С. Андреева, Н. Ф. Дементьева, И. И. Казунина, Н. Е. Лукьянова, А. Е. Лысенко, Ю. Б. Мавликаева, Д. В. Стороженко, В. П. Шестаков и др.), причём имеет такую тенденцию, при которой на первое место выходят работы, описывающие исполнение индивидуальных программ реабилитации детей и людей с особенностями в развитии; а также вопросы их комплексной реабилитации с использованием инновационных технологий [3].

Исследователями, наряду с практикующими специалистами, выявлены наиболее весомые причины, препятствующие обеспечению непрерывного процесса комплексной реабилитации ребенка с ОВЗ, инвалида. Среди них: отдаленность места проживания семьи от стационарных учреждений; низкий уровень информированности семей в вопросах реабилитации; тяжелое материальное положение, затрудняющее приобретение необходимого реабилитационного, игрового, технического оборудования, а также инвентаря, дидактико-методического сопровождения для использования в домашних условиях; низкая мотивированность родителей на выполнение реабилитационных мероприятий в связи с эмоциональным выгоранием; низкая социальная активность детей-инвалидов и с ОВЗ и их родителей.

Для частичного или полного устранения этих причин, авторами предлагается учитывать структуру реабилитационного потенциала и осуществлять реабилитационную помощь, начиная с диагностики выявления имеющихся проблем (факторов, препятствующих их вовлечению в жизненные ситуации для полноценной жизнедеятельности; барьеров, созданных не инвалидами в различных сферах жизни и т.д.); определения направлений коррекционно-реабилитационной программы и их реализации, осуществляемой командой специалистов разного профиля; внедрения разнообразных технологий.

Важнейшим инструментом, позволяющим принципиально по-новому выстроить стратегию реабилитации инвалидов и детей с ОВЗ, является социальное образование – микрореабилитационный центр (МРЦ).

В имеющейся литературе (Т. В. Герасименко, Е. Ю. Карамышева, И. И. Казунина, Г. С. Ластовская, А. Е. Лысенко, Л. М. Пащук и др.) такой центр, являясь стационарозамещающей технологией, осуществляется через формат организации реабилитационной работы по месту жительства или в условиях семьи. Это комплекс мер, направленных на социальное обслуживание, социальную поддержку граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации [3].

Целью данной технологии является реализация индивидуальных программ медико-психологической и социально-педагогической реабилитации детей с инвалидностью, в условиях работы кабинетов реабилитации (выездной центр) или в домашних (домашний центр), с учетом основного диагноза и возраста. С детьми занимаются специалисты по реабилитационной работе: логопед, психолог, дефектолог, инструктор по физической культуре, врач-физиотерапевт и др., мобилизирующие его скрытые резервы и способности, формирующие умения и навыки справляться с возникающими проблемами. Специалистами же социального, правового, психологического, юридического, медицинского спектров для семьи составляется реабилитационный маршрут, предупреждающий развитие негативных воздействий и последствий среды, образование социальных барьеров, улучшающий качество жизни.

На базе нашего учреждения (ГАУ АО НПЦРД «Коррекция и развитие» г. Астрахани) в настоящее время функционируют две формы МРЦ: выездной (ВМРЦ) и домашний (ДМРЦ) микрореабилитационные центры. Осуществляя практику работы в ВМЦР, мы нацелены на обеспечение непрерывности реабилитационных услуг семьям детей с особыми потребностями и непосредственно им самим при помощи правовых, медико-социальных, психологических, коррекционно-педагогических, технических средств реабилитации, создание развивающей среды. Данное целевое положение закреплено в положении о создании подобной службы в нашем учреждении, а также в ряде других учреждений, осуществляющих деятельность подобного плана в различных регионах РФ, чьи данные имеются на соответствующих сайтах (Т. В. Бессонова, Н. С. Логвинова, Е. В. Хапютченко и др.).

Являясь частью мультидисциплинарной команды в структуре Выездного микрореабилитационного центра, в качестве учителей-дефектологов мы участвуем в оказании адресной помощи и расширении доступа к социальным услугам семьям, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ОВЗ, проживающих, как непосредственно в г. Астрахани, так и в отдаленных районах Астраханской области. При проведении индивидуальной работы с конкретным воспитанником, особое внимание уделяем вопросам развития и воспитания особого ребенка, раскрытию и коррекции тех аспектов его личности, которые будут сопутствовать его дальнейшей успешной адаптации.

В качестве примера планового выезда в рамках ВМРЦ и реализации индивидуальных программ интенсивных курсов реабилитации, опишем работу по формированию у нескольких воспитанников со сниженным интеллектом временных представлений. Это обуславливалось несколькими причинами. Во-первых, время это одна из наиболее важных категорий, которой следует овладеть таким воспитанникам для осознания себя частью окружающего мира, существования и взаимодействия в нём, осуществления различных деятельностей. В специальной литературе (Л. Б. Баряева, Е. Н. Лебедеенко, А. А. Танюшкина, И. Н. Финкельштейн и др.) есть особые

указания на то, что навык различения промежутков времени формируется на основе личного опыта. Умение регулировать и планировать свою деятельность во времени, менять темп и ритм своих действий, создаёт основу для развития таких качеств личности, как организованность, собранность, целенаправленность, особо необходимые интеллектуально не сохранным в повседневной жизни [1; 2 и др.].

Во-вторых, тематика считается сложной для овладения детьми с нарушением интеллекта, поскольку не имеет видимых обозначений, что было подтверждено предварительно проведенной диагностикой их познавательной сферы. Установлено, что дети не знали названий дней недели, месяцев, имели нечеткие представления о продолжительности временных периодов, испытывали затруднения при определении их последовательности, слабо владели временной терминологией.

Обучая обозначенных выше воспитанников ориентироваться во времени: определять, измерять время (правильно обозначая в речи), чувствовать его длительность (регулируя и планируя деятельность во времени), менять темп и ритм своих действий в зависимости от наличия времени, мы вели работу по нескольким временным показателям: определение и называние частей суток, понятий «вчера», «сегодня», «завтра», дней недели, месяцев, времен года и их последовательности, отличительных признаков. Акцент делался на сочетание учебно-игровой и символично-моделирующей деятельности, а именно нами использовался и модифицировался опыт Д. С. Рыжиковой (смотреть рис. 1, 2).



Рисунок 1. Схемы-символы по авторской методике Д. С. Рыжиковой (сутки, понятия «вчера, сегодня, завтра, позавчера», дни недели, месяцы, год)



Рисунок 2. Схемы-символы по авторской методике Д. С. Рыжиковой (времена года)

Автором предлагается формирование системы временных представлений у детей младшего школьного возраста с нарушениями в развитии на основе использования наглядно-дидактического пособия, состоящего из набора взаимосвязанных схем и символов. Занимательность и визуальная подача материала, на наш взгляд, выгодно усиливает познавательный потенциал, участвующих в коррекционно-реабилитационных мероприятиях воспитанников. Данную методику мы сочетали с другими методами и приёмами подачи материала (словесными: рассказами, математическими сказками, историями и пр., практическими: дидактическими играми и упражнениями с раздаточными карточками, ситуационными задачами из жизни, опытническими показами и т. д.). Была соблюдена система в подаче временных эталонов, объяснялось, что каждая мера складывается из единиц предыдущей и служит основанием для последующей. Мы способствовали осознанию детьми последовательности происходящих событий, установлению причинно-следственных связей между ними. Но поскольку это процесс по отношению к воспитанникам с нарушением интеллекта является достаточно трудоемким и пролонгированным, то в рамках выездных коррекционно-реабилитационных мероприятий были достигнуты лишь промежуточные результаты, которые будут закрепляться в последующем через дальнейшее сотрудничество с семьями в консультационно-дистанционном формате.

Таким образом, Выездной микрореабилитационный центр, как альтернативное направление комплексной реабилитации семей и воспитанников с ОВЗ, показывают свою положительную результативность, способствует оптимизации реабилитационного процесса, позволяет улучшить качество жизни инвалидов и их семей.

Список литературы:

1. Баряева, Л. Б. Математическое развитие дошкольников с интеллектуальной недостаточностью: монография. – СПб.: РГПУ им. А. И. Герцена, 2003. – 287 с.
2. Лебеденко, Е. Н. Формирование представлений о времени. – СПб.: Детство-пресс, 2018. – 75 с.
3. Лысенко, А. Е., Казунина, И. И. Инновационная технология комплексной реабилитации детей-инвалидов в условиях семьи «Домашний микрореабилитационный центр»: учебно-методическое пособие. – М.: Национальный центр проблем инвалидности, 2014. – 105 с.
4. Платонова, Н. М., Платонов, М. Ю. Инновации в социальной работе: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования. – М.: Академия, 2011. – 256 с.
5. Реализация инфраструктурных проектов по поддержке и развитию социальных служб, оказывающих помощь семьям с детьми, находящимся в трудной жизненной ситуации, включая деинституциональные формы поддержки семей, воспитывающих детей-инвалидов : Распоряжение Правительства РФ № 122-р от 23 января 2021 г.
6. Современные технологии реабилитации в педиатрии / под ред. Е. Т. Лильина. – М.: ЛО Московия, 2013. – 87 с.

**ПРОЕКТ «ТЕРРИТОРИЯ РАЗВИТИЯ» –
НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Зиновьева Г. Н.

*заместитель директора по социально-реабилитационной работе,
Областное государственное бюджетное учреждение
социального обслуживания
«Комплексный центр социального обслуживания населения «Веста»,
Ангарск*

Аннотация. Проект «Территория развития» направлен на повышение качества и обеспечение непрерывности реабилитационного процесса детей с ограниченными возможностями здоровья посредством реализации современной социальной стационарозамещающей технологии «Микрореабилитационный центр на дому», которая заключается в организации реабилитационного пространства на дому у семей с такими детьми.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, домашний микрореабилитационный центр, реабилитация, социализация

Реализация проекта «Территория развития» по созданию в учреждении социальной службы «Микрореабилитационный центр на дому» стала возможной в результате участия в конкурсном отборе социальных проектов Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и получения гранта по его итогам.

Специалисты отмечают, что с каждым годом увеличивается доля обслуживаемых несовершеннолетних с различной степенью умственной отсталости и имеющих расстройства аутистического спектра. Для достижения положительной устойчивой динамики в развитии таких детей недостаточно курса реабилитации в учреждении. Даже если специалисты и достигают каких-либо результатов в их развитии во время проведения реабилитационных мероприятий, то эти результаты часто утрачиваются в межреабилитационный период и при прохождении повторного курса реабилитации специалисту приходится начинать всю работу сначала.

Помимо этого, есть ещё одна категория детей, которые из-за трудностей, возникающих с их транспортировкой, вообще лишены возможности посещать реабилитационные учреждения – это дети, имеющие нарушения функций опорно-двигательного аппарата, дети с тяжёлыми множественными нарушениями развития.

Проект «Территория развития» предполагает систематическую и комплексную работу по организации реабилитационного пространства на дому у таких семей с целью повышения качества, доступности и непрерывности реабилитационного процесса.

Проект направлен на оказание помощи всей семье, а не только ребенку. Так при первичном общении с семьёй команда специалистов проводит её комплексное обследование, которое включает в себя:

- описание особенностей развития ребенка в настоящий момент;
- выявление ограничений в функционировании и состоянии здоровья, которые мешают ему развиваться;
- определение уровня истощения собственного ресурса взрослых из ближайшего окружения ребёнка и уровня их грамотности в вопросах реабилитации ребёнка;
- выявление уникальных способностей и ресурсов ребенка и его окружения (сильные стороны);
- определение потребностей ребенка в каждой области развития (физическое, познавательное, коммуникация, социально-эмоциональное, навыки самообслуживания);
- определение обучающих, помогающих и компенсирующих возможностей окружающей среды, в которой живет ребенок.

После проведения комплексного обследования семьи и совместного определения специалистами и родителями иерархии задач в развитии ребёнка специалисты проводят краткосрочный курс реабилитационных мероприятий в полустационарной форме или форме социального обслуживания на дому в соответствии с действующим законодательством [1; 2]. Работа специалистов построена по принципу «от простого к сложному», то есть начинаем развивать те навыки и действия, при выполнении которых ребёнок проявляет самостоятельность, насколько это возможно в силу его заболеваний. Это позволяет создать ситуации успеха и стимулировать ребёнка к деятельности в дальнейшем.

Занятия с ребёнком специалисты проводят в присутствии родителей, обучая их приёмам и методам реабилитации в домашних условиях. Главная задача специалистов – помочь родителям развить у их ребёнка, насколько это возможно, коммуникативные способности и навыки самообслуживания в обычных жизненных ситуациях, а также его собственную двигательную активность.

Так социальный педагог совместно с родителями помогает ребёнку освоить навыки самостоятельного приёма пищи, одевания и раздевания или гигиенического ухода за своим телом, а врач ЛФК подбирает оптимальную позу для проведения этих мероприятий и советует родителям какие средства и приспособления для поддержания позы можно использовать. Психолог в свою очередь раскрывает секрет, как в процессе подготовки к приёму пищи или в процессе одевания можно формировать

у ребёнка базовые коммуникативные навыки или при необходимости осваивать альтернативные способы коммуникации.

В учреждении также функционирует Школа ухода и реабилитации, где специалисты проводят обучающие мероприятия для родителей по их запросам. Таким образом, обучаясь у специалистов, родители становятся их полноправными партнерами.

После прохождения родителями обучающих мероприятий специалисты активно вовлекают их в процесс реабилитации ребенка посредством составления для них рекомендаций для самостоятельных занятий с ребёнком в межреабилитационный период. При этом специалисты не оставляют семью в одиночестве, постоянно сопровождают и консультируют родителей дистанционно в удобном для них формате.

С целью повышения эффективности реабилитационного процесса специалисты стараются максимально создать все необходимые условия для проведения социально-реабилитационных мероприятий на дому. Консультируют родителей по вопросам организации развивающего и помогающего пространства вокруг ребёнка. Делятся с родителями секретами, как своими руками можно адаптировать используемые ребёнком предметы, чтобы он мог справиться с определёнными элементарными бытовыми манипуляциями. Например, если ребёнок в силу заболевания не может захватывать мелкие предметы, то можно помочь ему освоить навык застёгивания молнии, если прикрепить к собачке замка крупный брелок. Навыком пользования ложкой ребёнок овладеет быстрее, если с помощью подручных материалов, использовав несколько слоёв ткани, изоленды или полимерную глину, утяжелить и сделать толще ручку ложки и т. д.

Бесспорно, использование специализированного реабилитационного и развивающего оборудования значительно повышает качество реабилитационного процесса и чаще всего необходимо применение целого комплекса оборудования, но не каждая семья в состоянии приобрести его, так как это довольно дорогостоящий процесс. Альтернативным выходом из сложившейся ситуации стало открытие в учреждении пункта проката реабилитационного и развивающего оборудования. Специалисты определяют перечень необходимого семье оборудования, помогают с его оформлением во временное пользование и доставкой на дом, настраивают индивидуально под каждого ребёнка, проводят обучение родителей правилам пользования оборудованием, составляют комплекс упражнений и игр с его использованием.

Ещё одним немаловажным направлением деятельности специалистов службы является поддержка собственных ресурсов семьи, с этой целью в рамках работы детско-родительского клуба «Академия успеха» специалисты учреждения проводят для семей различные мероприятия. Психологи проводят для родителей тренинги на профилактику эмоционального выгорания, релаксационные мероприятия и встречи взаимопомощи

и обмена «родительским» опытом. Социальные педагоги организуют детско-родительские творческие мастер-классы и помогают принимать участие в различного рода конкурсах.

На сегодняшний день участниками проекта стали более 100 семей. Уже сейчас родители и специалисты отмечают эффективность такого комплексного подхода к процессу реабилитации. У 90 % детей целевой категории отмечается устойчивая динамика в развитии, которая постепенно только увеличивается. А родители стали чувствовать себя более увереннее и спокойнее благодаря непрерывной поддержке со стороны специалистов.

Список литературы:

1. Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания: Приказ министерства социального развития, опеки и попечительства Иркутской области № 196-мпр от 11 декабря 2014 г.

2. Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг в форме социального обслуживания на дому: Приказ министерства социального развития, опеки и попечительства Иркутской области № 195-мпр от 11 декабря 2014 г.

ИННОВАЦИОННЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ПРОДВИЖЕНИЕ»: ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Изосимова Л. Я.

*педагог-психолог отделения полустационарного обслуживания,
Государственное стационарное учреждение социального обслуживания
«Петровск-Забайкальский детский дом-интернат для граждан,
имеющих психические расстройства»,
Забайкальский край*

Аннотация. В статье представлен опыт реализации семейно-центрированной технологии реабилитации «Микрореабилитационный центр» в ГСУ СО «Петровск-Забайкальский детский дом-интернат для граждан, имеющих психические расстройства» Забайкальского края.

Ключевые слова: технология «Микрореабилитационный центр», дети-инвалиды, реабилитация

Петровск-Забайкальский детский дом-интернат для граждан, имеющих психические расстройства, совместно с Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, реализует инфраструктурный социальный проект «ПроДвижение».

Ключевая идея социального проекта «ПроДвижение» заключается в том, что семья, воспитывающая ребенка с ограниченными возможностями здоровья, является главным ресурсом в реабилитации. Мероприятия проекта направлены на укрепление потенциала семьи путем объединения ресурсов, технологии и знаний междисциплинарной команды специалистов и ближайшего окружения ребенка с ограниченными возможностями здоровья посредством реализации технологии «Микрореабилитационный центр» [2].

Технология «Микрореабилитационный центр» представлена в двух формах – домашний и выездной микрореабилитационные центры и предполагает последовательность этапов её реализации. На рисунке 1 представлена модель реализации технологии в форме домашних микрореабилитационных центров.

В форме домашних микрореабилитационных центров создается реабилитационное пространство на дому для реализации краткосрочных программ реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с инвалидностью.

Модель реализации технологии в форме домашних микрореабилитационных центров



Рисунок 1. Модель реализации технологии
в форме домашних микрореабилитационных центров

На основе данных диагностики, учитывая потребности ребенка с ограничениями жизнедеятельности, формируется комплект реабилитационного и коррекционно-развивающего оборудования, который передается в семью на основании договора о предоставлении в безвозмездное временное пользование реабилитационного оборудования. Обучение родителей является одним из основных мероприятий технологии, которое предполагает разные формы: практико-ориентированные занятия, демонстрационно-обучающие занятия с ребенком, индивидуально разработанные памятки, видеоуроки, дистанционное индивидуальное и групповое консультирование. Для повышения эффективности реабилитации специалисты стремятся находиться с родителем в постоянном контакте, опираться на его мнение и потребности, быть равными участниками реабилитационного процесса.

Домашний микрореабилитационный центр предполагает визитирование семьи специалистами и предоставление реабилитационных и абилитационных услуг на дому, в том числе силами мультидисциплинарной бригадой, в которую входят специалисты учреждения: психолог, логопед, инструктор ЛФК, массажист, педагог дополнительного образования. По запросу (потребности) семьи консолидируется межведомственное взаимодействие и в мультидисциплинарную бригаду включаются специалисты медицинского профиля: врач-педиатр, детский невролог, детский психиатр и др.

Визитирование домашних реабилитационных центров осуществляется еженедельно, с учетом отдаленности проживания и сложной эпидемиологической обстановкой применяется онлайн-визитирование семьи.

Кроме реабилитационного воздействия, направленного на ребенка с ограниченными возможностями здоровья, психологическую, информационную поддержку получают все члены семьи. Реабилитационный курс составляет 6 месяцев, с учетом оценки эффективности реабилитационного воздействия и потребности семьи возможна пролонгация до 1 года.

Второй формой работы в рамках технологии «Микрореабилитационный центр» является выездная, которая предполагает оказание мультидисциплинарной бригадой специалистов адресной помощи и расширение доступа к социальным услугам семьям, воспитывающих детей–инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья по месту их проживания. Фокус внимания специалистов направлен на оказание консультативной и практической помощи в вопросах развития и воспитания ребёнка, оказание помощи и поддержки в успешной социальной адаптации семей, обучение родителей методам и технологиям реабилитации ребенка (рис. 2).



Рисунок 2. Основные направления технологии «Микрореабилитационный центр»

Уникальным опытом реализации технологии «Микрореабилитационный центр» является внедрение программы «Семейного интензива». Психологические проблемы семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (изолированность, тревожность, эмоциональное выгорание, гиперопека и другие) оказались барьером в установлении на организационном этапе конструктивных отношений со специалистами на территории проживания семьи. Многие семьи оказались психологически не готовы принять у себя дома малознакомых людей.

Учитывая этот фактор в технологию «Микрореабилитационный центр» на начальном этапе была внедрена новая форма работы с семьей «Семейный интенсив». Это форма сотрудничества с семьей на этапе знакомства и установлении доверительных отношений предполагает организацию ежедневных мероприятий с родителями (законными представителями) и детьми с ограниченными возможностями здоровья в отделение дневного (кратковременного пребывания) ГСУ СО «Петровск-Забайкальский детский дом-интернат для граждан, имеющих психические расстройства». Администрация дома-интерната организует транспортировку детей и их родителей.

Программа «Семейного интенсива» – это пять четырехчасовых встреч с семьей, предполагает разнообразные формы работы: психологические тренинги родители-дети-специалисты, диагностико-консультативная работа с родителями (законными представителями), психологическая помощь родителям направленная на решение внутриличностных проблем, оптимизацию внутрисемейной атмосферы, гармонизацию межличностных, супружеских, родительско-детских и детско-родительских отношений.

С целью достижения максимально позитивного результата психологической помощи родителям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья, психолог устанавливает доверительный контакт на уровне «обратной связи». Его цель – убедить родителей в том, что их понимают, им сочувствуют и пытаются помочь. Уровень эмпатического сопереживания и достижения сочувствия является высоким для того, чтобы родитель ощутил весомую психологическую поддержку и взаимопонимание.

Параллельная работа с детьми и родителями очень эффективный процесс, который позволил сформировать устойчивые доверительные отношения семьи и специалистов учреждения, положительное «эмоциональное поле» для взаимодействия. У большинства родителей (законных представителей) появилась устойчивая мотивация на продуктивное сотрудничество в реализации технологии «Микрореабилитационный центр».

Главным условием успешности реабилитационного воздействия в выездной форме является позиция родителя (законного представителя): их заинтересованность и мотивация, системность в выполнении рекомендаций специалистов, ответственность за достижение конечных результатов.

Реализация технологии в выездном формате позволило значительно расширить охват реабилитационными услугами семей, воспитывающих детей инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе проживающих в отдаленных населенных пунктах Петровск-Забайкальского района и повысить их эффективность посредством обеспечения адресности и непрерывности реабилитационного воздействия. Сформированное реабилитационное пространство позволяет устанавливать дружественные, неформальные отношения между учреждением, его сотрудниками и семьей, улучшить управление реабилитационным процессом, оптимально распределить обязанности и ответственность участников

(партнеров), тем самым значительно повысить результативность реабилитационного воздействия.

В результате реализации технологии «Микрореабилитационный центр» открыты 7 домашних микрореабилитационных центров, расположенных в городском округе «Город Петровск-Забайкальский» и в Петровск-Забайкальском районе, а также включены 45 семей, в которых воспитываются 50 детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с инвалидностью, в реализацию технологии «Микрореабилитационный центр» в выездной форме. Охват мероприятиями целевой группы инфраструктурного проекта «ПроДвижение» превысил плановые показатели на 25 % в форме выездного микрореабилитационного центра, что свидетельствует об актуальности предоставления социальных услуг по данной технологии [1].

Материально-технические и кадровые ресурсы учреждения позволяют учреждению выйти на качественно новый уровень предоставления реабилитационных услуг на территории г. Петровск-Забайкальского и Петровск-Забайкальского района. Обеспечить непрерывность, последовательность и преемственность реабилитации ребёнка с ограниченными возможностями здоровья и социальной поддержки его семьи.

Список литературы:

1. Информационно-аналитические материалы по результатам анализа планов субъектов Российской Федерации, разработанных для участия в реализации Плана основных мероприятий, проводимых в рамках Десятилетия детства, в части создания условий для повышения качества жизни детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья на период до 2027 г.: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23 января 2021 г. № 122-р.

2. Лысенко, А. Е., Казулина, И. И. Инновационная технология комплексной реабилитации детей-инвалидов в условиях семьи «Домашний микрореабилитационный центр»: учебно-методическое пособие. – М.: Национальный центр проблем инвалидности, 2014.

**ПОВЫШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ
СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ
«МОБИЛЬНЫЙ МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»**

Инкина Ю. М.

к.пед.н., старший методист ресурсного методического центра

Канаева Л. А.

*методист ресурсного методического центра,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Аннотация. Статья посвящена вопросу повышения профессиональных компетенций специалистов социальной службы «Мобильный микрореабилитационный центр», осуществляющих работу по оказанию комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в отдаленных районах Астраханской области. Содержит описание успешно реализуемых в ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» инновационных форм непрерывного обучения кадров.

Ключевые слова: микрореабилитационный центр, профессиональные компетенции, обучение специалистов

Важнейшим фактором качества социального обслуживания и эффективности системы реабилитации/абилитации социальных учреждений является профессиональная подготовленность специалистов, оказывающих комплексную помощь детям с ограниченными возможностями здоровья, непрерывное повышение их профессиональной компетентности.

Под профессиональной компетентностью подразумеваем интегральную характеристику деловых и личностных качеств (компетенций) специалистов, отражающую их уровень знаний, умений и навыков (опыта), достаточных для осуществления профессиональной деятельности [1]. При этом понятие «компетенция» определяется нами как «качество, свойство человека быть хорошо осведомленным в каком-либо вопросе» [2]. Соответственно, «профессиональная компетенция» – это «способность успешно действовать на основе практического опыта, умения и знаний при решении профессиональных задач» [3].

В связи с этим повышение профессиональных компетенций руководителей и специалистов, непосредственно задействованных в реабилитационном процессе, стало одним из основных направлений работы

социальной службы «Мобильный микрореабилитационный центр», созданной в ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» в рамках двухлетнего масштабного регионального проекта.

Повышение профессиональной компетентности специалистов, в числе которых были специалисты центра «Коррекция и развития» и специалисты комплексных центров социального обслуживания населения (КЦСОН) Наримановского, Володарского, Красноярского и Лиманского районов Астраханской области, как соисполнителей проекта, включало в себя:

- обучение на базе профессиональной стажировочной площадки Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Фонд), по соответствующему направлению;

- обучение специалистов инновационным технологиям комплексной, в том числе виртуальной реабилитации;

- изучение информационно-методических материалов, специально разработанных для специалистов, обеспечивающих тиражирование эффективных практик деятельности созданной социальной службы;

- знакомство с комплексом документов, раскрывающих сущность проекта и содержащих обоснование его целесообразности и реализуемости.

Так, в 2021 г. 15 специалистов прошли обучение на базе профессиональных стажировочных площадок Фонда. Из них 10 человек – по программе «Практические аспекты реализации программы реабилитации детей-инвалидов с тяжелыми формами заболеваний «Домашний микрореабилитационный центр» на базе ГАУСО МО «Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации «Журавушка». Обучение проходило в дистанционном формате с использованием портала «Социальная служба Подмосковья», где специалисты посредством просмотра видеолекций и мастер-классов познакомились с новой моделью реабилитации и реабилитации детей-инвалидов, использующую технологию «Домашний микрореабилитационный центр» (ДМРЦ). Суть технологии ДМРЦ – в создании реабилитационной и коррекционно-развивающей среды в домашних условиях, способствующей компенсации (устранению) ограничений жизнедеятельности, социализации и гармоничному развитию ребёнка-инвалида в семье. В ходе прохождения стажировочной площадки специалисты получили в дополнение методический кейс с листовками, буклетами и образцами локальных нормативных документов для организации работы на местах.

Пятеро специалистов из Астраханской области проходило обучение по программе «Выездной микрореабилитационный центр» на базе БУСО ВО «Комплексный центр социального обслуживания населения города Череповца и Череповецкого района «Забота». Целью данной профессиональной стажировочной площадки стало практическое освоение специалистами вопросов организации и деятельности службы «Выездной микрореабилитационный центр». В ходе прохождения стажировочной площадки участники актуализировали опыт работы с семьями, воспитывающими детей

с инвалидностью и с ОВЗ, познакомились с опытом Вологодской области по организации деятельности службы «Выездной микрореабилитационный центр», пополнили свою «методическую копилку» техниками и методами работы с семьями: получили методические кейсы по работе специалиста «Выездного микрореабилитационного центра». Кроме того, расширили свои представления по проведению кризисного консультирования и оказания психологической поддержки родителям в ситуации эмоционального выгорания, узнали о путях привлечения НКО, волонтеров к работе с семьями целевой группы, в рамках деятельности выездного центра.

По окончании обучения на профессиональных площадках Фонда специалисты научно-практического центра реабилитации детей «Коррекция и развитие» в ходе выездных мероприятий проекта «Мобильный микрореабилитационный центр» продолжили обучение коллег-соисполнителей из КЦСОН на местах, выезжая в районы Астраханской области. Они знакомили их с многолетними наработками, опытом работы с детьми с ОВЗ в условиях реабилитационного центра и мобильной службы.

Обучение специалистов службы «Мобильный микрореабилитационный центр» инновационным технологиям комплексной реабилитации продолжилось на виртуальной площадке центра «Коррекция и развитие» платформы «Мираполис». В соответствии с запланированной программой обучающих мероприятий проекта было организовано и проведено за 2021–2022 гг. 44 обучающих мероприятия, в т. ч. научно-практических семинаров и/или вебинаров, мастер-площадок, в которых приняли участие около 100 человек.

На регулярной основе в центре «Коррекция и развитие» осуществлялась профессиональная поддержка специалистов социальной службы. Она включала в себя:

- самостоятельную работу специалиста с семьей с возможностью привлечения помощи любого другого компетентного сотрудника центра в сложной ситуации;
- контроль со стороны администрации и координацию действий участников обновленной совместной профессиональной деятельности;
- возможность супервизии и интервизии профессиональной деятельности (включая дистанционное консультирование) в рамках методической работы специалистов.

В единые методические дни, в рамках работы методических объединений специалисты мобильного микрореабилитационного центра обсуждали тяжелые случаи, делились накопленным опытом, обеспечивая тем самым, повышение профессиональной компетентности и качества оказываемых услуг.

В помощь специалистам был составлен методический кейс, включающий «Методические рекомендации для специалистов по организации работы Выездного микрореабилитационного центра». Разработан и издан электронный сборник «Системный подход к оказанию комплексной помощи

детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях реабилитационного центра». В данном сборнике обобщен и систематизирован опыт многолетней работы специалистов учреждения, используемые ими при оказании помощи инновационные коррекционно-педагогические, психолого-педагогические технологии, доказавшие свою эффективность.

Таким образом, решая задачу повышения профессиональных компетенций специалистов мобильной социальной службы, использовались как внешние, так и внутренние ресурсы. Связующим звеном между внешними и внутренними формами обучения, обеспечивающими профессиональное развитие специалистов службы «Мобильный микрореабилитационный центр», было самообразование. Поскольку значение самообразования также весомо, определяется в удовлетворении познавательной инициативности специалиста, растущей его потребности справляться с возникающими проблемами, совершенствоваться самостоятельно. Другими словами, триада: «повышение квалификации – внутрифирменное обучение – самообразование», представляло собой целостную систему непрерывного профессионального роста кадрового состава социальной службы «Мобильный микрореабилитационный центр».

Список литературы:

1. Жарылгасова, П. Е., Кокшеева, З. Т. Профессиональная компетентность педагога. – Режим доступа: <https://top-technologies.ru/ru/article/view?id=32141> (дата обращения: 12.09.2022).
2. Ожегов, С. И., Шведова, Н. Ю. Толковый словарь русского языка: 72500 слов и 7500 фразеологических выражений / РАО. Институт русского языка; Российский фонд культуры. – М.: АЗЪ, 1993.
3. Якушева, С. Д. Профессиональная компетентность как условие развития мастерства педагога // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. – М., 2015. – С. 321–322.

**ПРИМЕНЕНИЕ МУЗЫКАЛЬНО-ДИДАКТИЧЕСКИХ ИГР
В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Камкина М. С.

*музыкальный руководитель отделения лечебной педагогики,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Аннотация. В статье раскрываются факторы, определяющие актуальность использования музыки в системе коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), выделяются задачи, необходимые для организации музыкальной деятельности. Акцентируется внимание на том, что в реализации коррекционного подхода для развития у детей музыкально-сенсорных представлений на музыкальных занятиях, в том числе в домашних условиях, большая роль отводится музыкально-дидактическим играм.

Ключевые слова: музыкально-коррекционные занятия, музыкально-дидактические игры, ограниченные возможности здоровья

Музыка – это первый вид искусства, с которым встречается малыш в жизни. Именно музыка открывает перед ребенком мир эмоционально-чувственных переживаний и побуждает его к активной деятельности.

По многочисленным наблюдениям дети, воспитанные на колыбельных песнях, потешках, прибаутках и сказках – это дети, у которых хорошо развито музыкальное мышление. Известный педагог В. А. Сухомлинский писал: «Музыка вводит ребенка в мир добра. Музыка – могучий источник мысли. Без музыкального воспитания невозможно полноценное умственное развитие ребенка» [3].

Музыкальное воспитание детей с ОВЗ необходимо выстраивать последовательно, учитывая возрастные и индивидуальные особенности развития. Основные задачи состоят в том, чтобы создать благоприятную, радостную атмосферу и побуждать детей к активной деятельности, которая должна проявляться в умении детей подпевать, играть на музыкальных инструментах, слушать и понимать музыку, эмоционально реагировать на музыку различного характера, связывать с музыкой ритмические движения.

Музыкально-педагогическая реабилитация детей с ОВЗ в нашем учреждении осуществляется в процессе музыкально-коррекционных занятий. На музыкальных занятиях мы отдаём предпочтение активным формам работы: стимулируем у детей собственную двигательную и речевую

активность, желание вступать во взаимодействие друг с другом и педагогом. Музыкально-игровой материал при проведении занятий очень разнообразен – это пальчиковые игры, игры и упражнения на развитие коммуникативных навыков, слухового внимания, координации движений и мелкой моторики, ритмического чувства, музыкально-дидактические игры [1].

Музыкально-дидактические игры являются важным средством сенсорного развития детей, они дают возможность ребенку в интересной форме услышать, различить, сравнить некоторые свойства музыки. Музыкально-дидактические игры должны быть просты и доступны, красочно оформлены, интересны и привлекательны, такие игры вызывают желание у детей играть, петь, слушать музыку, танцевать [2].

Основные задачи применения музыкально-дидактических игр:

- формирование у детей музыкальных способностей в доступной игровой форме;

- развитие у детей чувства ритма, тембрового, звуковысотного и динамического слуха;

- побуждение детей к самостоятельным действиям [3].

Одним из важных условий проведения музыкально-коррекционных занятий является повторяемость изучаемого материала не только на музыкальных, но и на других видах занятий, в том числе и в домашних условиях. Музыкально-дидактические игры вполне доступны для самостоятельного проведения родителями детей с ОВЗ.

Например, чтобы развивать умение различать тембр звучания различных музыкальных детских инструментов, в домашних условиях могут использоваться следующие игры:

Музыкальный сундучок

Игровой материал: набор музыкальных инструментов, знакомых ребёнку, сундучок.

Ход игры: педагог (или родитель) показывает ребёнку сундучок и предлагает посмотреть, что в нём находится.

Сундучок мы открываем,

Что же в нём? Сейчас узнаем!

Затем ребёнок по очереди достаёт из сундучка музыкальные инструменты, называет их и показывают способы игры. Когда все инструменты будут названы, педагог предлагает сыграть на них в оркестре (для этого можно подключить остальных членов семьи).

А на чём же я играю?

Игровой материал: набор музыкальных инструментов по количеству детей, небольшая ширма.

Ход игры: педагог (или родитель) показывает ребёнку музыкальные инструменты и предлагает вспомнить их названия. Затем он демонстрирует способы игры на инструментах. Ребёнку предлагается определить на слух, какой инструмент звучит.

Взрослый за ширмой играет на инструменте – ребёнок отгадывает.

Всем внимание! Момент!

Что звучит за инструмент?

Для подтверждения правильности ответа педагог показывает, на чём он играл, и предлагает поиграть на этом же инструменте самостоятельно.

Примечание: Можно ввести игровой персонаж, чтобы сделать игру более интересной и привлекательной для детей.

Интересны для проведения игры на развитие динамического слуха и чувства ритма. Их цель: развитие у детей реакции на смену динамических оттенков, формирование умения играть на музыкальных инструментах громко и тихо.

Слушай и хлопай

Ход игры:

Громко музыка звучит –

Мы в ладоши будем бить!

Тихо музыка играет –

Все ладошки убирают!

Под громкую музыку ребёнок хлопает в ладоши. На тихую - прячет руки за спину.

Послушный бубен

Игровой материал: бубны по количеству участников игры.

Ход игры:

В бубен бей веселей,

Ты ладошек не жалеи!

Дети в ритм ударяют по бубну. Слова произносятся три раза подряд.

В бубен тихо позвоним,

И игру мы завершим.

Легко встряхивают бубен. В конце кладут бубен на колени.

Тихо – громко – очень громко

Игровой материал: маракас.

Ход игры:

Тихо дождик застучал,

На ладошку капать стал.

А потом сильнее, сильнее,

На дорожку, дождик, лей!

А потом грянул гром!

Распугал всех деток он!

Педагог (или родитель) встряхивает маракас тихо, затем громче, затем очень громко бьёт маракасом по ладошке. В соответствии с громкостью звучания ребёнок выполняет условные движения: на тихое звучание стучит пальчиками по коленям, на громкое – хлопает ладошками по коленям, на очень громкое звучание топает ногами.

Для развития слухового внимания можно поиграть с ребёнком в игру «**Волшебный мешочек**».

Игровой материал: мешочек с игрушками животных.

Ход игры:

Вот мешочек, в нем – игрушки!

Спрятались в мешке зверушки!

Будет музыка звучать –

Кто там? Нужно отгадать!

Педагог включает знакомые ребёнку произведения, характеризующие животных. Если ребёнок узнаёт музыку, то достает из мешочка соответствующую игрушку.

Очень нравятся детям игры для развития коммуникативных навыков:

«Подружмся» (на любую мелодию)

Хлопни – раз, хлопни – два! (*Педагог протягивает одну руку, ребёнок по ней хлопает, затем – другую*)

Мы с тобой теперь друзья. (*Ребенок хлопает двумя руками сразу по рукам педагога.*)

Покачаем, а потом

Вместе мы играть начнем! (*Педагог и ребенок качают сцепленными руками вправо-влево.*)

«Приветствие» (рус. нар. мел. «Ах вы, сени»)

Поздороваться нам надо,

Ручкой будем мы махать! (*Педагог и ребенок машут «привет» друг другу*)

А потом с тобой, дружочек,

Будем весело играть. (*Хлопают*)

Применение игровых и сюрпризных моментов, фольклорных произведений, ярких дидактических пособий и игрушек способствует повышению эмоциональной активности детей и формированию положительного настроения на музыкальные занятия.

Список литературы:

1. Камкина, М. С., Матвеева, С. П. Музыкальные занятия как средство коррекционного воздействия в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья. – Режим доступа: <http://co2b.ru/uploads/enj.2019.06.pdf> (дата обращения: 03.08.2022).

2. Лазарева, О. Ю., Шестакова, Л. А. Роль музыкально-дидактических игр в развитии музыкальных способностей детей дошкольного возраста. – Режим доступа: <https://moluch.ru/th/1/archive/41/1309/> (дата обращения: 02.08.2022).

3. Фомирякова, С. А. Музыкально-дидактическая игра как средство развития музыкальных способностей детей старшего дошкольного возраста. – Режим доступа: <https://kssovushka.ru/zhurnal/13/> (дата обращения: 04.08.2022).

**ПРАКТИКА ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ РОДИТЕЛЕЙ,
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОВЗ, СРЕДСТВАМИ ИНТЕРНЕТА
В РАМКАХ МОБИЛЬНОГО МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО
ЦЕНТРА**

Ковалева И. В.

заведующий службой ранней помощи

Гусакова Ю. В.

педагог-психолог службы ранней помощи,

ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей

«Коррекция и развитие»,

Астрахань

Аннотация. В статье рассматриваются наиболее эффективные методы организации и проведения психолого-педагогической поддержки родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) с помощью интернета в рамках реализации проекта «Мобильный микрореабилитационный центр». Подробно описаны формы сетевого взаимодействия. Показана эффективность использования интернет-технологий в удаленной работе с семьями, воспитывающими детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Доказана важность создания сетей, развития дистанционной помощи в психологической и педагогической поддержке.

Ключевые слова: мобильный микрореабилитационный центр, сетевое взаимодействие, интернет ресурсы, консультирование, коучинг

В государственном автономном учреждении Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» получают социальные услуги семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, в том числе проживающие в отдаленных районах Астраханской области. Такие семьи вынуждены справляться с множеством разнообразных и сложных задач: воспитание особенного ребенка, поиск необходимой информации, специалистов, выбор подходящих форм помощи. Погружаясь в эти проблемы, родители часто не имеют четких указаний и почти всегда сомневаются, все ли сделано правильно для благополучия ребенка. Руководством и специалистами научно-практического центра реабилитации детей «Коррекция и развитие» (г. Астрахань) успешно апробирован и реализован проект «Мобильного микрореабилитационного центра», созданный для обеспечения своевременной, доступной комплексной

реабилитационной помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов и детей с ОВЗ, проживающим в отдалённых районах Астраханской области. Основной целью деятельности Мобильного микрореабилитационного центра является улучшение качества жизни детей-инвалидов, детей с ОВЗ и их семей, проживающих в отдаленных районах области, путём обеспечения доступности и непрерывности комплексной реабилитационной помощи. На протяжении двух лет проводились выездные мероприятия, организованные в форме двухнедельного интенсивного курса реабилитации, с последующим дистанционным сопровождением семей.

Организация процесса дистанционной помощи семьям, воспитывающим детей с ОВЗ, стала одной из актуальных задач специалистов учреждения.

В практике центра «Коррекция и развитие» при работе с семьями налажено и успешно практикуется сетевое взаимодействие – процесс коммуникации субъектов социально-реабилитационного процесса с использованием интернет-технологий. Для родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, – это удобная форма взаимодействия и способность получать конфиденциально и оперативно от специалиста (психолога, невролога, психиатра, дефектолога, логопеда и др.) ответы на волнующие вопросы. Потребность в общении через интернет-пространство обусловлена главным образом, отсутствием по объективным причинам возможности или отсутствием времени для индивидуальных посещений специалиста / учреждения. Практика показывает, что такой запрос существует всегда. И если есть запрос, вам нужно искать способы его удовлетворения. Сетевое социально-психологическое взаимодействие является ключом к решению этой проблемы [2].

Основными целями создания системы интернет-взаимодействия специалистов научно-практического центра «Коррекция и развитие» являются: оказание консультативной помощи, обмен информацией, общение, организация совместной работы и т. д. В каждом конкретном случае цели и задачи могут быть отличными и зависящими, в первую очередь, от специфики запроса. Другой немаловажный вопрос – как организовать подобное сетевое взаимодействие?

В настоящее время существует масса возможностей интернет-сотрудничества. Родители могут связываться со специалистами посредством обширного выбора интернет-ресурсов: электронной почты, социальных сетей, личного сайта и сайта организации, электронного журнала, ресурсов организации видеосвязи (видеозвонок, сервисы веб-семинаров и т. д.), интернет-сервисов для совместной работы. Интернет-консультирование посредством электронной почты, виртуальной модульной платформы или системы видеозвожков, распространенного и интуитивно-понятного сервиса – отличное решение [1].

Однако для того, чтобы встретиться и поговорить с родителями виртуально, о консультации необходимо предварительно договориться, обменяться адресами электронной почты, обсудить детали и т. д. И на данном

этапе, в практике организации взаимодействия с родителями, специалисты научно-практического центра «Коррекция и развитие» столкнулись с некоторыми барьерами: недостаточный уровень ИКТ-компетентности родителей. Как это ни парадоксально, но многие онлайн-ресурсы, которые были введены уже достаточно давно, до настоящего времени многими так и не освоены. Очевидно, что специалисты для налаживания сетевого взаимодействия с каждой целевой группой процесса должны выбирать наиболее оптимальные интернет-ресурсы.

Анализируя данную проблему, специалисты центра пришли к очень простому и, казалось бы, очевидному решению – созданию ресурса сетевого социально-психологического взаимодействия на официальном сайте организации – www.развитие30.рф. Почти каждый родитель знаком с сайтом учреждения, и найти его на интернет-просторах не представляет особого труда. На сайте были разработаны вкладки «Для родителей», «Обратная связь», где размещена наиболее ценная и полезная информация. Кроме того, в данном ресурсе родители могут найти множество интересной и полезной информации: новости, графики работы специалистов, информация об интенсивных курсах реабилитации, консилиуме, видеоуроки и контакты. Таким образом, родители, посетив данный ресурс, получают не только необходимую информацию о деятельности специалистов, рабочих планах, полезные психолого-педагогические материалы, но и возможность дистанционно общаться с ними, задавать вопросы, договориться об очной личной или интернет-консультации.

Также одним из практикующихся способов дистанционного взаимодействия являются обучающие онлайн мастерские и видеоуроки для родителей. Их центральная идея состоит в освоении какого-то навыка в развитии и воспитании ребенка, получении знания путем взаимодействия родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, и специалиста.

Изначально перед родителями задается конкретная проблема или идея, интересная для участников, каждый из которых имеет свои собственные взгляды на нее, знания и отношение. То есть все участники индивидуальны и активны и, следовательно, способствуют процессу работы. Процесс взаимодействия организован специалистом таким образом, что проблема рассматривается с разных, иногда самых неожиданных аспектов, и в результате появляется новое понимание исходной идеи. По окончании онлайн мероприятия знания родителей актуализируются, расширяются и сами они становятся более компетентными в вопросе взаимодействия с детьми с особыми потребностями.

Приходя на мероприятие, благодаря специально организованной специалистом атмосферы безопасности и доверия, родители становятся активными участниками, не боятся поделиться своими взглядами. Даже если кто-то их не разделяет, могут обнаружить весьма интересные мнения со стороны, взглянуть на проблему под другим углом, получить критику

или углубить знания. Перед началом специалистом, совместно с участниками группы, формулируется результат, который родители хотят получить после его завершения, и специалист направляет внимание группы именно на его достижение. Это позволяет участникам максимально использовать возможности и решать требуемые задачи. Занятия могут быть организованы как в виде очных мастерских, так и в виде интернет-конференций. Возможен смешанный вариант, когда часть родителей собирается в зале, а вторая часть принимает участие путем видеоконференции. Это особенно удобно для родителей, проживающих в отдаленных районах Астраханской области.

Еще одним неотъемлемым компонентом сетевого взаимодействия специалистов центра «Коррекция и развитие» и родителей является проведение консультаций для родителей на базе виртуальной платформы «Mirapolis». Это возможность получать помощь и поддержку со стороны специалистов через интернет с помощью видеоконференции, задать вопрос о реабилитации ребенка с ОВЗ, а также оказать психологическую помощь родителям. Урегулирование конфликтных ситуаций в семье, профессиональная поддержка родителей в стрессовых ситуациях и все, что касается помощи детям с особыми потребностями, непосредственно со специалистами из любой точки мира.

Как отдельное направление работы с родителями в научно-практическом центре «Коррекция и развитие» начинает свое развитие и приобретает все большую популярность интернет-коучинг. Коучинг – это метод поиска оптимального решения в любой ситуации с помощью вопросов, которые коуч задает своему собеседнику-клиенту. То есть у родителя есть проблема или вопрос, который он хочет решить, и коуч, не давая ему совета, задает вопросы, а сам родитель, самостоятельно отвечая на них, находит решение своей проблемы.

Интернет-коучинг дает родителям возможность учиться слушать и слышать друг друга и ребенка, вести переговоры с ребенком, быть с ним в сотрудничестве и сотворчестве, расти и меняться к лучшему вместе, позволяет вернуть особым детям их родителей через осознанность последних, понимая, что позитивное родительство – это служение, ответственность и безусловная любовь.

В условиях отсутствия возможности оставлять ребенка с ОВЗ одного дома, в случае проживания в отдаленном районе Астраханской области или в другом регионе, у родителей появляется возможность конфиденциально и оперативно получить ответы на свои вопросы от коуча с помощью видеозвонка и найти решение своих проблем. Для получения консультации специалиста, родителям необходимо за один день сообщить о желании получить консультацию или связаться со специалистом по расписанию, представленному на официальном сайте учреждения.

Мама и папа получают на каждый свой запрос индивидуальное решение, которое им точно подходит, не теряя времени на поиски знаний по развитию и воспитанию детей с ОВЗ в тоннах книг или в Интернете.

Любая из вышеперечисленных форм интерактивного взаимодействия с родителями, воспитывающих ребенка с ОВЗ в научно-практическом центре «Коррекция и развитие», выстроена с четким соблюдением этических принципов дистанционного консультирования:

Конфиденциальность. Любая информация, полученная от клиента, не может быть передана третьим лицам (даже родственникам и друзьям) без предварительного согласия;

Безоценочное и доброжелательное отношение к клиенту. Специалист внимательно слушает клиента, стараясь понять его и принимая его таким, какой он есть, не делая собственных оценок совершенным действиям.

Ориентация специалиста на нормы и ценности клиента, а не на социально принятые нормы и правила, что может позволить клиенту быть искренним и открытым.

Таким образом, основными преимуществами организации дистанционного сетевого взаимодействия является то, что родители получают простой и интуитивно понятный инструмент для их психологического и педагогического образования, а также возможность связаться со специалистами в удобное для них время и в удобном формате. Что касается ограничений и проблем, можно назвать единственными барьерами для сетевого психологического и педагогического взаимодействия с родителями: обязательное присутствие компьютера или портативного устройства связи, доступ в Интернет и базовые навыки работы в виртуальном пространстве. Если «наделить» родителей «гаджетом» и высококачественным интернетом специалисты не могут, то научить их ориентироваться в сети – вполне. Поэтому при развитии сетевого взаимодействия специалисты центра «Коррекция и развитие» ставят перед собой в качестве цели и помощь родителям в освоении данного ресурса.

Современный мир – это среда активного развития и широкого распространения интернет-технологий. Высококачественная психолого-педагогическая поддержка процесса социальной реабилитации в значительной степени является условием ее эффективности. Вот почему внедрение инноваций в развитие социальной сферы так важно. Организация сетевого взаимодействия, развитие дистанционной помощи – это ключ к решению проблемы личного контакта родителей со специалистами [3].

Данный ресурс позволяет значительно расширить аудиторию поддержки, улучшить и повысить эффективность психологической и педагогической поддержки, сделать ее интересной и доступной для всех. В конце концов, специалисты в области реабилитации являются особой категорией специалистов, поскольку их задача заключается не только в том, чтобы помочь родителям воспитывать ребенка с РАС, в решении их актуальных проблем, но и быть там, когда это особенно необходимо [4].

Список литературы:

1. Абрамова, О. М., Соловьева, О. А. Использование социальных сетей в образовательном процессе // Молодой ученый. – 2016. – № 9. – С. 1055–1057.
2. Егорова, Л. В. Организация сетевого социально-психологического взаимодействия в современной школе // Молодой ученый. – 2016. – № 7.6. – С. 75–77.
3. Киреев, Б. Н. E-learning при подготовке педагогических кадров // Высшее образование в России. – 2016. – № 2. – С. 148–153.
4. Никольская, О. С. Домашнее воспитание ребенка с аутизмом // Детский аутизм: пути понимания и помощи. – 2017. – № 20. – С. 34–38.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ЦЕНТРЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ

Ковалева И. Ю.

директор

*МКУ «Центр социальной помощи семье и детям г. Юрги»,
Юрга*

Аннотация. В статье обсуждается вопрос увеличения количества детей-инвалидов как в Российской Федерации в целом, так и в регионах страны, в частности. Анализируется проблема необходимости разработки и использования инновационной технологии в регионах России, где развитие сети стационарных учреждений для детей-инвалидов ограничено организационными и финансовыми факторами. Обсуждается применение инновационной технологии при комплексной реабилитации детей-инвалидов.

Ключевые слова: комплексная реабилитация, дети-инвалиды, стационароразмещающая технология, домашний микрореабилитационный центр

В настоящее время в российском обществе наблюдаются серьезные экономические и социальные проблемы, которые негативно сказываются на качестве жизни населения, в первую очередь, его социально незащищенных категориях. Наиболее социально уязвимыми, незащищенными в сложившихся условиях оказываются семьи, воспитывающие детей с инвалидностью.

В России ежегодно увеличивается число детей до 18 лет, относящихся к категории «ребенок-инвалид». Кемеровская область не является исключением. На начало 2022 г. в Кемеровской области число детей с инвалидностью составило 14 210 чел. (Федеральная государственная информационная система «Федеральный реестр инвалидов»). За период с 2018 по 2022 г. увеличение данного показателя составило 6 135 человек, или 76 %. В связи с этим особую значимость приобретает решение социальных проблем семей с детьми-инвалидами, которые нуждаются в специальной помощи и поддержке государства.

С установлением ребенку инвалидности меняется привычный уклад жизни семьи, ее социальный статус, стратегия поведения членов семьи и их эмоционально-психологического состояние, увеличивается доля расходов в семейном бюджете, снижается возможность для проведения качественного досуга и отдыха [5, с. 2]. Инвалидность значительно

ограничивает многие аспекты жизнедеятельности ребенка; может привести к социальной изоляции и дезадаптации вследствие нарушения его нормального развития, возможной потери контроля поведения, снижения (утраты) способности к самообслуживанию, передвижению, обучению, общению и трудовой деятельности в будущем.

Одним из важнейших условий интеграции детей с инвалидностью в социум можно считать систему комплексной социальной реабилитации. Особую значимость приобретает решение социальных проблем семей с детьми-инвалидами, которые нуждаются в адресной социальной помощи и поддержке со стороны государства. Семья и близкое окружение ребенка – это один из значимых факторов, значительно повышающих результативность специализированной помощи и поддержки детей с инвалидностью.

Вопросы комплексной реабилитации детей инвалидов, совершенствования ее организации и технологий освещены в научных работах многих отечественных исследователей (Т. П. Аргунова, И. К. Дробахина, Т. Г. Никуленко, С. В. Осмоловский, Е. В. Шлогова и др.). В последние годы, наряду с традиционными направлениями реабилитации и абилитации детей с инвалидностью, широкое распространение получают инновационные технологии, в том числе стационарозамещающие (Г. С. Ластовская, Н. В. Гарашкина и др.).

Под комплексной реабилитацией детей-инвалидов понимается совокупность мер по предоставлению инвалидам научно обоснованных, доступных, эффективных и безопасных реабилитационных и абилитационных видов помощи; система социальных, медицинских, психолого-педагогических и правовых мероприятий, реализуемых с учетом физических, интеллектуальных и психологических возможностей детей [3].

Анализ материалов, изложенных в научных исследованиях отечественных и зарубежных авторов и действующих нормативных документах, позволяет определить цели и задачи комплексной социальной реабилитации детей с инвалидностью в учреждениях социального обслуживания семей и детей. Основная цель этого вида реабилитации заключается в применении инновационных технологий для снижения числа детей с инвалидностью, находящихся на стационарном и полустационарном социальном обслуживании. К числу актуальных задач комплексной реабилитации детей-инвалидов, по мнению И. А. Дробахиной, следует отнести обеспечение комплекса применяемых мер: анализ диагностической информации о ребенке; исследование его реабилитационного потенциала; прогнозирование возможных результатов реабилитации; разработка индивидуальной программы реабилитации и/или абилитации с учетом заболевания и психофизических особенностей ребенка; проведение социального анамнеза семьи ребенка; реализация коррекционно-развивающей и восстановительно-реабилитационной программ с участием членов семьи; оценка эффективности проведенных мероприятий [3].

При оказании реабилитационной помощи несовершеннолетним с инвалидностью и родителям этих детей большое значение имеет применение инновационных стационарозамещающих технологий. Необходимость разработки и использования таких технологий связано с тем, что в регионах России развитие сети стационарных учреждений для детей-инвалидов ограничено организационными и финансовыми факторами [1].

К числу стационарозамещающих технологий относится, к примеру, технология «Домашний (выездной) микрореабилитационный центр». Данная технология предполагает создание коррекционно-развивающей среды непосредственно по месту жительства семьи ребенка, т.е. предоставление реабилитационных услуг в привычной для ребенка благоприятной семейной атмосфере, перемещение центр тяжести реабилитационной работы в семью ребенка [4, с. 2].

Отечественные исследователи подчеркивают преимущества применения стационарозамещающих технологий в социальном обслуживании детей с инвалидностью за счет решения следующих задач:

- снижения уровня маломобильности детей-инвалидов, вызванной ограничением в состоянии их здоровья;
- обеспечения доступности и непрерывности реабилитационного процесса по месту проживания ребенка-инвалида;
- повышения эффективности социальной помощи за счет активизации реабилитационного потенциала семьи;
- повышения эффективности межведомственного взаимодействия в области медицинского ухода и социальной реабилитации детей-инвалидов, оказания помощи членам их семей;
- оптимизации затрат на оказание социальной помощи семьям, воспитывающим детей с инвалидностью [1; 4].

Вместе с тем, некоторые исследователи указывают на проблему недостаточно широкого внедрения стационарозамещающих технологий комплексной социальной реабилитации детей-инвалидов в организациях социального обслуживания.

Примером внедрения стационарозамещающей технологии в реабилитационную работу является МКУ «Центр социальной помощи семье и детям г. Юрги» (далее – Центр) Юргинского городского округа Кемеровской области. На базе данного учреждения разработана и апробируется с 2022 г. стационарозамещающая технология «Микрореабилитационный центр «Точка опоры». Возможность реализации учреждением данной инновационной технологии обеспечила грантовая поддержка Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, Министерства труда и социальной защиты РФ.

Разработка данной технологии, ее апробация и последующее внедрение на территории Юргинского городского округа связана с необходимостью совершенствования комплексной социальной реабилитацией детей

с инвалидностью, имеющих тяжелые и множественные нарушения развития. В подавляющем большинстве это дети с детским церебральным параличом, пороками развития, ментальными нарушениями, заболеваниями аутистического спектра, нарушениями опорно-двигательного аппарата и т.д. По состоянию на 1 января 2022 г. число несовершеннолетних с инвалидностью в городе Юрге составляет 395 чел., из которых 295 детей состоят на учете в Центре. В комплексной реабилитации на дому ежегодно нуждаются более 80 детей с инвалидностью, проживающие в районах удаленной транспортной доступности города Юрги.

В настоящее время в Центре число детей с инвалидностью, проходящих комплексную реабилитацию с применением стационароразмещающей технологии, составляет 26 человек. Социальный анамнез 26 семей, в которых воспитываются эти дети с инвалидностью, позволил нам выявить следующее. Практически половина детей с инвалидностью проживает в неполных семьях (11 из 26). В многодетных семьях воспитывается семеро несовершеннолетних. В пяти семьях – по два ребенка-инвалида. Большая часть семей относится к малообеспеченным, проживает в удаленной транспортной доступности от Центра социальной помощи семье и детям г. Юрги. Социальный анамнез семьи учитывается специалистами Центра при разработке программ комплексной социальной реабилитации детей и реализации стационароразмещающей технологии «Микрореабилитационный центр «Точка опоры».

Применение стационароразмещающей технологии «Микрореабилитационный центр «Точка опоры» позволяет создать условия для повышения доступности и непрерывности реабилитационных услуг, проведения реабилитационных мероприятий по месту проживания ребенка с инвалидностью (например, за счет оснащения современным реабилитационным, игровым и развивающим оборудованием, проведения коррекционно-реабилитационных мероприятий и пр.). В комплекс мероприятий входит обучение родителей (законных представителей) пользованию реабилитационным оборудованием для детей, повышение родительской компетенции в вопросах особенностей развития своих детей. Социально-реабилитационные мероприятия с детьми-инвалидами, а также работа с родителями этих детей, проводится в индивидуальной и групповой формах.

Данная инновационная технология, в процессе комплексной реабилитации детей-инвалидов, направлена на оптимальное по затратам и качеству оказание социальной помощи; позволяет сохранить имеющийся положительный опыт традиционной социально-реабилитационной работы с детьми и их родителями; способствует повышению профессиональных компетенций руководителей и специалистов учреждений, обеспечивающих внедрение и (или) развитие современных технологий социального обслуживания семей с детьми-инвалидами.

Список литературы:

1. Антипова, Е. И. Развитие стационарозамещающих технологий социальной работы с маломобильными гражданами (опыт Челябинского городского округа). – Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=28243> (дата обращения: 20.03.2022).
2. Аргунова, Т. П. Интеграция детей-инвалидов в социум посредством социально-педагогической реабилитации: дис... канд. пед. наук: 13.00.01 Общая педагогика, история педагогики и образования. – Якутск, 2009. – 21 с.
3. Дробахина, И. А. Модель муниципальной комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья: дис... канд. пед. наук: 13.00.03 Коррекционная педагогика. – Екатеринбург, 2009. – 23 с.
4. Ластовская, Г. С. Стационарозамещающие технологии в оказании реабилитационной помощи семьям, воспитывающим детей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/statsionarozameschayuschie-tehnologii-v-okazanii-reabilitatsionnoy-pomoschi-semyam-vospityvayuschim-detey-s-invalidnostyu-i-s/viewer> (дата обращения: 01.04.2022).
5. Порохина, Ж. В., Ярков, А. А. Современное состояние системы комплексной реабилитации инвалидов в Российской Федерации: проблемы и пути развития. – Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-40/current-state-of-the-system-of-complex-rehabilitation-of-invalids-in-the-russian-federation-problems-and-ways-of-development> (дата обращения: 28.03.2022).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА В РАБОТЕ С НЕГОВОРЯЩИМИ ДЕТЬМИ

Колесникова Т. В.

*учитель-логопед отделения комплексной диагностики,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Аннотация. Дифференциальная диагностика неговорящих детей – одна из актуальных проблем. В данной статье описывается практический опыт медико-психолого-педагогической диагностики, направленный на выявление и анализ развития и поведения детей, имеющих речевую патологию. Кроме этого осуществляется попытка дифференцировать речевые нарушения «неречевых» детей с точки зрения современных направлений и тенденций.

Ключевые слова: неговорящий ребенок, дифференциальная диагностика, ОНР, алалия, расстройства аутистического спектра (РАС), тяжелые множественные нарушения речи (ТМНР)

С каждым годом появляется большое количество детей, которые относятся к категории «неговорящие». Расстройства, приводящие к безречью, влияют на их психическое и интеллектуальное развитие, что в свою очередь приводит к социальной дезадаптации. Главным условием помощи таким детям является понимание структуры речевого недоразвития в каждом отдельном случае. В таблице приведены результаты сведений о распространенности числа неговорящих детей раннего и младшего возраста на базе научно-практического центра «Коррекция и развитие», прошедших комплексную психолого-педагогическую диагностику.

Таблица

Статистические данные количества детей, прошедших комплексную диагностику в отделении

Год	Общее количество детей, прошедших комплексную диагностику в отделении	Из них с речевой патологией	Категория «неговорящие» дети
2018	255 (100 %)	237 (93 %)	78 (30,5 %)
2019	244 (100 %)	198 (81 %)	91 (37,2 %)
2020	585 (100 %)	493 (84,3 %)	234 (40 %)
2021	591	490 (83,7 %)	240 (41 %)

Термин «неговорящий» ребенок не принят в официальных кругах научного сообщества, но широко распространился в родительской среде, а также используется разными специалистами. Ссылаясь на определение М. И. Лынской, к категории «неговорящие» в научно-практическом центре относят детей от 2,6 лет, имеющих следующие особенности развития: «может за взрослым повторять любые звуки или слова, но не произносит их по собственной инициативе; использует в активной речи менее 20 общеупотребительных (понятных окружающим) слов; использует в активной речи только отдельные слова, не выстраивая их во фразу, типа «Я пить» [3]. Распространенной ошибкой является отнесение любого «неговорящего» ребенка к категории детей с РАС. Дифференциальная диагностика в данном случае крайне необходима, но является достаточно сложной процедурой.

На протяжении более четырех лет мы пытались дифференцировать «неговорящих» детей с точки зрения клинических и общепринятых категорий речевых нарушений. Необходимо учитывать и разграничивать дефекты формирования речи и дефекты сформированной речи. Условной границей между ними является трехлетний возраст. Это соответственно подразумевает, что до трех лет речь формируется, а после – должна быть сформирована, что определяет возрастную норму речевого развития и речь, как «золотое сечение психики» [2]. Так задержкой речевого развития (ЗРР) мы называем возраст до трёх лет, после трёх лет – общее недоразвитие речи (ОНР) или системное недоразвитие речи (СНР) тяжелой степени. Следует отметить, что термин ОНР (общее недоразвитие речи) ввела Р. Е. Левина, который обозначает системное недоразвитие всех компонентов речи и языка при нормальном слухе, зрении и интеллекте.

Примерные формулировки логопедического заключения, принятые для практического использования специалистами в нашем Центре:

1. *ЗРР* – это те дети, у которых по тем или иным причинам отсутствует мотивация, потребность в говорении; понимающие обращенную речь, на фоне:

- гиперопеки со стороны родителей;
- тревожностью, что проявляется в «молчаливом негативизме»;
- социальной депривации или соматической ослабленности;
- незрелостью мозговых структур (темповая задержка развития).

Этой группе детей рекомендовано: консультация невролога, занятия с педагогом-психологом, логопедом с целью стимуляции речевой и психической деятельности.

2. *ЗРР на фоне эмоционально-волевых нарушений* – это дети с сенсорными нарушениями и наличием черт аутистического спектра, что выражается:

- в отсутствии контакта;
- в нарушении коммуникации (отсутствие общения);
- в своеобразии игры;
- в отсутствие взаимодействия с детьми и взрослыми;
- в наличие стереотипий.

Данной группе детей рекомендовано: консультация (лечение) врача психиатра, консультация невролога, занятия с АВА терапевтом, педагогом-психологом, нейропсихологом. Традиционные логопедические занятия на данном этапе будут просто не эффективны.

3. *ТНР – ОНР (I уровень речевого развития)* – это дети у которых:

- признаки алалии (сенсорной, моторной, сенсомоторной);
- артикуляционная диспраксия (по Т.Г. Визель), по существующей классификации - «моторная функциональная дислалия»;
- речевая слуховая агнозия (по Т.Г. Визель) по существующей классификации – «сенсорная функциональная дислалия».

Для данной категории в первую очередь рекомендованы занятия с логопедом, консультация невролога, занятия с психологом с использованием инновационного оборудования.

4. *СНР* – это дети со специфическими речевыми расстройствами, возникшими у детей с первично другой проблемой:

- выраженные интеллектуальные нарушения (в том числе и генетические заболевания: синдром Дауна, Вильямса и другие); ЗПР и др.

Для данной группы детей на начальном этапе рекомендованы занятия с учителем-дефектологом, педагогом-психологом, консультация врача психиатра.

5. *ТМНР у ребенка с расстройствами эмоционально-волевой сферы* – это дети с РАС, РДА.

Рекомендации данной группы пересекаются с рекомендациями 2 группы: консультация (лечение) врача психиатра, невролога, занятия с АВА терапевтом, педагогом-психологом.

Обобщая сказанное, хочется подчеркнуть важность дифференциальной диагностики, её своевременность и необходимость. Работа по оказанию помощи данной категории детей – это трудоемкий и длительный процесс, но положительную динамику необходимо достичь до 5,5 лет, иначе время будет безвозвратно упущено, что приведет к вторичному нарушению интеллектуального развития ребенка.

Список литературы:

1. Бенилова, С. Ю., Резниченко, Т. С. Новые подходы к проблеме дифференциальной диагностики системных нарушений речи и детского аутизма // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2010. – № 1. – С. 38–51.

2. Визель, Т. Г. Ребенок и его развитие: монография. – М.: Секачев, 2016. – 140 с.

3. Лынская, М. И. М. А. Р. (Motive, Adaptive, Play) метод активации и развития речи у детей с нарушениями в развитии / М. И. Лынская. – М.: ПАРАДИГМА, 2018. – 102 с.

**МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР КАК ПЕРСПЕКТИВНОЕ
НАПРАВЛЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ И ДЕТЕЙ С ОВЗ**

Королёва Т. И.

директор,

Бюджетное учреждение Орловской области

*«Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних
города Ливны»,*

Ливны

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы создания социальной службы «Микрореабилитационный центр», которая позволяет организовать условия для повышения качества, доступности и непрерывности реабилитационных и абилитационных услуг для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), максимального охвата реабилитационными мероприятиями данной категории детей и их семей. Представлены эффективные практики и технологии помощи детям-инвалидам, детям с ОВЗ и родителям, их воспитывающим.

Ключевые слова: микрореабилитационный центр, дети-инвалиды, пункт проката средств реабилитации, реабилитация

В настоящее время семьи, воспитывающие детей с инвалидностью, сталкиваются с рядом проблем, препятствующих обеспечению непрерывного процесса комплексной реабилитации ребенка [1]. Прежде всего это проблема оказания квалифицированной и системной помощи детям-инвалидам, проживающим далеко от реабилитационных учреждений. Большинство семей не имеют материальных возможностей, чтобы организовать дома реабилитационное и абилитационное пространство. Многие родители не имеют достаточной компетенции в вопросах воспитания, развития и реабилитации детей-инвалидов и детей с ОВЗ; у родителей отмечается эмоциональное выгорание и как следствие – низкая мотивация на выполнение с ребенком реабилитационных мероприятий.

Перспективным направлением в комплексной реабилитации детей-инвалидов является социальная служба «Микрореабилитационный центр». В службе: заведующий, педагог-психолог, социальный педагог, дефектолог, логопед, специалист по комплексной реабилитации, инструктор по адаптивной физической культуре, медсестра по массажу. Разработаны организационно-нормативные документы, формы документации по организации работы с семьями и др.

Создание службы «Микрореабилитационный центр» стало возможным благодаря победе учреждения в конкурсе инфраструктурных проектов Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, (грант на реализацию проекта в размере 5 млн. рублей) и поддержке Департамента социальной защиты, опеки и попечительства, труда и занятости Орловской области.

Проект реализуется с 1 апреля 2021 г. по 30 сентября 2022 г. Служба «Микрореабилитационный центр» продолжит оказывать услуги детям-инвалидам и детям с ОВЗ и после завершения проекта.

В целевой группе проекта – дети-инвалиды, в том числе дети с тяжелыми множественными нарушениями развития, и дети с ОВЗ – 112 детей из 103 семей.

Проведена комплексная диагностика семей и детей, включающая предварительный сбор и анализ информации о семье, воспитывающей ребенка-инвалида и ребенка с ОВЗ, изучение документации (медицинской, медико-социальной экспертизы, результатов обследования ПМПК и др.), психодиагностическое обследование, реабилитационное тестирование.

На заседаниях реабилитационного консилиума разработаны индивидуальные программы реабилитации на каждого ребенка с учетом особенностей и потребностей семьи, в зависимости от вида и степени тяжести инвалидности ребенка, его возраста и особенностей развития, выраженности ограничений жизнедеятельности, которые он испытывает, условий жизни, потребностей ребенка и его семьи в реабилитации и социальной поддержке. На заседании консилиума анализируются промежуточные результаты работы, вносятся в случае необходимости корректировки в программу, оценивается эффективность реабилитационных и реабилитационных мероприятий и степень достижения поставленных целей в рамках реабилитационного прогноза.

Новая служба использует две технологии: «Выездной микрореабилитационный центр» и «Домашний микрореабилитационный центр».

В рамках технологии «Выездной микрореабилитационный центр» команда специалистов выезжает на дом к ребенку, и уже в комфортной и привычной для ребенка обстановке проводит занятия, реализуя программу краткосрочной реабилитации. Для функционирования «Выездного микрореабилитационного центра» за средства гранта приобретен комплект реабилитационного, коррекционного, развивающего, игрового, сенсорного, тактильного оборудования; технические приспособления, используемые для оказания реабилитационных, абилитационных, медицинских, коррекционно-развивающих услуг (бизборды, световые столы, тактильные ящики, комплект для мозжечковой стимуляции, материалы «Сенсорный ящик», «Знакомство с формой и с цветом», коммуникаторы, комплект альтернативной и дополнительной коммуникации для детей с аутизмом, арт-терапевтический комплекс, комплекты для работы логопеда для неговорящих детей, массажные дорожки, подушки для позиционирования лежащих

детей, вертикализаторы, опоры для сидения, ходунки, тренажеры и др.). В рамках выездного микрореабилитационного центра специалистами реализуется программа социокультурной реабилитации – проведение продуктивного познавательного досуга для детей с привлечением волонтеров – студентов медицинского колледжа.

Технология «Домашний микрореабилитационный центр» позволяет организовать реабилитационное пространство на дому [2]. Ребенку-инвалиду очень важно иметь комфортную среду, в которой он чувствует себя безопасно, где не нужно тратить силы на адаптацию и регуляцию поведения, и именно такая среда подходит для отработки различных навыков и операций, проявления активности и самостоятельности. Такой средой для детей-инвалидов с тяжелыми множественными нарушениями развития является домашняя среда.

В центре создан пункт проката средств реабилитации. Родители (законные представители), воспитывающие детей с инвалидностью и ОВЗ, получают современное оборудование, коррекционно-развивающие пособия и технические средства. Оборудование приобретено за счет средств гранта Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, передается в семьи на договорной основе на определенное время бесплатно. Специалист службы обучает родителей использованию данных средств реабилитации и знакомит с техникой безопасности. При необходимости оборудование доставляется на дом специалистами службы, осуществляется его установка.

Работа с семьей ведется в триаде: родитель-ребенок-специалисты, ведь успешная реализация программы реабилитации невозможна без желания и активности самой семьи. В работе с семьями организуются занятия для родителей, направленные на повышение родительской компетентности в воспитании своего особенного ребенка. На занятиях родители знакомятся с методами и приемами использования оборудования, узнают о развивающем уходе и создании реабилитационного пространства, о способах конструктивного взаимодействия с ребенком, задают интересующие вопросы. Занятия проводят специалисты учреждения и специалисты областного реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями, специалисты программы укрепления семьи «Детская деревня – SOS Лаврово». Используются видеолекции, презентации современных средств реабилитации, практикумы, ответы на актуальные вопросы, обсуждение, арт-терапия. Распространяются буклеты, памятки по различным темам.

Через работу консультативного пункта службы родители получают профессиональную помощь и поддержку специалистов в применении и использовании инвентаря и оборудования, полученного для проведения реабилитационных и абилитационных мероприятий на дому, организации занятий дома.

Преимущества технологий «Выездной микрореабилитационный центр» и «Домашний микрореабилитационный центр» – это абсолютно индивидуальный подход и персонализация услуг; непрерывность, преемственность

и последовательность процесса реабилитации; технология не противопоставляет, а органично дополняет существующие институты реабилитации; сопровождаем и поддерживаем ресурсами семью [5].

Семьи, воспитывающие особых детей, дети-инвалиды, особенно с тяжелыми множественными нарушениями развития – непростая целевая группа для работы. Для специалистов за средства гранта было организовано обучение на 2-х профессиональных стажировочных площадках Фонда в учреждениях социального обслуживания Московской области и Вологодской области по темам «Практические аспекты реализации программы реабилитации детей-инвалидов с тяжелыми формами заболеваний – «Домашний микрореабилитационный центр» и «Выездной микрореабилитационный центр».

За период работы службы услуги получили более 100 детей-инвалидов и 30 детей с ОВЗ. Услуги специалистов социальной службы «Микрореабилитационный центр» востребованы, имеются положительные результаты в коррекции и реабилитации детей. Увеличился объем реабилитационных услуг семьям, воспитывающих детей с инвалидностью; повысилось качество жизни детей-инвалидов, в том числе детей с тяжелыми множественными нарушениями развития (улучшение эмоционального фона с негативного или нейтрального на позитивный; повышение познавательной активности; формирование основных жизненных компетенций и собственной активности детей, в том числе коммуникативных навыков).

Таким образом, деятельность социальной службы «Микрореабилитационный центр» – это перспективное направление, которое позволяет обеспечить качественными, доступными и непрерывными реабилитационными и абилитационными услугами детей-инвалидов и детей с ОВЗ, обеспечить непрерывный процесс комплексной реабилитации детей, проживающих отдаленно от учреждения, повысить компетентность и информированность родителей в вопросах реабилитации и абилитации детей, снизить риск передачи детей-инвалидов в стационарные учреждения [4].

Список литературы:

1. Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. 23.02.2013) / Информационно-правовая система Гарант. – Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/10164504/paragraph/160462:0>.

2. Лысенко, А. Е., Казунина, И. И. Инновационная технология комплексной реабилитации детей-инвалидов в условиях семьи «Домашний микрореабилитационный центр»: учебно-методическое пособие. – М., 2014. – 109 с.

3. Сборник по реализации проекта по наставничеству детей с ограниченными возможностями здоровья «Жизнь в твоих руках» / Е. И. Степанищева, И. В. Сагалакова, В. Б. Самуйлова. – 2019. – 59 с.

4. Шабардина, Л. Л., Чернова, А. В. Реализация проекта «Социальная служба «Микрореабилитационный центр» в ЦСРИДИ Московского района Санкт-Петербурга // Электронный журнал «Практика социальной работы. Открытый методический ресурс»: сетевое издание / СПбГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья». – 2021. – Вып. 3. Режим доступа: http://www.центрсемья.рф/system/files/tmp/Шабардина%20Л.%20Л.%20С%20Чернова%20А.%20В.%20_Социальная%20служба%20«Микрореабилитационный%20центр».pdf (дата обращения: 12.10.2021).

5. Эрготерапия в работе с особыми детьми / под общей ред. Е. И. Долгих. – 2014. – 167 с.

СЕНСОРНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Курбатова И. В.

учитель-дефектолог службы ранней помощи

Стругова Д. И.

учитель-дефектолог отделения лечебной педагогики,

*ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,*

Астрахань

Аннотация. На сегодняшний день работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и их родителями является наиболее актуальной. Многие дети в силу каких-либо причин (тяжести заболевания, отдаленности проживания или по семейным обстоятельствам) не могут посещать коррекционные занятия со специалистами. Поэтому остро встает вопрос об обучении родителей тому, как правильно организовать и проводить занятия с детьми по сенсорной интеграции в домашних условиях. В статье даны рекомендации, как заниматься сенсорной интеграцией дома.

Ключевые слова: дети с ОВЗ, сенсорная интеграция, реабилитация, коррекционная работа в домашних условиях, работа с родителями

Сенсорная интеграция – это способность человека организовывать ощущения, испытываемые организмом, для совершения движений, обучения и нормального поведения [6, с. 24–28]. Сенсорная интеграция является бессознательным процессом, происходящим в головном мозге, она организует информацию, полученную с помощью органов чувств, наделяет значением испытываемые нами ощущения, фильтруя информацию и отбирая то, на чем следует сконцентрироваться, позволяет нам осмысленно действовать и реагировать на ситуацию, в которой мы находимся, формирует базу для теоретического обучения и социального поведения [1, с. 22].

Сенсорная интеграция необходима для движения, речи и игры, – это основа более сложной интеграции, сопровождающей чтение, письмо и адекватное поведение. Сенсорная реабилитация основана на коррекции двух ключевых процессов: адаптации и сенсорного замещения.

Еще в 50-х годах прошлого века Джин Айрес (создатель метода сенсорной интеграции) начала работу над принципами терапии, первоначально основанной на полученных эмпирическим путем данных об эффективности методик помощи пациентам с учетом степени дисфункции сенсорной интеграции [1].

Понимание феномена дисфункции сенсорной интеграции позволяет лучше видеть причины многих психологических проблем и, следовательно, пути их решения.

Термином «нарушение сенсорной обработки/дисфункция сенсорной интеграции» обозначается комплексное церебральное расстройство, нарушающее нервно-психическое развитие. Дети с таким расстройством неправильно интерпретируют повседневную сенсорную информацию, в том числе тактильную, слуховую, зрительную, обонятельную, вкусовую и двигательную, что в свою очередь приводит к нарушению регуляции поведения, эмоций, развития координации, речи и, как следствие, влияет на обучение и социальную адаптацию. В случае возникновения нарушений обработки сенсорных сигналов будут появляться дисфункции в моторном, познавательном развитии, а также в поведении ребенка. Нарушения сенсорной обработки лежат в основе многих психологических проблем.

У детей с ОВЗ в большинстве случаев наблюдается нарушения в сенсорной сфере. Поэтому в работе с ними специалисты очень часто используют дидактические игры, с помощью которых учат детей взаимодействовать с окружающей средой, обрабатывать полученную извне информацию. Налаживанием правильного взаимодействия работы органов чувств, как правило, занимаются не только специалисты по сенсорной интеграции, педагоги-психологи, но и учителя-дефектологи.

Родителям, которые не имеют возможности возить детей в специализированные центры по разным причинам (дорого, далеко от дома, большая очередь на занятия или же вообще в данной местности нет таких учреждений), специалисты рекомендуют организовывать занятия по сенсорной интеграции в домашних условиях.

С апреля 2021 года по август 2022 года ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» реализовывал в регионе проект «Мобильный микрореабилитационный центр». Команда специалистов Мобильного микрореабилитационного центра выезжала в районы Астраханской области. Для семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья и тяжелыми множественными нарушениями развития, были организованы и проведены выездные консилиумы, для каждого ребёнка был разработан индивидуальный интенсивный курс реабилитации, проводились реабилитационные мероприятия с детьми, консультации для родителей по вопросам развития и воспитания их детей, в том числе по развитию сенсорной интеграции в домашних условиях.

Реализация данного проекта показала, как стимулируют и вдохновляют родителей к общению с их детьми подобные мероприятия, как учат содержательному взаимодействию с ними, помогают познакомиться и освоить новые приёмы и методы организации занятий в домашних условиях.

Так что же можно сделать дома для развития сенсорной интеграции?

Развивать вестибулярный аппарат

1. Увеличить физическую нагрузку в течение дня. Ребенку необходимо делать зарядку, гулять до 1,5 часов на свежем воздухе почти при любой погоде. Дома желательно установить спортивный комплекс, чтобы ребенок мог лазать, висеть, раскачиваться неограниченное количество времени. Это особенно важно для мальчиков.

2. Носить утяжелители во время физической нагрузки. Это поможет ребенку ощутить свое тело. Для утяжеления можно использовать детские утяжелители для рук и ног, а также детский жилет-утяжелитель. Утяжелители для конечностей бывают разного веса, а в комплекте к жилету идут несколько грузов, и вес можно увеличивать постепенно. Чтобы сберечь семейный бюджет, утяжелители можно сшить самим в виде пояса с карманами, манжетов для ног и рук, или приспособить для этих целей носочки, в которые можно насыпать соль, завязать и раскладывать по карманам в одежду ребенка. Вместо для прогулок можно использовать детский рюкзачок, в который можно укладывать несколько пластиковых бутылок с водой по 0,3 литра. Если ребенок устает, бутылки можно вынимать по одной, постепенно снижая нагрузку.

Такое утяжеление нужно использовать во время пеших прогулок, физической нагрузки и игр, а также во время занятий, когда требуется усидчивость.

3. Физическая нагрузка во время обычных домашних дел в течение дня. Носить утяжеленные вещи недостаточно. Необходимо внедрять новые игры, усложнять выполнение домашних обязанностей, давать возможность использовать обычные предметы по-новому. Вот примеры того, как это можно сделать:

- *«Полоса препятствий»*. Разложите по дому перевернутые стулья, диванные подушки, крупные игрушки. Развесьте на стульях покрывала или пледы. Ребенок должен преодолеть полосу препятствия, преодолеть все трудности, используя максимально все группы мышц и в конце пути получить вознаграждение, которое и мотивирует его на подвиг;

- *«Батут на диване»*. В каждом доме есть диван. Если нет детского батута, то можно прыгать на диване, или на кровати. Прыжки на диване или кровати уравновесят перевозбужденную нервную систему и дадут новый уровень физической нагрузки, потому что прыгать на мягком гораздо сложнее. Держите ребенка за руки для страховки, разрешите ему падать на спину, на бок, на живот. В тот момент, когда ребенок лежит, придавите его подушкой, чтобы было трудно выбираться из “ловушки”, так вы создадите ему дополнительные трудности;

- *«Сэндвич»*. Дети с низкой телесной чувствительностью любят крепко обниматься, часто висят на родителях, толкают и не специально бьют других людей, не могут регулировать силу прикосновения, например, могут с такой силой дать “пять”, что в пору и упасть. К слову, мой ученик с моторной алалией Дима в прошлом году так играл в ладушки, что приходилось

держат удар в полном смысле этого слова. В этом году он делает это гораздо нежнее. Чтобы восполнить такой сенсорный голод, играйте в «сэндвич». Прижимайте ребенка между двумя диванными подушками, не бойтесь делать это интенсивно, но следите за его реакцией. Давление подушками поможет создать давление на все тело ребенка, что уменьшит его желание самостоятельно искать эти ощущения грубым способом;

- *«Лошадка»*. Знакомая всем игра может оказаться не только одной из самых сложных для ребенка, но и самой веселой – ведь покататься на спине мамы или папы скоро не получится совсем. Во время этой игры ребенок получит многоплановые ощущения. У него будут тренироваться разные системы одновременно: и внутренняя мышечно-суставная система, и вестибулярная, и зрительная, а также получит свою порцию развития навык праксиса (это умение повторять). Позволяйте ребенку сначала лежа кататься на вашей спине, держаться крепко за вас, падать весело с вашей спины, постепенно подбадривайте его садиться все выше и держаться только за вашу одежду и т.д. [7].

Развивать слух ребенка

Воспроизводим различные звуки, которые ребенок может слышать. Знакомим ребенка с этими звуками. Например, звуки разных музыкальных инструментов, животных и птиц, звуки моря, леса, ветра, звуки различных машин и бытовой техники. Аудиозаписи всех этих звуков можно скачать в Интернете или демонстрировать их вживую. Если у ребенка гиперчувствительность к звукам, то ему очень тяжело, так как он постоянно слышит множество звуков и никогда не может побыть в тишине. В этом случае несколько раз в день на 20–30 минут можно использовать беруши, чтобы уши ребенка отдохнули (лучше использовать силиконовые мягкие беруши, которые легко принимают форму уха). Внимание! Внутри слухового прохода беруши засовывать нельзя, только в область наружного уха.

Развивать тактильные ощущения

Игры с сыпучими материалами (фасоль, крупы и др.), игры с различными природными материалами, игры с водой, игры с песком, занятия с кинетическим песком, тестом, пластилином, пальчиковые краски, тактильная и массажная дорожка для ног, тактильное лото, мячики из различных материалов и с различной поверхностью (заполненные крупами, с шипами, пластмассовые, резиновые и т.д.), образцы разных тканей (можно взять в ателье, найти дома или попросить у подруг), тактильные стимуляторы с использованием парных предметов с противоположными свойствами (холодный – горячий, мягкий – твердый, нежный – грубый, сухой – мокрый и т.д.). Количество пар ограничивается только Вашей фантазией. Можно пробовать и непарные ощущения: например, липкий, деревянный, пластмассовый, резиновый, металлический...

Развивать зрение

Рассматриваем книжки, карточки, картинки, учимся читать, используем разноцветные лампы, свечи, подсветку. С яркими мигающими подсветками нужно быть осторожнее, если у ребенка есть эпилепсия. Если ребенок еще совсем маленький или есть проблемы с остротой зрения (по причине органических повреждений мозга), то можно использовать черно-белые карточки Домана для стимуляции зрительного нерва и проводить другие зрительные стимуляции по этой методике.

Развивать вкус

Пробуем давать ребенку еду с разными вкусами (горький, сладкий, соленый, кислый) и разной консистенции (твердую пищу, пюре, шипучки, тянучки и другое). Можно использовать лото вкусов – специальная игра, которая обучает ребенка новым вкусовым ощущениям. Если ребенок не хочет пробовать новую еду, можно использовать метод систематической десенсибилизации. То есть, мы постепенно уменьшаем неприятные ощущения ребенка, связанные с новой едой. Сначала мы НЕ просим ребенка съесть что-то. Мы даем ребенку посмотреть на новую еду, затем потрогать. Активно хвалим ребенка, если он это делает. Затем можно взять в рот маленький кусочек, потом пожевать. Действовать нужно очень постепенно и терпеливо. У некоторых детей ввод нового продукта может занимать несколько недель. Не отчаивайтесь, будьте последовательны и терпеливы.

Развивать обоняние

Учим ребенка распознавать различные запахи. Например, делаем мешочки, наполненные различными материалами с ярко выраженными запахами (например, с кофе, какао, ванилином, хвоей, лепестками розы, апельсиновыми корками и др.). Очень удобно использовать игру «Лото запахов». Там баночки с 30 разными запахами и еще есть дополнительные наборы ароматов. Также можно использовать аромалампы с различными эфирными маслами. При этом нужно учитывать, что некоторые эфирные масла бодрят (например, апельсин, лимон, бергамот), а некоторые, наоборот, успокаивают (масло ромашки, лаванды).

Во время занятий постоянно разговаривайте с ребенком, даже, если он не может ответить, старайтесь понять и прокомментировать его сигналы, почувствовать его намерения и желания. Всегда опирайтесь на его сильные стороны, отмечайте любые его попытки в приобретении самостоятельного опыта, хвалите его действия, радуйтесь его успехам. Обращайте внимание ребенка на позитивные изменения, а не на негативные. Чем больше ребенок не понимает вас, тем больше прикладывайте усилий к его развитию. При выполнении этих рекомендаций, даже у детей со сложной структурой дефекта появятся положительные результаты.

Список литературы:

1. Айрес, Э. Джин Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. Теревинф, 2009. – 272 с.
2. Брызгунов, И. П., Касатикова, Е. В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 96 с.
3. Изотова, Е. И., Никифорова, Е. В. Эмоциональная сфера ребенка: теория и практика: учеб. пособие. – М.: Академия, 2004. – 288 с.
4. Кислинг, У. Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие / пер. с нем. К. А. Шарп. – М.: Теревинф, 2014. – 240 с.
5. Миненкова, И. Н. Обеспечение сенсорной интеграции в коррекционно-развивающей работе с детьми с тяжелыми и множественными нарушениями психофизического развития / И. Н. Миненкова. Минск, 2007. – 180 с.
6. Садовская, Ю. Е., Блохин, Б. М., Троицкая, Н. Б., Проничева, Ю. Б. Нарушения сенсорной обработки у детей // Лечебное дело. – 2010.
7. Шапкова, Л. В. Коррекционные подвижные игры и упражнения для детей с нарушениями в развитии / под общей ред. проф. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2002. – 212 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕДМЕТНО-ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ РАЗВИТИЯ СЕНСОРНЫХ ЭТАЛОНОВ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Лукьянова И. В.

учитель-дефектолог отделения лечебной педагогики

Михайлова О. В.

*учитель-логопед отделения лечебной педагогики,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Аннотация. В статье раскрываются принципиальные положения развития сенсорно-перцептивной сферы детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), описываются задачи и содержание работы по сенсорному воспитанию. Акцентируется внимание на подборе дидактического материала и организации предметно-игровой деятельности для формирования сенсорных представлений у детей с ограниченными возможностями.

Ключевые слова: сенсорные эталоны, предметно-игровая деятельность, коррекция, ограниченные возможности здоровья.

Система коррекционно-развивающей работы, направленная на развитие сенсорно-перцептивной сферы детей с ОВЗ, построена на ряде принципиальных положений. Одно из них – положение о расширенном, по сравнению с классическим подходом, содержании сенсорного воспитания. Ещё одним важным положением является отказ от формального характера сенсорных упражнений и придание всей системе осмысленного содержания путем правильной организации предметно-игровой деятельности.

Сенсорное воспитание детей с ОВЗ опирается на формирование обобщенных способов обследования изучаемых качеств, систематизацию представлений об этих качествах с помощью сопоставления их с общепринятыми сенсорными эталонами. На этой основе, в рамках сенсорного развития подготавливается переход от восприятия к мышлению и формируется основа для последующего интеллектуального развития.

Важнейшими задачами сенсорного воспитания детей с ОВЗ являются: создание условий, способствующих развитию у детей широкой ориентировки в окружающем их предметном мире, формирование обобщенных способов обследования предметов, их свойств и отношений, усвоение необходимой сенсорной базы, своевременное и правильное соединение опыта со словом, формирование плана представлений. В систему сенсорного воспитания включается специальная работа по овладению всеми способами

усвоения сенсорного опыта – понимание жестовой инструкции, подражание, анализ задач, действие по словесной инструкции или описанию [2].

В дошкольной дидактике огромное количество разнообразных игр и пособий. Однако возможность формировать в комплексе все важные для сенсорного развития мыслительные операции на протяжении всего дошкольного возраста дают немногие. Наиболее эффективным пособием, на наш взгляд, являются логические блоки, разработанные венгерским психологом и математиком Дьенешем. Они предназначены для самой ранней логической пропедевтики.

Логические блоки Дьенеша – это набор из 48 логических блоков (фигур), отличающихся друг от друга цветом, формой, величиной и толщиной. В наборе нет двух фигур одинаковых по тому или иному свойству. Эти свойства можно варьировать. Однако чаще всего используются три цвета (красный, желтый и синий), четыре формы (круг, квадрат, треугольник, прямоугольник), по две характеристики величины (большой, маленький) и толщины (тонкий, толстый).

Основная цель использования данного дидактического материала: научить детей решать логические задачи на разбиение по свойствам. Использование логических блоков в играх с нормотипичными дошкольниками позволяет моделировать важные понятия не только математики, но и информатики: алгоритмы, кодирования информации, логические операции. Однако это пособие мы успешно используем и в коррекционной педагогике на занятиях с детьми с ОВЗ, ограничиваясь упрощенными вариантами игр данной методики.

Игры и упражнения с логическими блоками в коррекционной практике мы условно разделили на две группы:

- 1) игры для развития умений выявлять и абстрагировать свойства;
- 2) игры для развития умений сравнивать предметы по их свойствам, опираясь на знаки-символы.

Игры и упражнения первой группы развивают у детей умение оперировать одним свойством – выявлять и абстрагировать одно свойство от другого, сравнивать, классифицировать и обобщать предметы на его основе. С их помощью дети осваивают умение строго следовать правилам при выполнении действий, приближаются к пониманию того, что нарушение правил не позволяет достичь верного результата. Сюда можно отнести такие игры:

1. Игры на сличение по одному из четырех признаков:
 - «Найди такую же фигуру, как эта», «Разложи в ведерки», «Собери в корзинки», «Угости зверей пряниками», «Спрячь мышек в домики», «Машинки и гараж».
2. Игры на выделение по названию одного признака:
 - «Найди все красные» (большие, круглые, толстые и т.д.).
3. Игры на развитие тактильного восприятия:

- «Чудесный мешочек», «Угадай, что в лапке?», «Выбери с закрытыми глазами», «Посылка».

4. Игры на различение формы, величины и толщины:

- «Угости кукол печеньем разной формы», «Найди не такую фигуру, как эта», «Собери паровозик».

5. Игры на чередование фигур по заданным признакам:

- «Цепочка», «Дорожка», «Домино», «Бусы».

Вторая группа игр – это игры на ознакомление с карточками-схемами и развитие умения словесно описывать признаки:

- «Потерялись в лесу» (*в лесу потерялись фигуры, дети помогают им выбраться, используя знаки-схемы*);

- «Помоги пороссятам достроить дом» (*нахождение недостающей детали по схеме*);

- «Мы построим новый дом» (*с помощью нарисованной схемы дети строят дом*).

Ещё одно игровое пособие, которое мы также активно используем в работе с детьми с ОВЗ – «Счетные палочки Кюизенера», созданные бельгийским учителем начальной школы Джорджем Кюизенером [1, 2]. Счетные палочки Кюизенера – это игровой комплекс, состоящий из 116 пластмассовых призм 10-ти различных цветов и форм. Наименьшая призма имеет длину 10 мм и является кубом.

Счетные палочки Кюизенера – это многофункциональное математическое пособие, которое позволяет в игровой форме формировать различные понятия: числовую последовательность, состав числа, отношения «больше – меньше», «право – лево», «между», «длиннее», «выше» и многое другое. В процессе занятий с палочками Кюизенера развивается познавательная активность, мелкая моторика, наглядно-действенное мышление, внимание, пространственное ориентирование, восприятие, комбинаторные и конструкторские способности.

На начальном этапе палочки используются как игровой материал. Дети могут играть с ними, как с обычным строительным материалом, одновременно знакомясь с цветами, размерами и формами. На втором этапе дети с помощью этого пособия осваивают более сложные сенсорные и элементарные математические представления.

«Логические блоки Дьенеша» и «Счетные палочки Кюизенера» хорошо использовать для развития пространственных представлений, представлений о предметах и явлениях окружающего мира, речи, внимания, навыков общения и партнерства, которые необходимы для дальнейшей адаптации детей с ОВЗ в социальной среде.

Список литературы:

1. Непомнящая, Р. А., Михайлова, З. А. Палочки Х. Кюизенера как средство предматематической подготовки дошкольников // Методические рекомендации по совершенствованию подготовки детей к школе в детском саду. – Л.: ЛГПИ им. А.И. Герцена, 2003.
2. Новикова, В. П., Тихонова, Л. И. Развивающие игры и занятия с палочками Кюизенера. Для работы с детьми 3–7 лет. – М.: Мозайка-Синтез, 2011.
3. Сенсорное развитие детей раннего и дошкольного возраста: методическое пособие / под ред. И. В. Петровой. – М.: ТЦ Сфера, 2012. – 64 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЕ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ ДЕТЕЙ С ОВЗ

Матвеева С. П.

*педагог-психолог, и.о. заведующего отделением комплексной диагностики,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Аннотация. Статья посвящена теме оказания психологической помощи семье и родителям, воспитывающим детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья. В статье описаны характерные психологические проблемы, которые переживают родители при воспитании ребенка с отклонениями в развитии, на этапе раннего выявления диагноза. Определены направления и задачи оказания им психологической помощи со стороны специалистов.

Ключевые слова: ребенок, дети с ограниченными возможностями здоровья, семья, психологическая травма, переживание родителей, психологическая помощь, поддержка, сопровождение семьи

В последние годы на проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и их семей в России стали обращать больше внимания: проводятся конференции и форумы, информационные кампании, создаются фонды помощи, снимаются фильмы о проблемах детей, о них начали говорить ясно, честно и открыто. Соответственно, отношение общества к семье ребенка с ОВЗ заметно меняется в лучшем направлении.

Рождение «особого» ребенка – сложное испытание в жизни любой семьи. С ребенком-инвалидом раннего возраста его родители и семья находятся только в начале многотрудного пути. С самого раннего возраста ребенка родители замечают, что их ребенок не такой, как остальные, что он отстает в развитии, что с ним им трудно общаться и взаимодействовать. Уже на этом первом этапе – раннего развития ребенка им приходится нелегко. Переживая чувство вины перед ребенком и стыд перед окружающими, родители отдаляются друг от друга, избегают общения с друзьями и близкими, они ощущают чувства вины, одиночества и изоляции, что еще больше усугубляют проявления семейных проблем. С появлением ребенка с ОВЗ семья оказывается в стрессовой ситуации и нуждается в помощи специалистов. В этой сложной семейной ситуации чрезвычайно важно уже на раннем этапе оказать своевременную и эффективную психологическую помощь семье.

Ребенок с ОВЗ – это слишком сложно для полноценного развития семьи, так как болен не только ребенок, но и вся семья. Поэтому комплексная

помощь специалистов должна быть оказана не только самому ребенку с раннего возраста, но и всей его семье. Ведь многие родители не знают и не понимают, как понимать ребенка, воспитывать его и осуществлять правильный уход за ним. У них самих возникают противоречивые эмоции и переживания: от отчаяния и отрицания, раздражения и гнева, неприятия ситуации и ребенка, до жалости, сочувствия, смирения и любви. Здоровье и поведение ребенка вынуждает родителей обратиться к врачам и специалистам, у которых они получают диагноз и прогноз развития. После того, как они узнают, что процесс лечения, коррекции и реабилитации детей с ОВЗ – это не быстрый процесс, родители испытывают стресс. Всё зависит от уровня образования, целеустремленности и настойчивости родителя, которому важно найти квалифицированных специалистов, обратиться за помощью к ним, а главное, довести всё до конца. В первые годы жизни ребенка с ОВЗ не только нужно понимать, развивать и реабилитировать его, а с самого начала надо вовлекать родителей – работа с ними бывает первична [2].

В нашем учреждении, Государственном автономном учреждении Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» осуществляется комплексный подход к детям с ОВЗ и их родителям. Детям прививают навыки общения и социальной адаптации, основанные на современных специальных методиках реабилитации для адаптации их в социуме. Развивая и понимая детей, обучаясь и одновременно общаясь, их родители делятся опытом и своими переживаниями, радостями и горестями, получают ответы на вопросы, лучше понимают, как вести себя с ребенком. Каждому из них важно знать и видеть, что в мире есть такие же родители, что и другим бывает трудно и тяжело с детьми, но они не сдаются и продолжают верить и работать, помогают ребенку полноценно жить в мире. На фоне взаимопомощи родители чувствуют себя лучше, и в то же время у маленького ребенка наблюдается заметное улучшение в развитии и поведении. Многие из родителей в последующем сами становятся профессиональными специалистами, которые в дальнейшем обучают и помогают другим новым родителям. Родители детей с ОВЗ – это уже практические специалисты, причём в каком-то смысле они более квалифицированные, потому что проблему они знают хорошо изнутри.

Как показывает практический опыт, таким семьям и родителям, воспитывающим ребенка с отклонениями в развитии вообще полезно общаться между собой. Это помогает им пережить и отрефлексировать свои негативные эмоции и переживания, отчасти снять стресс.

В процессе комплексной реабилитации детей с ОВЗ выделяется практичный приоритет – важно научить каждого родителя и каждую семью активной работе по развитию ребенка, важно поддержать и сделать родителей активными участниками и сотрудниками в реабилитации детей.

Главное во взаимодействии специалистов с родителями – дать им возможность адекватно понять, что происходит с их ребенком, помочь

установить с ним эмоциональный контакт и принятие, верить в ребенка, почувствовать свои силы и научиться влиять на ситуацию, изменяя её к лучшему. Осуществляя психологическую помощь семье, воспитывающей ребенка с ОВЗ, специалистам необходимо быть готовым к долгому и нелегкому труду при взаимодействии с родителями. Как пишет А. Васильева: «Психологию ребенка-инвалида определяют, прежде всего, его родители, поэтому так важна психологическая работа именно с родителями. Это необходимо для воспитания не ущербного, самодостаточного члена общества. И главная задача – изменить позицию родителей детей-инвалидов по отношению к собственному ребенку. Надо хорошо понимать психологию этих людей, быть готовым к длительной и кропотливой работе. Здесь не стоит ждать быстрых результатов» [1].

В нашей работе мы определяем три направления психологической помощи родителям и семьям: оптимизация психологического состояния родителей детей с ОВЗ с раннего возраста; выявление и ликвидация ведущей причины неконструктивного родительского отношения к детям с нарушениями здоровья, действующей на сознательном уровне, устранение психолого-педагогической безграмотности родителей и формирование их компетентности в развитии ребенка; оптимизация детско-родительских отношений и гармонизация психологического климата в семье.

Задача и цель наших специалистов и психологов – научить родителей принимать своего ребенка с тем небольшим запасом возможностей, который он имеет от природы, а также использовать их ресурсы максимально эффективно для жизни. Важно научить родителей не сравнивать своего ребенка с его сверстником, радоваться его малым успехам, которые кажутся обычным людям незначительными и малозаметными, но являются грандиозными достижениями самого ребенка.

Список литературы:

1. Васильева, А. Мой ребенок – инвалид... // Школьный психолог. – 2018. – Режим доступа: <http://psy.1september.ru>.
2. Волковская, Т. Н. Возможные способы организации и содержание работы с родителями в условиях коррекционного дошкольного учреждения // Психология семьи и больной ребенок: учеб. пос. / И. В. Добряков, О. В. Заширинская. – СПб.: Речь, 2007. – С. 108–118.

**ДИАГНОСТИКА РАЗВИТИЯ ОБЩЕЙ И МЕЛКОЙ МОТОРИКИ
ДЛЯ ОЦЕНКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РЕБЕНКА
С ДЦП В РАМКАХ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ
«МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»**

Мирошников Э. П.

*инструктор-методист по адаптивной физической культуре
социальной службы «Микрореабилитационный центр»,
ГБУ СО «Тракторозаводский центр
социального обслуживания населения»,
Волгоград*

Аннотация. Дается определение заболеванию «детский церебральный паралич». Перечислены формы детского церебрального паралича. В статье рассматривается методика оценки развития общей и мелкой моторики ребенка-инвалида с детским церебральным параличом. Описаны методы диагностики общей и мелкой моторики. Рассмотрены возможные отклонения каждого из суставов верхних и нижних конечностей и их этиология.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, микрореабилитационный центр, диагностика, общая и мелкая моторика

Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание, возникающее в результате поражения головного мозга в перинатальном периоде или вследствие аномалии его развития и характеризующееся нарушениями двигательных и статокинетических функций, а также психоречевыми и сенсорными расстройствами, не прогрессирующее, отчасти поддающееся функциональной компенсации и коррекции. Формами детского церебрального паралича (по К.А. Смирновой) являются:

- 1) спастическая диплегия;
- 2) двойная гемиплегия;
- 3) гемиплегия;
- 4) гиперкинетическая форма;
- 5) атонически-астатическая форма [5].

У каждой из форм детского церебрального паралича есть ряд своих характерных особенностей, которые инструктор-методист по адаптивной физической культуре учитывает при построении коррекционно-развивающей работы с ребенком [3, 4]. Именно поэтому диагностика ребенка-инвалида с ДЦП занимает особое и важное место в дальнейшем построении индивидуальной программы работы инструктора-методиста по адаптивной физической культуре. Диагностическая работа включает в себя сбор анамнестических данных, беседу с родителями ребенка, изучение его индивидуальные

особенности и практическое определение состояния общей и мелкой моторики. К общей моторике относятся: состояние верхних и нижних конечностей (суставов, мышц), движения в суставах верхних и нижних конечностей, состояние опорно-двигательного аппарата. К мелкой моторике относятся схватывающая способность кистей рук и зрительно-моторная координация.

Состояние верхних конечностей включает в себя диагностику плечевого, локтевого и лучезапястного суставов.

Для оценки состояния плечевого сустава, необходимо проверить шесть степеней движения плечевого сустава – отведение, приведение, сгибание, разгибание, супинация, пронация. Для этих целей руку ребенка сгибают в локте, при этом её придерживая, начинают вращение в плечевом суставе, а затем производят отведение и приведение. Данное мероприятие помогает определить состояние таких мышц как дельтовидные, двуглавую и трехглавую мышцу плеча, состояние мышц предплечья и кисти и наличие или отсутствие контрактур или ограничений движения в плечевом суставе. При наличии ограничений проверяется, имеется ли гипертонус мышц в данном суставе.

Для оценки состояния локтевого сустава проверяются две степени движения: сгибание и разгибание. Для этого необходимо взять ребенка за предплечье и, придерживая при этом руку, согнуть предплечье, а затем разогнуть предплечье в локтевом суставе. Данное мероприятие поможет выяснить, есть ли ограничение в движении данного сустава и как реагируют мышцы при статодинамической работе. При наличии ограничений проверяется, какие мышцы находятся в гипертонусе: при сгибающей установке в гипертонусе находится двуглавая мышца плеча; при разгибательной установке – трехглавая мышца плеча.

Для оценки лучезапястного сустава проверяются две степени движения: сгибание и разгибание. Для этого необходимо взять ребёнка за кисть, сжать ладонь в кулак и согнуть, а потом разогнуть сустав.

В свою очередь, обязательным является диагностика состояния опорно-двигательного аппарата, так как наличие сколиоза, выраженного грудного кифоза, выраженного поясничного лордоза может мешать обучению двигательным действиям, таким как ползание, ходьба, или сохранению положения тела в пространстве (сидение, стояние, стойка на четвереньках и т.д.). С этой целью оценивается состояние мышц спины (грудного и поясничного отдела). Состояние мышц грудного отдела проверяется таким способом: сгибаем руки ребёнка под углом 90 градусов и выполняем отведение и приведение. Этот способ позволяет определить состояние свободных краев трапециевидной мышцы.

Для детей, неспособных сохранять вертикальное положение, применяется следующий способ: в исходном положении лежа на животе, руки в стороны, сохранять такое положение 1–2 минуты. Инструктор-методист визуально и тактильно исследует состояние мышц поясничного отдела. Также

состояние мышц поясничного отдела можно проверить и в стойке на четвереньках (также позволяет выявить лордоз или выраженный грудной кифоз).

Состояние нижних конечностей включает в себя тазобедренный, коленный и голеностопный суставы.

Для оценки тазобедренного сустава, мы проверяем четыре степени движения: сгибание, разгибание, отведение и приведение. В положении лёжа необходимо взять ребёнка за ногу и отвести её в сторону. Этот метод позволяет определить, как работают и реагируют боковые мышцы бедра и проверить наличие или отсутствие контрактур в тазобедренном суставе. Если преобладает отводящая установка, то в гипертонусе может находиться внутренняя часть мышцы бедра. Если преобладает приводящая установка, то в гипертонусе может находиться боковая часть мышцы бедра, что и может говорить о возможном вывихе/подвывихе тазобедренного сустава. Вторым методом является поднятие бедра максимально вверх в положении лежа на спине или сидя. Данное мероприятие позволяет определить состояние передней и задней части четырехглавой мышцы бедра.

Для оценки коленного сустава проверяются две степени движения коленного сустава: сгибание и разгибание. Из положения сидя или лёжа на спине необходимо согнуть и разогнуть колено ребенка. Данное мероприятие позволяет увидеть есть ли нарушения в коленном суставе и оценить, как работают мышцы верхней поверхности бедра. При следующем мероприятии необходимо положить ребенка на живот, выпрямить ноги и согнуть их в коленном суставе. Данное мероприятие позволяет диагностировать, как работают мышцы задней поверхности бедра и ягодичные мышцы. Также является целесообразным проверить тонус мышц нижних конечностей (для этого держим ребенка за стопу и просим его толкать ногу вперед).

Для оценки голеностопного сустава проверяются две степени движения голеностопного сустава: сгибание и разгибание. В положении лежа на спине или сидя, придерживая ребенка за стопу, согнуть и разогнуть сустав. Данное мероприятие позволяет определить, как работают икроножные мышцы и ахиллово сухожилие и наличие или отсутствие нарушений в голеностопном суставе. К нарушениям голеностопного сустава может относиться: сгибательная установка, вальгусная постановка стопы, различные деформации стопы, гипотонус мышц, выполняющих разгибание (слабые толчковые движения при диагностике).

С целью коррекции сопутствующих отклонений, важным является выявление наличия или отсутствия гиперкинезов у ребенка. Это включает в себя визуальный и тактильный осмотр на наличие произвольных движений руками или ногами у ребенка.

Для оценки схватывающей способности кистей рук специалист просит ребенка схватить какой-либо предмет (либо кладет ему в руки) и сжимать этот предмет. При нарушении схватывающей способности рук проверяем

наличие/отсутствие гипертонуса мышц сгибателей 1–5 пальцев, мышц сгибателей кисти (находятся в области предплечья).

Для оценки зрительно-моторной координации в системе «глаз-рука» необходимо попросить ребенка переключать мячик из руки в руку в положении лежа на спине или сидя. При нарушении координации диагностируется наличие или отсутствие гипертонуса мышц сгибателей кисти, 1–5 пальцев. Такие нарушения могут быть и в силу различных сопутствующих отклонений: таких как нарушений зрительного анализатора, психоэмоциональной сферы, интеллектуальных возможностей ребенка.

Таким образом, диагностика развития общей и мелкой моторики ребенка включает в себя не только проверку двигательных возможностей, но и состояние мышц различных суставов, выполняющих двигательные действия. Подробное изучение физических возможностей ребенка дает возможность грамотного построения работы с ним инструктора-методиста по адаптивной физической культуре, обеспечивая повышение эффективности всего реабилитационного процесса.

Список литературы:

1. Гончарова, М. Н., Гринина, А. В. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. – Л.: Медицина, 1974. – 205 с.
2. Качесов, В. А. Основы интенсивной реабилитации ДЦП. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. – 112 с.
3. Козлова, Д. В., Козлов, С. А., Семенов Л. А. Основы реабилитации. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.
4. Попов, С. Н. Физическая реабилитация. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Феникс, 2005. – 602 с.
5. Семенова, К. А., Мастюкова, Е. М., Смуглин, М. Я. Клиника и реабилитационная терапия детей с церебральным параличом. – М.: Просвещение, 1972. – 320 с.

РОЛЬ РОДИТЕЛЕЙ В ВОСПИТАНИИ ОТВЕТСТВЕННОСТИ, САМООЦЕНКИ И САМОКОНТРОЛЯ У ДЕТЕЙ С ОВЗ

Моисеева С. А.

старший воспитатель,

ГКУ СО «Клявлинский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (обособленное структурное подразделение в пос. Сокский м.р. Исаклинский), Самарская область

Аннотация. данная статья посвящена проблеме семейного воспитания детей с ОВЗ. В статье рассматриваются основные трудности, с которыми родители могут столкнуться при воспитании своих детей. Также в статье представлены родителям рекомендации корректирующей работы, которые способствуют гармоничному развитию детей с ОВЗ.

Ключевые слова: родители, ребенок с ОВЗ, корректирующая работа, самооценка, самоконтроль, ответственность

Родители играют исключительную роль в жизни ребенка, и на них ложится основная ответственность за его развитие и воспитание. Необходимым звеном всей системы педагогической работы должно стать активное участие в ней семьи, в связи с этим специалисты реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями обучают родителей способам и приемам проведения воспитательных мероприятий с ребёнком, помогают им выбрать оптимальное направление работы и познакомить их с ее содержанием. В работе с родителями мы применяем как групповые, так и индивидуальные формы работы. Существенную помощь родителям оказывают индивидуальные консультации. Индивидуальное консультирование предполагает: совместное обсуждение с родителями хода и результатов воспитательной работы; индивидуальное проведение практикумов по обучению родителей совместным формам деятельности с детьми. Хорошо зарекомендовали в нашем центре себя такие активные формы работы с родителями, как: семинары-практикумы; тематические консультации; психологические тренинги, совместный досуг с родителями, круглые столы, праздники, развлечения, совместные проекты. Широко известным видом взаимодействия родителей и сотрудников центра является проведение родительских собраний. Собрания для родителей детей с ОВЗ всех возрастных периодов проводим два раза в год, обычно же собрания проводятся по возрастным параллелям: для родителей детей раннего возраста, для родителей, воспитывающих дошкольников, для родителей подросткового возраста- один раз в месяц. Возраст детей, поступающих

в реабилитационный центр, от 3–18 лет. С разными медицинскими диагнозами, и интеллектуальным развитием, но при работе с детьми мы видим пробелы воспитания у детей в подростковом возрасте, так как это самая ответственная пора для становления личности ребёнка.

Подростковая пора – время второго рождения личности. И, к сожалению, данный процесс не обходится без мук. В это время подростки страдают от внутренних противоречий, своих желаний, устремлений, интересов, а также от непонимания со стороны взрослых. Для взрослых данное время тоже трудное, так как чаще всего их дети становятся грубыми, замкнутыми, неоткровенными. Конечно, мир подростка с ограниченными возможностями (ОВЗ) весьма противоречив, сложен. Каждый день, час ребенка ожидают перемены. Но важно понимать, что подросток открыт для понимания. Ведь для каждого из них важно в данный период, чтобы их услышали и поняли. Хотим и мы понять их. Но почему же не так часто у нас это получается? Бесспорно, потому что недостаточно информированы, часто подходим с готовыми образцами воспитания, которые при наличии ОВЗ оказываются «не по росту»: то слишком детскими, то слишком взрослыми. Педагогический состав реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями ставит главную цель: помочь родителям понять своего ребенка в этот нелегкий период его жизни. Именно поэтому и проводится для родителей консультативный час в форме родительского собрания. Представляем кратко его содержание.

Важным элементом в благоприятном протекании подросткового периода является формирование чувства ответственности. Ответственность – это искреннее и добровольное признание необходимости заботиться не только о себе, но и о других. Выделяют условия воспитания данного чувства: разумные ограничения, учет возрастных и индивидуальных особенностей, самоуважение, а также учёт личного опыта [1, с. 35].

В воспитании ответственности важно, чтобы ребенок с ОВЗ, независимо от характера, имеющегося у него нарушения, ощущал себя равноправным членом семьи. Необходимо, чтобы ребенок осознавал, что окружающие нуждаются в нем. Достичь этого можно тем, чтобы не отстранять подростка от взрослых дел. Можно попросить его помочь накрыть стол к чаю, помыть вместе обувь. Также можно узнать мнение подростка по тому или иному поводу. Например, спросить его: «Как ты думаешь, какие тарелочки лучше поставить?». Важно понимать, что всегда найдется дело, которое ребенку по силам. При этом не следует торопить подростка, необходимо предоставить возможность выполнить задание в удобном темпе для него самого. А если же у него не получается, так как нужно, то в данном случае задача взрослого убедить его, что он растет и учится. Стоит объяснить ребенку, что каждый день у него прибавляются умения и накапливается опыт. Но прежде чем знакомить с этим ребенка, необходимо помнить об самом. Не стоит сразу же делать замечания или ругать за плохо

выполненную работу. Рекомендуется так выстроить воспитательный процесс, чтобы ребенок на собственном опыте узнал, к каким результатам ведёт безответственность. Допустим, если забыл купить хлеб, то сегодня вся семья ужинает без хлеба; если забыл высушить кроссовки - они остались мокрыми, и он не пойдёт гулять. Важно, чтобы подросток понимал, если не выполнит дело, которое ему поручили, то подведет и себя, и других. Взрослым не стоит совершать ошибку – брать всю ответственность на себя, при этом жалея своего ребенка. Очень часто дети забывают о том, что им поручили взрослые. Для этого необходимо придумать сигналы, которые всячески будут напоминать им об этом. Это может быть звонок будильника на телефоне, картинка на двери в комнате у ребенка, которая будет сигнализировать, что пора покормить рыбок в аквариуме [1, с. 36].

Очень часто родители не подозревают, что их дети способны и на большее. Подобное происходит, если взрослые никогда не советуются с ребёнком. Нередко ребенку поручаются слишком простые и однообразные занятия. Тогда велика вероятность, что он может посчитать, что ему не доверяют, так как он слишком маленький.

В случаях, когда ребёнок ошибся, не справился с работой или повёл себя безответственно, постарайтесь понять его и показать, как необходимо поступить. Покажите, что вы тоже заинтересованы в том, чтобы у него всё получалось. Необходимо дать понять подростку, что вы понимаете его и верите в его силы. Взрослым необходимо постараться сделать так, чтобы у ребёнка забота о других и о себе связывалась только с положительными эмоциями.

Для лучшего понимания вышесказанного, педагоги предлагают работу с родителями в группах. Так, предоставляется следующая ситуация: на остановке стоит семья. Подъезжает автобус, родители спешат подойти поближе к транспорту. В это время неожиданно подходит пожилая женщина и спрашивает, как ей попасть на какую-то улицу. Сын начинает объяснять. Родители нетерпеливо его зовут, но он продолжает объяснять. В это время автобус уходит, и родители начинают вдвоём ругать своего сына.

Далее педагоги проводят подробный разбор данной ситуации. В конце данной работы обязательно формулируется вывод: для того, чтобы родителям научить своего ребенка принимать ответственные решения в жизни, отвечать за свои поступки, проявлять заботу об окружающих, необходимо делать это самим. Взрослым нужно соответствовать тому, чему они учат своих детей. Безусловно, очень важно научить своего ребенка проявлять заботу и помогать окружающим его людям. Ведь это приносит радость не только нуждающимся в помощи, но и тому, кто совершает доброе дело.

Формирование самооценки также важно для благополучного развития ребенка. Самооценка – это представление человека о том, насколько важна твоя личность и деятельность среди других людей. Важно, что человек, обладающий адекватной самооценкой, имеет способность правильно оценивать себя, собственные качества, чувства, достоинства и недостатки

[3, с. 312]. В подростковый период на первый план выходит общение. В данном случае, на формирование самооценки будет влиять степень коммуникативности ребенка.

Что же касается самооценки подростка с ОВЗ, то она, как и в норме, формируется под влиянием двух противоположных тенденций [2, с. 45]. Так, с одной стороны, у ребенка появляется желание быть похожим на своих друзей, одноклассников. Но, с совершенно противоположной стороны, на первый план может выдвигаться потребность в самовыражении, нежелание быть похожим на кого-то другого. Это показатель внутренних противоречий, разрешить которые помогают родители. Родителям в процессе формирования самооценки ребенка необходимо приложить максимальные усилия, они не должны быть в стороне от протекающего процесса. Так, они могут создавать для своего ребенка ситуацию успеха, в которой происходит сочетание условий, приводящие к положительному результату. Также важным является возвышение детей в их собственных глазах. Для этого следует хвалить и поощрять своего ребенка даже за небольшой успех.

Не менее важным в позитивном развитии ребенка является формирование у него чувства самоконтроля. Самоконтроль – это умение человека контролировать свои эмоции и действия. Если отсутствует самоконтроль, то невозможно стать свободной и ответственной личностью. На сегодняшний день различают две формы самоконтроля: собственных действий и эмоций. Также существуют этапы формирования самоконтроля. На первом этапе ребенок должен научиться правильно понимать и принимать контроль педагога. На втором этапе ребенок должен научиться наблюдать и анализировать своих друзей. На третьем, последнем, этапе воспитанник должен уже осуществлять наблюдение за своей учебной деятельностью, проводить самоанализ, самооценку и, если необходимо, коррекционную работу. В подростковом возрасте самоконтроль – неотъемлемая часть обучения, которая требует большого внимания.

Время идет, дети растут. Родителям не стоит суетиться, конфликтовать со своими детьми. Зачем это делать? Просто создайте благоприятную среду для развития своего ребенка. Это окажется самым лучшим методом воспитания успешного и счастливого человека. И в таком случае воспитание детей не будет для вас трудным делом, а, наоборот, заинтересует и принесет только положительные эмоции. Ведь детям не так много и нужно. Стоит проявлять к ним сочувствие, понимание и терпение. Необходимо расти с ними и любить [3, с. 12, 14].

Со временем ваши дети вырастают. Даже если вы будете очень сильно держать их – вы не удержите. Невозможно удержать быстротечные дни детства. Необходимо это помнить и наслаждаться, пока дети еще маленькие. Пока вы, родители, нужны им больше всего на свете.

Родительская любовь проста и радостна. Родители растят ребенка и отпускают его со временем все дальше и дальше от себя. Но важно понимать,

что дети не покидают никогда своих родителей. Они всегда остаются рядом, несмотря на то, что находятся на расстоянии. Это объясняется тем, что между вами всегда будет сохраняться душевное и духовное единство. Дети по-прежнему будут видеть в родителях надежный тыл, опору в жизни. Залог таких взаимоотношений – истинная безусловная любовь. Необходимо понимать, что очень здорово жить в любви и оставаться всегда рядом. Родители, помните, что у вас есть самое великое чудо на свете – ваш ребенок.

Список литературы:

1. Давыдова, О. И., Вялкова, С. М. Беседы об ответственности и правах ребенка. – М.: Сфера, 2008. – 10 с.
2. Кожанова, Т. М. Роль семьи в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 4. – С. 43–50.
3. Некрасова, З., Некрасова, Н. Перестаньте детей воспитывать – помогите им расти. – М.: ООО Издательский дом «София», 2006. – 416 с.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ИГРОВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАЗВИТИИ КОММУНИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАС

Овсянникова Т. Ю.

к.психол.н., заведующий службой психолого-педагогической помощи

Булатова Н. К.

педагог-психолог службы психолого-педагогической помощи

Колесникова Е. А.

педагог-психолог службы психолого-педагогической помощи,

ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей

«Коррекция и развитие»,

Астрахань

Аннотация. В статье представлен опыт проведения занятий с применением игровой терапии при развитии коммуникативных навыков у детей с РАС. Игра – это неотъемлемая составляющая жизни детей, универсальное средство, которое способствует развитию экспрессивного языка, эмоций, коммуникативных и социальных способностей ребенка. В среде игровой терапии детям с РАС даётся возможность выразить себя так, как им удобно. В этом состоит основное отличие игровой терапии от поведенческих вмешательств: работа терапевта заключается в том, чтобы участвовать во взаимоотношениях с ребенком посредством игры.

Ключевые слова: игровая терапия, дети с РАС, коммуникация, смешанная игровая терапия, аутостимуляции, плассотерапия, эбрутерапия, сказкотерапия

Актуальность проблемы обучения детей-аутистов обусловлена неизбежностью социального взаимодействия, которое нелегко дается людям, страдающим этим заболеванием. По статистике, в Соединенных Штатах РАС диагностируют у 1 из 68 детей [1]. Это число с каждым годом только растёт, как растёт и количество трудностей, которые встают на нашем пути при работе с аутичными детьми. Тот факт, что аутизм распространяется с высокой скоростью, говорит о том, что необходимо как можно скорее исследовать наиболее эффективные методы помощи.

Аутизм – это расстройство нервно-психического развития, которому характерен ряд симптомов, таких как: нарушение социального развития и словесного общения, повторяющиеся движения и ограниченное поведение. Эти симптомы вызывают у пациентов серьезные трудности с социальным взаимодействием, жизненными навыками и адаптацией к окружающей среде. Расстройства аутистического спектра в настоящее время считаются одними из наиболее распространенных и изнурительных нарушений развития [1].

В настоящее время золотым стандартом вмешательств по аутизму считается прикладной анализ поведения, поскольку он задокументирован как эффективный. Однако некоторые исследователи в области аутизма [3] предложили игровую терапию в качестве потенциального вмешательства для детей с РАС, поскольку игровая терапия направлена на основные проблемы детей с РАС, такие как социальные проблемы и отношения. Известно, что дети-аутисты испытывают определенные трудности в общении с другими людьми. Игра может стать тем самым инструментом, который поможет ребенку перейти от самопоглощения к разнообразному общению.

В среде игровой терапии детям с РАС даётся возможность выразить себя так, как им удобно. В этом состоит основное отличие игровой терапии от поведенческих вмешательств: работа терапевта заключается в том, чтобы участвовать во взаимоотношениях с ребенком посредством игры [3]. Терапевт не учит ребенка определенному поведению, которое может ему не понравиться. Напротив, игровой терапевт входит в мир ребенка и использует их новые взаимоотношения как вмешательство. Игровая терапия направлена на такие области поведения, как поведение привязанности и спонтанная игра, которых нелегко достигнуть методом поведенческих вмешательств.

Игра – это неотъемлемая составляющая жизни детей, универсальное средство, которое способствует развитию экспрессивного языка, эмоций, коммуникативных и социальных способностей ребенка. Игра является для ребенка наиболее понятной формой самовыражения потребностей. Игра – это сложная система поведенческих актов, которые существенно видоизменяются с возрастом и развитием ребенка [2]. С практической стороны она наиболее доступна и при соответствующей подготовке может использоваться как специалистами, так и ближайшим окружением ребёнка с РАС. Семья ребёнка может применять игротерапию каждый день, сделать её базовой основой для общения. С нашей точки зрения, привлекательность игротерапии заключается также в её психологической комфортности для ребёнка и для всей семьи. Игровая деятельность, которая в норме является для ребёнка естественной формой деятельности и выступает инструментом познания мира, у особенных детей, как правило, недостаточна. Для детей с РАС нарушения игровой деятельности настолько характерны, что эта важная особенность их развития отражена в современных классификаторах МКБ 10 и DSM IV.

Эффективность игротерапии обусловлена тем, что в процессе игры ребенок почти всегда находится в хорошем настроении, не воспринимает это занятие как что-то вредоносное, опасное или неприятное для него. И именно в таком состоянии ребенок наиболее открыт к взаимодействию.

Особенности игры детей с РАС:

- направленность на аутостимуляцию – получение определенных слуховых, зрительных, тактильных и других ощущений;
- игра с неигровыми предметами;

- отсутствие или «свернутость» сюжета;
- стереотипность игры;
- невозможность вовлечь в свою игру другого человека (взрослого или ребенка).

Основные этапы игровой терапии для детей с РАС:

I. Наблюдение за ребенком в свободной деятельности (самостоятельной игре), определение игровых предпочтений. В начале коррекционной работы для установления контакта, формирования отношений мы используем увлеченность ребенка стереотипными играми. На основе наших наблюдений выделяем какие-то циклы стереотипной игры и пытаемся в неё включиться.

II. «Подключение» к самостоятельной игре ребенка, установление социального контакта. Задача игротерапевта на данном этапе обратить на себя внимание ребёнка с РАС и показать ему, что взрослый тоже может играть в его игру, и от этого не пострадают ни игра, ни ребёнок.

III. Построение коротких игровых эпизодов из «сенсорных предпочтений» ребенка. Специалист предлагает сенсорные игры, исходя из положения о том, что в стереотипных играх ребёнок с аутизмом кроме комфорта и спокойствия ищет ещё удовольствия от сенсорных стимулов, использует игровые и неигровые предметы в связи с их сенсорными свойствами.

IV. Построение игрового сюжета – отдельные эпизоды игры, постепенно связываются в некоторый целостный сюжет.

Игровая терапия также, как и многие другие коррекционно-развивающие методы, осуществляется по принципу от простого к сложному и тесно связана с принципом систематичности, что предполагает необходимость формирования навыков коммуникации у детей с РАС в определенной последовательности с постепенным усложнением коррекционных задач.

Например, формирование навыка выражения речевой просьбы:

1. Однословное высказывание «Открой».
2. Высказывание в виде словосочетания «Открой коробку».
3. Высказывание в виде простой фразы с обращением «Лена, открой коробку».
4. Развернутое фразовое высказывание, включающее выражение вежливости «Лена, открой коробку, пожалуйста».

В коррекционной работе с детьми с РАС педагоги-психологи чаще всего применяют смешанную игровую терапию. Смешанная игровая терапия – это синтез наиболее удачных приемов недирективной и директивной терапии.

В процессе коррекционного занятия с применением смешанной игровой терапии специалисту необходимо улавливать тонкие нюансы детской игры, ее развитие и вовремя дополнять элементами конструктивных навыков поведения, поддерживающим взаимодействием, разнообразными стратегическими ходами. С одной стороны, взрослый следует за игрой ребенка, с другой – идет на шаг впереди, создавая «зону ближайшего развития».

Коррекционные занятия с применением смешанной игровой терапии может дополняться различными методами: рисование цветным песком, плассотерапия, эбрутерапия, сказкотерапия, театр теней, играми с интерактивным полом, нейропсихологическими играми.

Специалисты по игровой терапии стараются привлечь к занятиям родителей, поскольку участие родителей в процессе игротерапии дает дополнительные положительные результаты:

- меняется взаимоотношение между ребенком и родителем;
- игротерапия словно возвращает взрослого человека в его собственное детство;
- погружение в игру позволяет родителям лучше понять собственного ребенка;
- в ходе игротерапии ребенок и взрослый находятся словно на одном уровне простого и непосредственного общения, стираются рамки «я – взрослый, ты – ребенок», что крайне важно в достижении поставленных целей.

Обобщение приобретенных умений и их перенос в повседневное общение ребенка с РАС является одной из ключевых задач занятий по игровой терапии. Поэтому немаловажным аспектом нашей работы мы считаем привлечение родителей к активному сотрудничеству. Обучение родителей эффективным приемам совместной игры с ребенком дома в сочетании с регулярными занятиями специалиста дают устойчивый положительный результат в формировании желаемого поведения детей.

Завершая описание некоторых аспектов игротерапии с детьми, страдающими аутизмом, необходимо отметить, что изложенный материал, безусловно, не исчерпывает психотерапевтического потенциала игровой деятельности. Игра может быть полезным инструментом для диагностики и психотерапии практически любых нарушений детского развития.

Список литературы:

1. Миллер, С. Психология игры. – СПб.: Университетская книга, 1999. – 320 с.
2. Федосеева, О. А. Игровая терапия при аутизме / О. А. Федосеева. Текст: непосредственный // Педагогика: традиции и инновации: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, октябрь 2012 г.). – Челябинск: Два комсомольца, 2012. – С. 146–149.
3. Янушко, Е. А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. – М.: Теревинф, 2007. – 136 с.

ПРИМЕНЕНИЕ БИНАУРАЛЬНЫХ АЛЬФА РИТМОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Овсянникова Т. Ю.

к.психол.н., заведующий службой психолого-педагогической помощи

Калмыкова Н. Ю.

Шорина Л. В.

Мусаитова С. Р.

педагоги-психологи службы психолого-педагогической помощи

ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей

«Коррекция и развитие»,

Астрахань

Аннотация. В статье представлены результаты исследования влияния бинауральных альфа ритмов на функциональную активность головного мозга у детей с расстройством аутистического спектра.

Ключевые слова: альфа ритмы, бинауральная музыка, затруднение социальных коммуникаций, нарушение онтогенеза головного мозга

Нарушения аффективной сферы у детей представляют собой актуальную в социальном и психолого-педагогическом аспектах проблему. Ее клинко-социальная значимость обусловлена значительным ростом психической патологии в последние годы, в большинстве случаев приводящей к формированию стойкой социальной дезадаптации и нарушению социализации [4, 5].

Аффект, по словам Л.С. Выготского, участвует «...в процессе психического развития от самого начала до самого конца в качестве важнейшего момента», следовательно, расстройства аффективной сферы у детей не могут не повлиять на характер их дальнейшего психического развития [4, с. 92]. Особенности эмоциональной сферы детей с различными особенностями психологического развития описывались в связи с изучением их общих клинко-психологических особенностей. Было определено, что формирование нарушений аффективной сферы происходит как в результате замедленного созревания эмоционально-волевой сферы, так и за счет последствий перинатального поражения центральной нервной системы, вторично тормозящих темп развития когнитивных процессов.

Бинауральные ритмы (от лат. *binī* – пара, два и *auris* – ухо) – артефакт работы головного мозга, звучащие на чистоте около от 8–13 Гц и являются диапазоном альфа волн, что соответствует состоянию спокойного бодрствования. Нейрофизиологи накладывают друг на друга несколько чистых ритмов и формируют ритмическую активность мозга, что создает «эффект бинауральных биений», то есть, психоакустическая иллюзия, возникающая

в ответ на предъявление отдельно в правое и левое ухо двух монотонных, слегка отличающихся по высоте звуков. Этот процесс способствует улучшению функционирования головного мозга, поскольку позволяет нормализовать межполушарные нервные связи, а также откорректировать аффективное состояние ребенка.

Впервые в 1975 году Р.А. Монро предложил метод стимулирования мозга с помощью бинауральных ритмов, которые меняют состояние сознания человека, от нормального состояния к релаксации и повышенного внимания. Механизмом этого воздействия является отклик в электрической (ЭЭГ) активности мозга на частоте, идентичной частоте бинаурального ритма. Это присутствие резонансного отклика в теменных долях мозга в ответ на акустическое воздействие зафиксировано во многих ЭЭГ-исследованиях [1, 4].

Педагоги-психологи ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» применяли бинауральные альфа ритмы для коррекции аффективных состояний у детей.

Оценка нарушений аффективных состояний детей осуществлялась при помощи «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья». У детей отмечались тяжелые и абсолютные нарушения по параметру b 1520 «Адекватность эмоций». Комплексная диагностика проводилась на начало и конец реабилитационного периода.

Воздействие осуществлялось ежедневно в течение 10 сеансов, в рамках реабилитационного курса.

Коррекционное воздействие было выполнено с использованием бинаурального альфа-ритма музыки. Бинауральные ритмы (от латинской *Vini*-пары, двух и ушей) – артефакт мозга, который звучит с чистотой около 8–13 Гц и является альфа-волной. Нейрофизиологи накладывают несколько чистых ритмов друг на друга и формируют ритмическую активность мозга. Этот процесс позволяет погружать человека в желаемое состояние, а также синхронизировать работу полушарий головного мозга.

Результаты исследования:

В результате проведенной комплексной диагностики на начало и конец реабилитационного периода у детей, участвующих в исследовании, были получены следующие результаты:

По параметру b 1520 «Адекватность эмоций» на начало реабилитационного периода у 34 % детей выявлены абсолютные нарушения, у 42 % тяжелые и 24 % умеренные нарушения (рис. 1).



Рисунок 1 – Результаты исследования на начало реабилитации

В результате итоговой диагностики было отмечено изменение показателей адекватности эмоций. Так у 15 % детей сохранились абсолютные нарушения, у 15% – тяжелые нарушения, у 70 % детей выявлены умеренные нарушения. Полученные результаты позволяют сделать вывод о положительной динамике показателя адекватность эмоций (рис. 2).

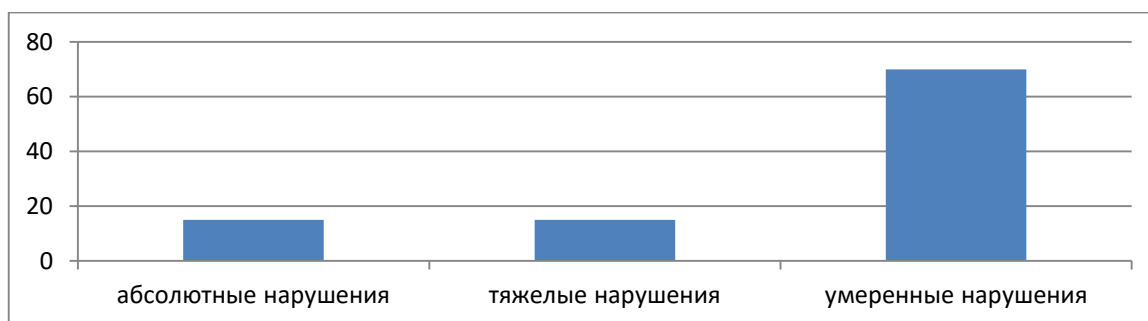


Рисунок 2 – Результаты исследования на конец реабилитации

Анализ эффективности реабилитационного процесса показал, что у детей по мере стабилизации аффективной сферы повысилась результативность на занятиях у дефектолога и логопеда. У этих детей были отмечены более высокие результаты при решении таких реабилитационных задач, как:

1. Формирование элементарных коммуникаций, алгоритмов (простых) продуктивной деятельности.
2. Формирование продуктивного контакта через развитие предметной деятельности, формировать навык нанизывания (пирамидка).
3. Формирование навыков коммуникации.
4. Формирование понимания обращенной речи.
5. Формирование указательного жеста.

Таким образом, стабилизация аффективного состояния ребенка может способствовать повышению уровня социальной адаптации, нормализации поведению и повышению эффективности проведенных реабилитационных мероприятий в целом.

Список литературы:

1. Бадмацыренов, К. Б. Анализ изменений ЭЭГ-данных у детей с диагнозом раннего детского аутизма // Молодежный научный форум: Естественные и медицинские науки: электр. сб. ст. по мат. XLVI Междунар. студ. науч.-практ. конф. – № 6 (45). – Режим доступа: [https://nauchforum.ru/archive/MNF_nature/6\(45\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_nature/6(45).pdf) (дата обращения: 01.10.2018).
2. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: Изд-во МГУ, 1969.
3. Фокин, В. Ф., Понамарева, Н. В. Энергокартическая физиология мозга. – М.: Антидор, 2003. – 208 с.
4. Филиппова, Н. В., Барыльник, Ю. Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Соц. и клин. психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 3. – С. 92–100.
5. Якупова, Л. П., Симашкова, Н. В. Связь нарушений ЭЭГ с клиническими особенностями расстройств аутистического спектра // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. – Т. 3, № 2 (13).

**ПРАКТИКА ПРОВЕДЕНИЯ КОРРЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ
В РАМКАХ НЕЙРОКОРРЕКЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

Овсянникова Т. Ю.

к.психол.н., заведующий службой психолого-педагогической помощи

Курмашова И. В.

педагог-психолог службы психолого-педагогической помощи

Светашов С. А.

медицинский психолог службы психолого-педагогической помощи

ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей

«Коррекция и развитие»,

Астрахань

Аннотация. В статье представлен опыт проведения нейрокоррекционных занятий педагогами-психологами Научно-практического центра реабилитации детей «Коррекция и развитие» с применением цифровых технологий.

Ключевые слова: нейрокоррекция, цифровые технологии, дети с ОВЗ, семьи, воспитывающие детей с ОВЗ, нейропсихологические технологии

Коррекция и развитие детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) является актуальной проблемой современной психологической науки и практики вследствие все возрастающей частоты выявления таких детей в последние годы [1]. Сегодня уже очевидно, что у современных детей актуализируются дизонтогенетические (т.е. нарушающие и/или искажающие процессы развития) механизмы, формирующие качественно новые варианты индивидуальных различий и нормы реакции [3]. В современной научной литературе на сегодняшний день описаны нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития, наглядно демонстрирующие разнообразные патогенетические церебральные механизмы детской психологической дезадаптации [2].

Внедрение нейропсихологических технологий в работе с детьми с ОВЗ необходимо, поскольку эффективное психолого-педагогическое сопровождение таких детей возможно только в случае учета объективных законов развития, неизбежно включающих основные закономерности развития мозга ребенка. Коррекционно-развивающий метод и конкретные технологии, относящиеся к нему, построены с учетом всех составляющих психологического развития ребенка в норме: психосоматических, познавательных, регуляторных и исполнительных.

Особенно важно сформировать программу коррекционного занятия, позволяющую максимально подробно и глубоко рассмотреть индивидуальные нарушения, возникающие у конкретного ребенка, и подобрать

к ним сбалансированную программу коррекцию, способную как максимально задействовать имеющиеся у ребенка ресурсы, так и искать или создать новые ресурсы, в том числе, в условиях семьи.

Программа коррекционных занятий включает в себя интеграцию следующих методов:

1. Нейрокоррекция (А. В. Семенович, Ю. В. Микадзе, Л. С. Цветкова, Т. Г. Визель, Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева, Ж. М. Глозман, Е. В. Пивоварова и др.) и гимнастика мозга (П. Деннисон).

2. Сенсорная интеграция (У. Кислинг, Дж. Айерс, Х. М. Сандерс, К. С. Крановиц и др.).

3. Формирование ритмов (терапия ритмичным движением по Г. Бломбергу, музыкально-ритмические включения в занятия).

4. Интеграция врожденных рефлексов (Е. Мастгутова, Г. Доманн, А. Адельхайдт, К. Ханнафорд, Р. Винникерс и др.).

5. Интеграция социальных программ поведения (В. Дольник, Е. В. Максимова).

6. Формирование «границ» тела в системе: «мое Я – мое тело», «мое тело – тело другого человека», «мое тело – пространство вокруг», на базе высокой тонической чувствительности и уровней движения (Н. А. Бернштейн, Е. В. Максимова).

7. Дыхательная гимнастика (адаптированная дыхательная гимнастика Цигун, дыхательные нейрокоррекционные техники).

Напряженная эпидемиологическая ситуация, ограниченная доступность получения реабилитации семьям, проживающим в отдалённых районах Астраханской области, вызвала необходимость поиска новых форм социально-психологической помощи детям, в том числе с использованием современного нейропсихологического подхода.

В связи с этим, специалисты по нейрокоррекции стали внедрять в практику новые формы работы с использованием цифровых технологий.

В рамках цифровизации социально-психологическая реабилитация с применением нейрокоррекции строилась по следующему алгоритму:

1. Специалисты связывались с родителями (лицами их замещающими) при помощи интернет технологий и проводили первичную консультацию, в рамках которой собирали подробный анамнез по ребенку, информацию о наличии в доме необходимого оборудования для проведения реабилитационных мероприятий, об имеющихся условиях для занятий и режиме дня ребенка.

2. После анализа полученной информации производился выбор реабилитационной тактики.

3. Родителям предлагалось провести видеосъёмку выполнения ребенком специальных упражнений для оценки развития психомоторных навыков и выслать на электронную почту или прикрепить в личном кабинете на сайте микрореабилитационного центра.

4. Специалистами по нейрокоррекции разрабатывалась индивидуальная программа занятий с учетом особенностей нарушения функционирования ребенка. Реабилитация в рамках нейрокоррекции производилась на базе комплексного подхода, в реализации которого принимала участие мультидисциплинарная реабилитационная команда, включающая врача-невролога, родителя ребенка, специалиста-нейропсихолога. Готовая программа прикрепляется в личном кабинете родителей.

5. Специалисты проводили до начала основных занятий предварительное обучение родителей на цифровой платформе Mirapolis.

6. Занятия по нейрокоррекции проводились два раза в неделю на цифровой платформе Mirapolis. Под контролем специалиста ребенок совместно с родителями выполнял комплекс упражнений. Ребенок мог говорить о своих ощущениях во время занятий, нейропсихолог мог вносить корректировку или замечания по правильности выполнения упражнений.

Реализация программы рассчитана на 3 базовых курса по 20–30 занятий, продолжительностью от 15 до 30 минут (в зависимости от возраста и индивидуальных особенностей ребенка).

Каждое занятие строится по единому принципу:

Первый этап. Оценка эмоционального фона и самочувствия, психической готовности к работе на начало занятия.

Ритуал приветствия.

1 блок – разминка: включение в игровую ситуацию с использованием сенсорных и массажных дорожек.

2 блок – «игра на полу»: подбор упражнений и игр, задействующих I и II функциональные блоки головного мозга.

3 блок – «зарядка»: подбор более сложных, развернутых в пространстве упражнений и игр, задействующих I и II функциональные блоки с воздействием на III функциональный блок.

После этого ребенок отдыхает предпочтительным для себя способом. Второй этап.

1 блок – дыхательные упражнения.

2 блок – упражнения, направленные на активацию функций третьего функционального блока и нисходящих связей.

Далее ребенок снова отдыхает. Занятие заканчивается индивидуальным ритуалом прощания.

7. После завершения нейрокоррекционных занятий проводится итоговая комплексная диагностика и составляется программа для самостоятельного проведения занятий в домашних условиях.

Результаты проведенного курса нейрокоррекции оценивались по выбранным доменам в системе международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), путем сравнения с исходными значениями.

В целях повышения психолого-педагогической компетентности родителей, специалисты регулярно проводили онлайн обучающие мастерские по актуальным для родителей вопросам. Например, «Как развивается мозг ребенка?», «Нейрокоррекция в домашних условиях», «Почему ребенок не говорит?» и т.д.

Таким образом, проведение реабилитационных мероприятий в рамках нейрокоррекции стали более доступными для семей, воспитывающих детей инвалидов из отдаленных районов Астраханской области.

Список литературы:

1. Абдуллаева, Э. Т., Болковенко, О. А., Курова, Е. С. Технология нейрокоррекции в практике коррекционного сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях Службы ранней помощи // Вопросы дошкольной педагогики. – 2020. – № 3 (30). – С. 20–22. – URL: <https://moluch.ru/th/1/archive/157/4958/> (дата обращения: 07.07.2022).

2. Семенович, А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза: учебное пособие. – 12-е изд. – М.: Генезис, 2018. – 474 с.

3. Федюрко, А. А., Шумилова, Е. А. Нейропсихологическая профилактика и коррекция психологического развития дошкольников по методу замещающего онтогенеза в условиях инклюзивного образования // Вестник Челябинского государственного университета. Образование и здравоохранение. – 2021. – № 2–3 (14–15). – С. 85–90.

**ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНОГО МЕТОДА
ЭЭГ-БОС BRAINBIT NEUROFIT В РАМКАХ РАБОТЫ
ВЫЕЗДНОГО МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА**

Овсянникова Т. Ю.

к.психол.н., заведующий службой психолого-педагогической помощи

Правдина Ю. В.

педагог-психолог

Рахманина И. Н.

к.психол.н., заместитель директора по научно-методической работе

Рябова Е. Н.

врач-невролог

Франтасова Е. П.

заместитель директора по социально-реабилитационной работе

ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей

«Коррекция и развитие,

Астрахань

Аннотация. В статье представлен опыт применения в коррекционной работе аппаратного метода ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit. Данный метод используется специалистами ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» с 2021 года при социально-психологической реабилитации детей в рамках проекта «Выездной микро-реабилитационный центр».

Ключевые слова: ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit, Выездной микро-реабилитационный центр, энергообмен головного мозга, альфа-ритм, поведенческая лабильность, возбудимость, гиперактивность

Биологическая обратная связь (БОС) на основе электроэнцефалографии – немедикаментозный, эффективный, безболезненный метод устранения нейропсихологических, физиологических и психосоматических нарушений [1].

Аппаратный метод ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit основан на обучении навыку произвольного управления функциональными состояниями головного мозга через непрерывный мониторинг в режиме реального времени физиологических показателей ЭЭГ и сознательном управлении ими с помощью мультимедийных, игровых и других приёмов в заданной области значений. В системе реализован набор специально разработанных компьютерных визуальных образов, в которых пациент сознательно принимает участие, управляя качеством картинки на дисплее, персонажами и звуковым (музыкальным) сопровождением за счет волевого изменения своего функционального состояния. Фактически ребенок обучается менять текущее состояние активности высшей нервной деятельности, формируя

типы ответных реакций при стрессах или при предъявлении нагрузки. Тем самым корректируются «неправильные» устойчивые психоэмоциональные фоновые состояния, которые создают дискомфорт и активируют психосоматические и вегетативные расстройства. При осознанном управлении визуальными образами на дисплее посредством самоконтроля повышается мотивация к общему процессу психологической коррекции. Ребенок приобретает навыки саморегуляции. Наличие «игровых» ситуаций позволяет использовать систему у детей с поражением центральной нервной системы (последствия инсультов, черепно-мозговых травм (ЧМТ), ДЦП и т.п.) при наличии умеренной задержки психического развития или снижения умственной деятельности и расстройстве аутистического спектра [3, 4].

Аппаратный метод ЭЭГ – БОС BrainBit NeuroFit применяется в социально-психологической реабилитации детей с 2021 года в рамках проекта «Выездной микрореабилитационный центр», реализуемого специалистами ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие».

Социально-психологическая реабилитация с применением ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit проводилась в четырех районах Астраханской области: Наримановском, Красноярском, Володарском, Лиманском районах.

Социально-психологические услуги с применением аппаратного комплекса ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit получили 29 детей, в возрасте от 5 до 14 лет с диагнозами F-90.0, F-84.0, F-83.0, E-70.0, F-06.827. Коррекционные занятия проводились в виде интенсивного курса – ежедневно в течение 2 недель. Длительность коррекционного сеанса составляла 30 минут.

Основанием для проведения коррекционных мероприятий с применением аппаратного комплекса ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit были выявленные нарушения эмоциональной и поведенческой регуляции у детей в результате первичной психолого-педагогической диагностики. Кроме того, в качестве диагностического показателя при назначении аппаратного комплекса ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit мы ориентировались на изменения электрической активности головного мозга, а именно на высокий бета-ритм в затылочных отведениях, отсутствие или слабую выраженность альфа-ритма.

С целью контроля за функциональными изменениями в работе головного мозга пред началом и после проведения коррекционных занятий проводилось обследование энергообмена головного мозга с применением «Нейроэнергокартирования» (НЭК).

На основе результатов нейровизуализации, включающей анализ результатов ЭЭГ и нейрокартирования, составлялся соответствующий протокол коррекционных занятий с применением аппаратного комплекса ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit.

Коррекционную работу с применением аппаратного комплекса ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit осуществлял педагог-психолог, специалист в области нейроакустической коррекции. Нейрокартирование проводилось врачом-неврологом. Комплексную психолого-педагогическую диагностику проводила команда специалистов: учитель-логопед, учитель-дефектолог, педагог-психолог, медицинский психолог.

В качестве методов индивидуализации воздействия применялись:

1. Методика ЭЭГ-БОС-тренинга по альфа-ритму (релаксация).

Альфа-ритм – это отвечающие за волновые колебания ритм ЭЭГ с частотой волны 7–13 Гц, чаще группируется в модуляции («веретена») длительностью 0,2 секунды, с плавным нарастанием амплитуды и ее угасанием – вид «веретена».

Альфа-ритм биоэлектрической активности мозга является отражением релаксации в состоянии осознанного бодрствования, в отличие от состояния сна. Это состояние является очень важным для мозга, так как мозг в этот момент переходит в особый режим функционирования, когда в нем наиболее оптимально организованы все энергетические процессы, а также режим отдыха и запоминания полученной информации. В этом состоянии психика также больше подвержена прямому внушению, особенно, саногенных (оздоравливающих) и седативных (успокаивающих) установок. Пребывание в подобном состоянии запрограммировано самой природой (мы постоянно пребываем в нем при нормальном засыпании и во время пассивного отдыха, созерцания природы, прослушивания спокойной музыки), что позволяет мозгу наиболее оптимально восстановить потраченные силы и энергетику.

У ребенка с нарушением саморегуляции данный физиологический механизм нарушается и человек утрачивает способность к быстрому расслаблению, что, в свою очередь, еще больше усиливает психоэмоциональное напряжение и различные психовегетативные расстройства [2].

2. Методика ЭЭГ-БОС-тренинга по бета-ритму (активация).

Бета-ритм – ритм корковой активации, с частотой волн от 14 до 25–30 Гц, низкой амплитуды до 40 мкВ наиболее выражен в лобных и височных отведениях при активном бодрствовании. В случаях крайнего утомления, дезадаптации, дистресса, и, особенно, при микроорганическом поражении мозга типа «минимальной мозговой дисфункции» у детей с нарушением эмоциональной и поведенческой регуляции формируется дизритмический вид ЭЭГ без хорошо сформированного альфа- и бетаритмов. У таких детей на ЭЭГ часто отмечается большое количество «медленных» волн единичных, нерегулярных, диффузных, невысокой («непатологической») амплитуды до 120 мкВ. Эти дети часто отличаются дефицитом внимания, эмоциональной и поведенческой лабильностью, возбудимостью, гиперактивностью. При этом они могут и не иметь выраженных интеллектуальных отклонений [2].

В состоянии повышения бета-ритма наш мозг тренируется переносить нагрузки и выполнять задания, требующий концентрации внимания и сосредоточенности. Пребывание в подобном состоянии способствует созреванию тонких когнитивных способностей мозга у детей с дисгармоничным развитием.

Перед проведением коррекционных сеансов с применением аппаратного комплекса ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit у детей отмечались тяжелые и умеренные нарушения функционирования по следующим показателям: b130 «Волевые и побудительные функции», b1470 «Психомоторный контроль», b1263 «Психическая устойчивость» (рис. 1).

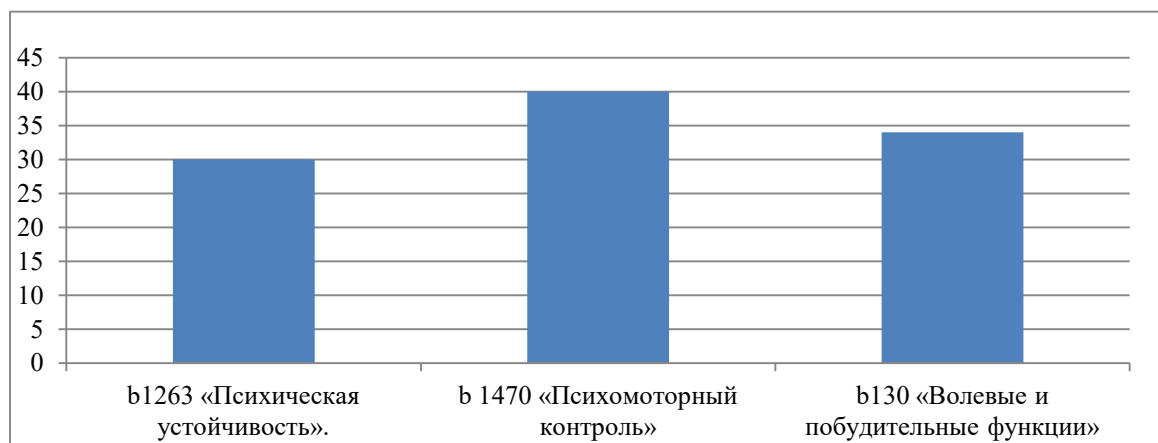


Рисунок 1 – Результаты диагностики до коррекционных занятий

По окончании коррекционных занятий результаты диагностики показали у большинства детей улучшение по показателям b130 «Волевые и побудительные функции», b1470 «Психомоторный контроль», b1263 «Психическая устойчивость» (рис. 2).

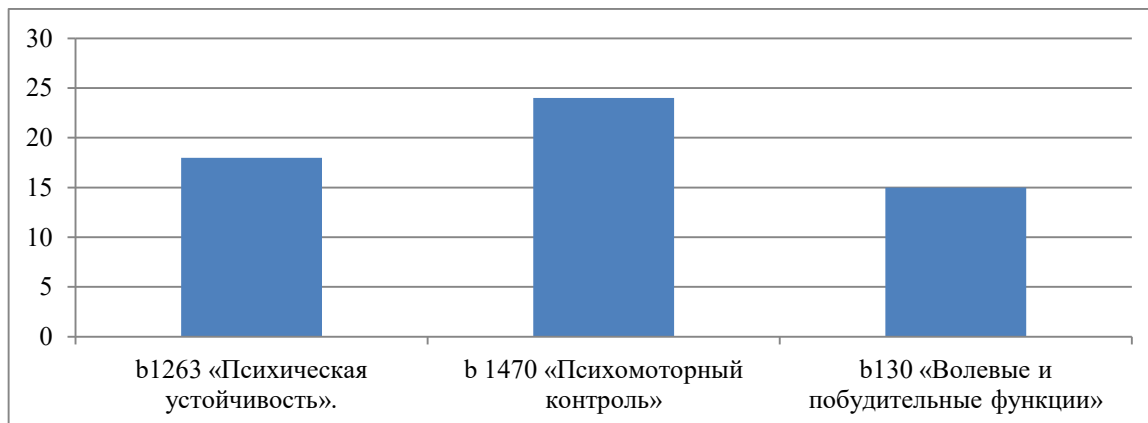


Рисунок 2 – Результаты диагностики после коррекционных занятий

Результаты нейрокартирования перед проведением коррекционных сеансов с применением аппаратного комплекса ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit позволили разделить детей на две группы:

1. В первой группе детей с нарушениями эмоциональной и поведенческой регуляции отмечался ацидоз. Показатели лобной области (Fz) и центральной области (Cz) умеренно повышены, затылочная область Oz умеренно понижена, левая височная область (Td) понижена, правая височная доля (Ts) в пределах нормы. Данная группа составила 51 % детей от общей выборки.

2. Во второй группе детей отмечался алкалоз. Показатели лобной области (Fz) и центральной области (Cz) значительно понижены, затылочной области

(Oz) и левой височной области (Td) повышены, правой височной доли (Ts) в пределах нормы. Данная группа составила 49 % детей от общей выборки.

После проведенных сеансов с применением аппаратного комплекса ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit было осуществлено повторное нейрокартирование, которое показало значимые изменения и в первой, и второй группе детей.

1. В первой группе детей с нарушениями эмоциональной и поведенческой регуляции показатели нормализовались и пришли к функциональной норме. У 88 % детей показатели лобной области (Fz) в пределах нормы, центральной области (Cz) умеренно повышены, затылочной области (Oz), левой височной (Td), правой височной (Ts) областей также в пределах нормы.

У 10 % детей показатели лобной области (Fz), центральной области (Cz), затылочной области (Oz) и правой височной области (Ts) в пределах нормы, левой височной области (Td) умеренно понижены.

У 2 % показатели лобной области (Fz), центральной области (Cz), затылочной области (Oz) и левой височной области (Td) в пределах нормы, правой височной области (Ts) умеренно повышены.

2. Во второй группе детей так же произошли изменения. У 75 % детей показатели лобной области (Fz), затылочной области (Oz), левой височной (Td) и правой височной областей (Ts) в пределах нормы, показатели центральной области (Cz) повышены.

У 25 % детей показатели лобной области (Fz) понижены, центральной области (Cz) повышены, затылочной области (Oz), левой височной (Td) и правой височной (Ts) областей в пределах нормы.

Таким образом, проведенный анализ результатов нейрокартирования и итоговой психолого-педагогической диагностики позволяет сделать вывод об эффективности коррекционных воздействий с применением ЭЭГ-БОС BrainBit NeuroFit. У большинства детей, участвующих в проекте в результате проведенных мероприятий нормализовался кислотно-щелочной баланс головного мозга в сторону функциональной нормы.

Список литературы:

1. Богданов, О. В. Эффективность различных форм сигналов обратной связи в ходе лечебных сеансов функционального биоуправления / О. В. Богданов, Д. Ю. Пинчук, Е. Л. Михайленок // Физиология человека. – 1990. – Т. 16, № 1. – С. 13–18.

2. Джебраилова, Т. Д. Восприятие и воспроизведение временных интервалов у лиц с разными характеристиками альфа- и бета-ритмов // Физиология человека. – 1995. – Т. 21, № 4. – С. 86–91.

3. Расстройства аутистического спектра (обзор) / А. И. Федотчев, В. В. Дворянинова, С. Д. Великова, А. А. Земляная // Современные технологии в медицине. – 2019. – Т. 11, № 1. – С. 31–39.

4. Симашкова, Н. В., Макушкин, Е. В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение. Клинические рекомендации (протокол лечения). – М.: ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. – 50 с.

О РЕАБИЛИТАЦИИ В ГБУСО «СТАВРОПОЛЬСКИЙ РЦ»

Прядко Н. А.

*заместитель директора,
ГБУСО «Ставропольский РЦ»,
Ставрополь*

Аннотация. В статье представлена деятельность ГБУСО «Ставропольский РЦ», рассмотрены основные направления работы. Представлены новые и эффективные методы работы, используемые в реабилитационном процессе: билотерапия, кинезиотейпирование, биоакустическая коррекция, сенсорная интеграция, гарденотерапия.

Ключевые слова: реабилитационный центр, дети-инвалиды, социальные услуги

Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Ставропольский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья» обеспечивает оказание комплексной социальной реабилитационной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в возрасте от 0 до 18 лет с целью их интеграции в общество, улучшения качества жизни и оказания им квалифицированных социально-медицинских, социально-психологических и социально-педагогических услуг. Ежегодно растет количество детей и подростков, обслуживаемых Центром: за 2021 г. – реабилитацию прошли 439 детей-инвалидов, оказано – 85688 услуг. За первое полугодие 2022 года реабилитацию получили 218 детей с ОВЗ, предоставлено 45213 услуг.

Учреждение оказывает: социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-правовые, социально-педагогические, услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов.

В учреждении оборудованы и функционируют зал ЛФК, музыкальный зал, темная и светлая сенсорные комнаты, кабинеты психолога, логопеда, дефектолога, физиотерапевтический кабинет, кабинет массажа, кабинет механотерапии, билотерапии, комната социально-бытовой адаптации, проводятся занятия по системе Салинг, в тренажере Гросса, роликотерапия, различные культурно-досуговые мероприятия.

В процессе реабилитации используются такие инновационные технологии как вертикализация, корригирующие уклады, кинезотерапия с использованием комбинезоны «Фаэтон», «Атлант» и костюмы «Адели», тренажер мотомед, БОС-тренинг (кардио-пульмонологический и опорно-двигательный),

БОС с БАК, метод Войта-терапии, система Салинг для детей с тяжелыми поражениями опорно-двигательного аппарата, термокровать, массажер-стимулятор Нуга-Бест, ЭПС «Радуга», виброплатформа и др.

Учреждение постоянно реализовывает мероприятия программ Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, «Право быть равным», в рамках которой создана мобильная служба, приобретено инновационное реабилитационное оборудование: вертикализаторы, БОС с БАК, комплекс компьютерно-игровых тренажеров (КИТ), оборудование для социально-бытовой адаптации. В рамках реализации мероприятий программы «Комплекс мер Ставропольского края по поддержке семей с детьми-инвалидами» активно реализуется новое направление «Билотерапия».

Новыми и эффективными технологиями, используемыми в реабилитации детей с ОВЗ являются:

- **билотерапия** (автор метода А.Н. Дорошкевич) – это безмедикаментозный метод позволяет корректировать отклонения в состоянии здоровья путем воздействия звуков и вибраций, исходящих от бил (плоских колоколов), настроенных на биоэффективные частоты. Применяя этот метод в реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, специалисты отмечают, что двигательно расторможенные дети, в том числе дети с расстройством аутистического спектра, успокаиваются, расслабляются, прислушиваются к звукам, исходящим от бил. Занятия билотерапией облегчают установление эмоционального и тактильного контакта с детьми с расстройством аутистического спектра [1];

- **метод кинезиологического тейпирования** обеспечивает адекватную работу мышц, уменьшает болевой эффект, при этом не ограничивает движений, улучшает крово- и лимфоток, обладает гипоаллергенными свойствами и полной воздухо- и влагопроницаемостью. Тейпы могут использоваться на протяжении 5 дней, 24 часа в сутки, даже в воде. Данный метод не мешает совмещать сразу несколько вариантов восстановительного лечения (ЛФК, массаж, физиолечение). Тейпирование обеспечивает максимально возможный результат в кратчайшие сроки с минимальным дискомфортом. Кинезиотейпирование не имеет возрастных ограничений;

- **сенсорная интеграция** включает разработанный в индивидуальном для каждого ребенка порядке комплекс упражнений, направленных на формирование адаптивного ответа, развитие основных видов восприятия, формирование самоконтроля на всех уровнях. На занятиях используются батуты, тоннели, тактильные мешочки и дорожки; сенсорные коробки – контейнеры с различными наполнителями (песком, крупами, травой, камешками, нитками и т.д.); материалы для лепки и моделирования; оборудование для формирования вестибулярных ощущений;

- **метод биологической обратной связи – биоакустическая коррекция (БАК)**. Современный метод лечения, направленный на коррекцию психоэмоционального состояния человека, снятие слабости и повышенной

утомляемости, восстановление сна, улучшение памяти и внимания, снятие головной боли, нормализация психофизиологических показателей. В процессе сеанса ребенок в течение 10–20 минут прослушивает музыкальный фрагмент. Поступающие звуковые сигналы постепенно активизируют механизмы обратной связи, в результате ребенок непроизвольно корректирует электрическую активность головного мозга, что приводит к гармонизации звуковой картины, и выражается в лечебных эффектах;

- **рисование с использованием графических программ** вызывает большой интерес у детей с ОВЗ. Данный вид деятельности способствует не только формированию практических навыков работы за компьютером, но и проявлению творческих способностей детей. При использовании графического редактора у детей развиваются: воображение, мышление, интерес к работе, цветовосприятие, выстраиваются зрительные образы при проектировании какого-либо рисунка, развивается зрительно-двигательная координация;

- **гарденотерапия** – это направление психосоциальной реабилитации при помощи приобщения к работе с растениями. Гарденотерапия применяется в работе с детьми с различными видами нарушений в возрасте от 5 до 18 лет. Она дает множество позитивных эмоций, необходимых ребенку с тяжелыми нарушениями здоровья. Ухаживая за цветами, дети преодолевают замкнутость, неуверенность в себе и просто радуются жизни.

Активно ведется методическая работа, разработано более 30 авторских программ. Изданы методические пособия и сборники «Особый ребенок (учимся самостоятельности вместе)», «Деятельность с участием собаки в реабилитационном процессе», «Чтобы детство было здоровым (ранее вмешательство)», «Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях учреждений социального обслуживания» и др.

На базе Центра ежегодно работает летний оздоровительный лагерь с дневным пребыванием «Надежда», основными направлениями которого являются оздоровление и отдых детей, обучение новым формам и навыкам социального взаимодействия, способствующим личностному росту, коррекция психоэмоциональной сферы, а также деятельность по организации досуга детей и подростков с ОВЗ, расширение их социальных контактов.

ГБУСО «Ставропольский РЦ» пользуется большой популярностью среди детей с ОВЗ (законных представителей), находящихся на реабилитации, что подтверждается большим количеством положительных отзывов.

Список литературы:

1. Дорошкевич, А. Н. Билотерапия. Преображение звуками поющей бронзы. – М., 2012. – 56 с.

ВЛИЯНИЕ ЭЭГ-БОС ТРЕНИНГА НА ЭМОЦИОНАЛЬНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ ДЕТЕЙ С РАС

Рахманина И. Н.

*доцент кафедры прикладной психологии,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Тарасова А. С.

*студентка 4 курса факультета психологии, обучающаяся
по направлению подготовки бакалавров «Психология»,
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет
имени В.Н. Татищева»,
Астрахань*

Аннотация. В статье рассматриваются способы повышения уровня эмоциональной регуляции у детей с расстройством аутистического спектра (РАС) через организацию коркового ритма посредством БОС-ЭЭГ. Рассматривается пример использования нейроэнергокартирования в качестве дополнительного метода, позволяющего более точно подбирать терапию с учетом индивидуальных особенностей функционирования головного мозга. Делаются выводы о сочетании вышеуказанных методов в коррекции детей с РАС.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, эмоциональная регуляция, ЭЭГ-БОС, НБУ, нейроэнергокартирование

Актуальной проблемой в настоящее время является успешная интеграция людей с расстройством аутистического спектра (РАС) в общество. Расстройства аутистического спектра представляют собой дисонтогенетические нарушения, в основе которых лежат нарушения саморегуляторных и коммуникативных систем [4].

В связи с чем, в работе с детьми с аутизмом преследуется цель научения возможно большему числу способов адекватного взаимодействия с окружающим миром.

Особенные трудности люди с аутизмом испытывают при регуляции эмоций. Они чаще, чем их сверстники, демонстрируют плохо дифференцированные эмоциональные реакции, в меньшей степени проявляют позитивный аффект и в большей степени – уплощенный или негативный аффект, а также имеют проблемы с осознанием собственных эмоций и эмоциональных переживаний [1].

Регуляцию эмоций рассматривают как составляющую процессов самоконтроля, неразрывно связанную с другими его компонентами – когнитивным и волевым.

Было продемонстрировано, что у детей с РАС выраженность эмоциональной дисрегуляции коррелирует с тяжестью аутизма и с его ключевыми проявлениями, поэтому развитие подходов к коррекции и развитию навыков эмоциональной регуляции относится к приоритетным задачам помощи детям и взрослым с РАС.

К особенностям эмоциональной регуляции поведения детей с РАС относятся трудности социальной адаптации, выражающиеся в неумении ребенка устанавливать адекватно зрительный контакт с окружающими, мимических выражениях, жестикологии, нарушении реакции на окружающих людей, неспособности установить взаимодействие с другими детьми, отсутствия общих интересов со сверстниками.

Таким детям присущи разнообразные страхи, неадекватность поведения, негативизм, агрессивность, уход от общения даже с близкими людьми, отсутствие интереса и понимания окружающего мира. Наблюдается выраженная эмоциональная незрелость ребенка, отсутствие адекватного эмоционального реагирования [3].

Одним из методов терапии РАС, завоевывающим всё большее признание, является биоуправление активностью головного мозга с помощью обратной связи. В англоязычной литературе для обозначения этого метода используют термин *neurofeedback* – нейробиоуправление (НБУ).

НБУ – это компьютеризированный метод, основанный на регистрации показателей активности структур головного мозга с предоставлением обследуемому возможности наблюдать эту активность в режиме реального времени и самому влиять на нее путём процедуры обратной связи [2].

Многочисленные исследования подтверждают принципиальную возможность самоуправления биоэлектрической активностью корковых нейронов и влияние такой модуляции на функциональные способности человека.

Так, исследователи отмечают, что изучение проблемы нарушения биоэлектрической активности мозга у детей с РАС является одним из приоритетов медицинских и психологических исследований в последние годы [6].

Преимущество БОС-метода состоит в том, что он неспецифичен в отношении диагноза, то есть позволяет работать не с отдельными заболеваниями, а с основными типами дисфункций регуляторных систем организма в том числе, нервной: центральной, периферической, вегетативной.

Методики саморегуляции и аутореабилитации на основе БОС направлены на активизацию внутренних резервов организма с целью восстановления или совершенствования определенных навыков. Положительной стороной технологии БОС являются также немедикаментозность и отсутствие инвазивности, что способствует их широкому применению.

Исследования показывают, что использование технологии БОС способствует коррекции и восстановлению не только нарушенных функций определенных анатомо-физиологических систем, но и развитию интеллектуальных процессов, эмоционально-волевой и мотивационной сферы жизни. Технологии БОС у детей с ограниченными возможностями (ОВЗ) стимулируют развитие способности к самоконтролю и формированию определенной автономности, повышение навыков коммуникативного характера и, в целом, расширение социальной активности.

Ещё одним важным моментом является построение персонализированной программы психокоррекционных мероприятий для каждого ребенка с РАС. Одним из методов, который может помочь в решении этой проблемы, является нейроэнергокартирование (НЭК). В основе этого метода лежит регистрация и оценка уровня постоянных потенциалов (УПП), характеризующих кислотно-основное состояние на границе гематоэнцефалического барьера. Данная методика оценивает утилизацию глюкозы мозгом, на основании чего мы можем судить о его энергетической активности. Было показано, что метод НЭК способен выявлять функциональные нарушения различных зон мозга при когнитивных расстройствах, что позволяет подбирать когнитивную нагрузку для конкретного пациента [5].

Таким образом, развитие навыков эмоциональной регуляции у детей с РАС является приоритетной задачей. Сочетание известных методов: нейроэнергокартирования и ЭЭГ-БОС должны привести к персонализированному подбору режимов воздействия и, как следствие, улучшению показателя уровня эмоциональной регуляции у детей с РАС. Данные НЭК в данном случае помогут более точно подбирать терапию с учетом индивидуальных особенностей функционирования головного мозга, а значит, всё это будет способствовать более эффективной коррекции.

Список литературы:

1. Биннс, А. Применение модели саморегуляции и коммуникации для коррекции аутизма // Аутизм и нарушения развития. – 2019. – Т. 17, № 2. – С. 34–45.
2. Белова, А. Н., Баландина, О. В., Дворянинова, В. В., Мишанов, Г. А. Возможности нейробиоуправления при лечении больных с расстройствами аутистического спектра // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 6.
3. Воробьева, Е. А. Развитие эмоционально-волевой сферы у младших школьников с расстройствами аутистического спектра (РАС) с использованием ансамблевого пения / Е. А. Воробьева, Ю. П. Зайкова // Экология детства особого ребёнка: материалы Международного XVI традиционного эвристического проекта День дефектологии в рамках дней науки ФГБОУ

ВО «НГПУ», Новосибирск, 26 апреля 2019 года. – Новосибирск: Новосибирский государственный педагогический университет, 2019. – С. 7.

4. Дорошева, Е. А. Онтогенез регуляции эмоций при нормотипическом развитии и дисонтогенетических нарушениях (на примере расстройств аутистического спектра) // *Reflexio*. – 2020. – Т. 13, № 1. – С. 105–127.

5. Прадхан, П. Воронцова, В. С., Шуненков, Д. А. Анализ применения оценки функционального состояния головного мозга методом нейроэнергокартирования как способа оптимизации психокоррекционных вмешательств // *Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека: VII Всероссийская научная конференция студентов и молодых ученых с международным участием, Иваново, 06 апреля 2021 года*. – Иваново: Ивановская государственная медицинская академия, 2021. – С. 193–195.

6. Рахманина, И. Н., Овсянникова, Т. Ю., Калмыкова, Н. Ю. Опыт применения биоакустической коррекции при реабилитации детей с расстройством аутистического спектра // *Эффективные технологии и практики оказания ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья: материалы Международной научно-практической конференции, Астрахань, 12–13 сентября 2019 года* – Астрахань: Издательский дом «Астраханский университет», 2019. – С. 82–86.

**РЕСУРС СЕМЬИ КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ
КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ СЕМЬЯМ,
ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ
ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ**

Резенкова М. Н.

директор

Языкова О. М.

*заведующая отделением сопровождения семей с детьми-инвалидами,
детьми с ограниченными возможностями здоровья
(«Социальная служба «Микрореабилитационный центр»)*

Литке И. В.

*психолог отделения сопровождения семей с детьми-инвалидами,
детьми с ограниченными возможностями здоровья
(«Социальная служба «Микрореабилитационный центр»),
Областное государственное бюджетное учреждение
социального обслуживания «Комплексный центр
социального обслуживания населения Заларинского района»,
Иркутская область*

Аннотация. В данной статье говорится о том, что дети-инвалиды, дети с ограниченными возможностями ребенка – это люди с особыми нуждами, которые имеют равные с обычными людьми потребности, мечты и желания. Например, провести жизнь с максимально доступным для себя комфортом и реализация проекта «Мы вместе» направлена на создание таких условий, условий комплексной реабилитации с возможностью приблизить таких детей к своей мечте, к своим желаниям, к своим потребностям. Чтобы родители, которые воспитывают таких детей, понимали, что они не одни, что придут специалисты и им помогут и не оставят их наедине со своими проблемами. Также в данной статье подробно рассказываем о совместной работе специалистов и соисполнителей проекта для улучшения жизненного тонуса таких ребятшек.

Ключевые слова: дети-инвалиды, дети с ограниченными возможностями здоровья, комплексная реабилитация и абилитация, соисполнители, инновационные технологии, формы и методы работы

Проблема инвалидности насчитывает многовековую историю. Очень долго данная проблема считалась в основном медицинской, и ее решение являлось прерогативой врачей. Однако, с развитием общества и ряда наук, в том числе прикладных, проблема инвалидности все более становилась проблемой общественной. Особенно эта проблема касается детей-инвалидов, так как таких детей с каждым годом становится всё больше [1].

Дети с ограниченными возможностями здоровья лишаются детства, лишаются общения со сверстниками и другими здоровыми детьми,

отделяются от обычных детских дел, игр, забот и интересов. Таким детям необходима помощь и понимание не только родителей, но и общества в целом. Каждый ребенок имеет право на здоровое развитие, полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества, поэтому было принято решение о создании проекта «Мы вместе», получившего грант от Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Основная цель проекта – повышение доступности и обеспечение детям-инвалидам, детям с ограниченными возможностями здоровья непрерывности реабилитационного и абилитационного процесса, посредством создания социальной службы «Микроореабилитационный центр».

В рамках данного проекта создана социальная служба «Микроореабилитационный центр» из числа специалистов учреждения, а именно: психолог, специалист по комплексной реабилитации инвалидов, культурный организатор. В проект привлечены соисполнители, такие как: МБУК «Заларинская централизованная библиотечная система» (помещения библиотеки используются для проведения культурно-досуговых мероприятий) и МБМУК «Информационно-культурный центр «Современник». Сотрудники данного учреждения привлекаются для проведения культурно-досуговых мероприятий, детям предоставляются билеты на театральные представления. Также сотрудничая с Заларинской районной организацией Иркутской областной организации Всероссийского общества инвалидов, предоставляются спортзал, тренажерный зал, в которых проводятся фитнес тренировки и игровые виды спорта – теннис. МБУК «Заларинский районный краеведческий музей» предоставляет бесплатные билеты для детей на экскурсии.

Организуя совместную работу с соисполнителями, дети, состоящие на обслуживании в учреждении, посетили выездной цирк, посмотрели театральную сказку: «Кот в сапогах», посетили выставку «С ремеслом весь мир пройдешь», а также выставку археологических находок «По следам мамонтов...» (рис. 1).



Рисунок 1. Дети на представлении выездного цирка в МБУК «Современник»

В спортивных залах дома культуры дети принимали участие в спортивных играх, таких как: новус (морской бильярд), шаффлборд, бильярд, конхол, дарс, стрельба из лука (рис. 2).



Рисунок 2. Стрельба из лука

Данные совместные мероприятия способствует реализации права на здоровое развитие, на достойную жизнь в условиях, которые облегчают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества.

Проект «Мы вместе» реализуется с апреля 2021 года. За данный период времени реабилитацию прошли 42 ребенка с инвалидностью, из них 15 детей с тяжелыми множественными нарушениями. Для проведения более полной комплексной реабилитации специалисты здравоохранения ОГБУЗ «Заларинская РБ», входящие в междисциплинарную бригаду, выезжают совместно со специалистами учреждения в семьи детей-инвалидов, проживающих в р.п. Залари, а также в отдаленных территориях Заларинского района.

При осуществлении совместного выезда с законными представителями медицинский работник проводит консультацию о приобретении медицинских препаратов, которые необходимы, проводит осмотр ребенка, дает нужные рекомендации родителям для оздоровления ребенка. Сотрудниками комплексного центра проводится консультация о реабилитационных услугах, которые семья может получить в учреждении, для ознакомления законным представителям всегда вручаются буклеты, информационно-справочный материал. Осуществляя выезд на дом к ребенку, специалисты для работы берут с собой реабилитационное оборудование, а именно: по мере необходимости используют речевую аппаратуру «Унитон», психологом используется комплект психодиагностических методик «Когитон», также используются фито-мячи, тактильные дорожки.

Деятельность службы «Микрореабилитационный центр» обеспечивает доступность и увеличение объема оказания реабилитационных услуг на дому, предоставляет возможность реализовывать непрерывный реабилитационный процесс для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, не имеющих возможность посещать реабилитационные учреждения, позволяет снизить дефицит общения ребенка, имеющего инвалидность, исключает изоляцию детей данной категории в социуме, даёт возможность самореализации в процессе позитивного социального взаимодействия и обучает навыкам социально поддерживающего и развивающего поведения.

Также специалисты оказывают реабилитационные услуги в учреждении с применением современных технологий: сказкотерапии, музыкотерапии, изо-терапии, песочной терапии, сенсорной интеграции для работы с детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья, оказывают психологическую помощь родителям, как профилактику эмоционального выгорания родителей особых детей. Особое внимание специалистами уделяется развитию мелкой моторики с использованием программы «Волшебный мир бизиборда», занятия проводятся с помощью развивающей доски.

Методы и формы, используемые в рамках службы, помогают повысить эмоциональный фон, познавательную активность, формируют основные жизненные компетенции и коммуникативные навыки детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, формируют компетентность родителей в вопросах реабилитации и абилитации детей с инвалидностью, их воспитания и ухода. Организация работы службы «Микрореабилитационный центр» позволяет поднять на новый качественный уровень систему помощи детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями здоровья на территории Заларинского района.

Также проект «Мы вместе» реализует несколько программ, одна из которых пользуется популярностью среди семей с детьми, имеющих инвалидность, – это программа «Передышка».

Главной задачей программы «Передышка» является создание благоприятных условий для краткосрочного пребывания детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья на базе учреждения и рассчитана на то, чтобы у родителей появилось время, которое они могут потратить только на себя, решить неотложные дела, просто отдохнуть.

Ведь особый ребенок требует особого внимания родителей – 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, на протяжении всей жизни и передышка многим родителям жизненно необходима.

Для многих особенных детей – это единственная возможность общения и социализации, так как многие дети с тяжелыми множественными нарушениями не посещают детские сады или школы и вынуждены жить в социальной изоляции.

В рамках программы проводятся индивидуальные и групповые занятия с детьми, направленные на привитие навыков самообслуживания,

на развитие моторики, укрепление здоровья, снятие психологического напряжения с использованием элементов сенсорной интеграции (рис. 3).

Программа позволяет изменить ситуацию в семье к лучшему, снизить психологическую напряженность в семье, повысить качество ее жизни и сохранить для ребенка семью.

За время внедрения практики 2 родителя смогли пройти собеседование и устроиться на неполный рабочий день, 1 мама прошла курсы повышения квалификации, 4 семьи за время участия в программе «Передышка» смогли устроить своих детей (младших братьев и сестер) в дошкольные учреждения.

Согласно проведенному анкетированию родителей на выявление уровня психо-эмоционального состояния, общий психологический климат в семье улучшился у 78 % опрошенных, появилось больше сил и желания заниматься с ребенком у 69 %, снизился уровень депрессивного состояния психики у 82 %.

У детей, посещающих занятия по программе «Передышка», повысился уровень мыслительных процессов (внимания, мышления, памяти) – 43 %, развились санитарно-гигиенические навыки – 51 %, повысился уровень социализации ребенка-инвалида в обществе у 63 %, приняли участие в оздоровительных мероприятиях – 48 %.

Результаты деятельности и итоги апробации программы «Передышка» доказали ее эффективность и практическую значимость.



Рисунок 3. Занятие с ребенком

Еще одна программа, которой активно пользуются семьи с детьми, имеющими инвалидность, – «Школа ухода и реабилитации», поскольку количество детей с тяжелыми и множественными нарушениями в развитии увеличивается. У этих детей страдают интеллект, речь, сенсорная сфера, общая и мелкая моторика, поведение и коммуникация. Семья, воспитывающая ребенка с тяжелыми и множественными нарушениями в развитии, сталкивается с комплексом не только разнообразных медицинских,

но и психолого-педагогических проблем, которые связаны с функционированием самой семьи, с выполнением родителями разнообразных ролей по воспитанию ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Уход за ребенком-инвалидом, в первую очередь, падает тяжелым грузом на плечи матери. Ввиду того, что ребенок с множественными нарушениями мало или совсем не двигается, у него вторично могут возникать проблемы: с дыханием, с сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной системой, атрофия мышц и так далее. Поэтому на занятиях, проводимых специалистами, уделяется время развитию и поддержанию двигательных функций ребенка.

Хочется поделиться конкретным примером девочки, которая состоит на полустационарном обслуживании. Лиза К., к сожалению, с заболеванием ТМНР, родители активно участвуют в реабилитационном процессе, обращаются за медицинской помощью.

Согласно индивидуальной программе реабилитации семья получила вертикализатор. Конечно, мы с вами понимаем, что человек от природы существо прямоходящее. Мы не ползаем, не перемещаемся, лежа, мы ходим в вертикальном положении. Все развитие человека происходит вертикально.

У детей с ДЦП, которые долго лежат, не скоординирован зрительный анализатор, а вестибулярный аппарат не развивается совсем. Его развитие возможно только в вертикальном положении, как и костно-мышечной системы. Ведь даже когда мы просто идем, то должны держать голову, спину, равновесие, и для этого работают почти все группы мышц, а их у нас порядка 600. У людей, постоянно находящихся в положении сидя или лежа, замедляются некоторые процессы. Это может привести к неприятным последствиям, к примеру, почечной, лёгочной недостаточности, остеопорозу или понижению кровяного давления. Кроме того, у таких больных замедляется кровообращение и возникают пролежни.

И вот семья получает новый, необычный аппарат (рис. 4).



Рисунок 4. Вертикализатор

К сожалению, у родителей нет возможности пройти какие-либо ознакомительные курсы, и теоретическую информацию они ищут из сети Интернет. И как важно, именно на таком этапе оказать семье практическую помощь. В рамках «Школы ухода и реабилитации» родители на занятиях вместе со специалистом собирают вертикализатор, знакомятся с его особенностями, параллельно узнают о терапевтическом воздействии этого технического средства на реабилитацию ребенка, а это:

- осуществление осевой нагрузки на скелет;
- развитие тазобедренных суставов;
- снижение риска вывиха тазобедренных суставов;
- снижение риска контрактур;
- увеличение диапазона движений в суставах;
- уменьшение спастичности.

Одним словом, это очень важная ступень реабилитации детей с особенностями.

Но, кроме этого, у родителей снижается психологический стресс от использования вертикализатора. Мы вместе на первых занятиях ставим ребенка, смотрим за его реакцией, уменьшаем или увеличиваем время использования, мама сама принимает активное участие в процессе, чувствует состояние дочери.

При поступлении Лиза не держала голову, не переворачивалась, двигала только правой ножкой, самостоятельно не ходила в туалет (только с помощью вспомогательных средств, клизмы, слабительные), лежа на животе была пассивна, на каждое прикосновение к телу вздрагивала.

С момента поступления ребенка на обслуживание в учреждение, было проведено 47 занятий, включая занятия на вертикализаторе. В результате на сегодняшний день: Лиза держит голову, активно двигает ручками, ножками. При поднятии ее в вертикальное положение старается упираться на стопы. В положении лежа на животе, приподнимает голову и плечи, упираясь на ручки. Пытается ползти. Время фиксации на вертикализаторе увеличилось от 5 мин до получаса, разведение ног от 5 до 20 см.

В результате проделанной работы с ребенком и родителями видны результаты.

Со слов мамы ребенка: «Для кого-то, кажется, что результаты незначительны, но для меня даже малейшая динамика имеет огромное значение».

Список литературы:

1. Низова, Л. М., Пирогова, М. В. Проблема детской инвалидности и реабилитация детей-инвалидов на примере Республики Марий Эл // Гуманитарные научные исследования. – 2013. – № 10. – URL: <https://human.snauka.ru/2013/10/3899> (дата обращения: 12.08.2022).

**ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ДИСТАНЦИОННЫМИ
ТЕХНОЛОГИЯМИ И ИХ ВОСТРЕБОВАННОСТИ СО СТОРОНЫ
РОДИТЕЛЕЙ, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОЕКТЕ
«ДОМАШНИЙ МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»
НА БАЗЕ МБУ СО СРЦ «ЗДОРОВЬЕ»**

Сапожникова Н. В.

директор

*МБУ СО «Социально-реабилитационный центр для детей и подростков
с ограниченными возможностями «Здоровье»,*

Челябинск

Щелокова Е. Г.

доцент кафедры прикладной психологии

*ФГБОУ ВО «Петербургский государственный университет
путей сообщения Императора Александра I»,*

Санкт-Петербург;

тренер-эксперт проекта при МБУ СО СРЦ «Здоровье»,

Челябинск

Аннотация. В данной статье рассмотрена проблема применения дистанционных технологий в процессе социальной реабилитации семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Раскрываются особенности применения дистанционных технологий при реализации проекта «Домашний микрореабилитационный центр» на базе СРЦ «Здоровье». Дается оценка удовлетворенности дистанционными технологиями и их востребованности со стороны родителей – участников проекта. Описываются типы позиций родителей применительно к использованию дистанционных технологий в социально-реабилитационном процессе.

Ключевые слова: домашний микрореабилитационный центр, дистанционные технологии, социальная реабилитация, ограниченные возможности здоровья, семья, удовлетворенность

«Домашний микрореабилитационный центр» в настоящее время выступает одной из наиболее востребованных и реализуемых в различных субъектах РФ практик оказания социальных услуг семьям с детьми с инвалидностью, нуждающимися в постоянном уходе [5]. Востребованность и перспективность этой практики вызвана тем, что она позволяет обеспечить непрерывность процесса реабилитации и абилитации детей с ОВЗ, задействовать имеющиеся или актуализировать новые ресурсы семьи.

Родителей, имеющих детей с ОВЗ и инвалидностью, мы рассматриваем как значимых участников процесса реабилитации детей с проблемами

в развитии [1]. Дистанционные технологии, внедряемые в социально-реабилитационный процесс, позволяют более активно задействовать ресурсы семьи и предоставляют широкие возможности для создания коммуникации между всеми участниками проекта: между специалистом и семьей, между семьями, между детьми, между родителями, между специалистами.

Исследователи отмечают как позитивные (повышение доступности помощи; оптимизация ресурсов; возрастание активности получателей услуги), так и негативные (неготовность или невозможность получать помощь в дистанционном формате, трудность контроля клиента, его состояний, проблемы информационной безопасности и конфиденциальности, технические сложности) эффекты внедрения дистанционных форм работы в практику социальной работы с семьями [3, 4]. Тем не менее, проблема организации процесса социальной реабилитации с применением дистанционных технологий приобретает все большую актуальность.

На базе Челябинского социально-реабилитационного центра «Здоровье» (СРЦ «Здоровье») был организован проект «Домашний микрореабилитационный центр» [6]. Участие в проекте предусматривает проведение мероприятий (занятий, встреч, тренингов, мастер-классов) как в очном (на дому и на базе СРЦ), так и в дистанционном формате [1]. К мероприятиям, проводимым в очном формате, относятся: организация пункта проката (оснащение средствами реабилитации семей для создания условий проведения реабилитации в домашних условиях детей инвалидов), выездные занятия специалистов (психолога, дефектолога, тренера – эксперта по реабилитационной работе) на дому, тренинги и мастер-классы для родителей и др. Для организации мероприятий, проводимых в дистанционном формате, созданы и подготовлены 4 онлайн площадки: новый электронный ресурс на сайте учреждения «Виртуальный реабилитационный центр» (ВРЦ) [2] (с целью обеспечения процесса социальной реабилитации на дому), группа проекта «Шаг вперед» в социальной сети «VK» (с целью размещения нормативных документов и информационных материалов для родителей), группа «Школа для родителей» в социальной сети «VK» (с целью повышения компетенций родителей в вопросах реабилитации детей в домашних условиях, а также их мотивации), общий чат для родителей, руководителей и специалистов проекта в «Viber» (с целью обмена текущей информацией по проекту).

Перечисленные дистанционные площадки обеспечивают проведение следующих мероприятий: онлайн-занятия со специалистами, онлайн-тренинги и мастер-классы для родителей, занятия от специалистов в записи, информирование посредством публикаций в социальной сети и в общем чате, онлайн-консультации специалистов (тренера – эксперта по реабилитационной работе, психолога, дефектолога).

В данной публикации хотелось бы осветить вопрос применения дистанционных образовательных технологий при реализации проекта «Домашний микрореабилитационный центр» на базе СРЦ «Здоровье» г. Челябинска. Цель исследования заключается в определении результатов

удовлетворенности дистанционными технологиями и их востребованности со стороны родителей, участвующих в проекте «Домашний микрореабилитационный центр». Объектом исследования выступают родители – участники проекта «Домашний микрореабилитационный центр», а предметом – востребованность дистанционных технологий и удовлетворенность ими со стороны родителей – участников проекта.

Мы предположили, что большинство родителей-участников проекта «Домашний микрореабилитационный центр» проявляют интерес по отношению к дистанционным технологиям, активно используют их и удовлетворены ими.

В исследовании использовались объективные и научные методы наблюдения, беседы, опросные методы. Данные методы позволили определить степень заинтересованности, востребованности и удовлетворенности применительно к дистанционным технологиям, используемым в социально-реабилитационном процессе, а также раскрыть отношение родителей к применению дистанционных технологий в ходе реализации проекта.

Участниками исследования стали 20 семей, принимавших участие в исследовании на момент подготовки публикации. Представим анализ результатов анкетирования родителей детей с ОВЗ – участников проекта «Домашний микрореабилитационный центр» на предмет выявления отношения к применению дистанционных технологий в ходе реализации проекта. Важно отметить, что сам опрос был организован посредством применения дистанционных технологий, при этом от 4-х семей не удалось собрать данные, что говорит о том, что не всем родителям подходит данная технология в силу объективных и субъективных причин: 1 человек не смог заполнить анкету онлайн, 1 человек не нашел на это время (негласный отказ), 2 человека признались, что дистанционные ресурсы их не интересуют. Это важно учитывать в дальнейшей работе проекта.

На вопросы анкеты «Какой дистанционный ресурс Вы используете наиболее активно?» и «Насколько Вы удовлетворены данными дистанционными технологиями?» (по 5-балльной шкале, где 1 – не удовлетворен(а); 2 – недостаточно удовлетворен(а); 3 – верно нечто среднее; 4 – в целом удовлетворен(а); 5 – удовлетворен(а)) были получены ответы, представленные в таблице.

Таблица

**Оценка востребованности и удовлетворенности
дистанционными ресурсами участниками проекта**

Дистанционный ресурс	Востребованность (в процентах)	Удовлетворенность (в баллах)
«Виртуальный реабилитационный центр»	25	4,25
Группа проекта «Шаг вперед» в социальной сети	62,5	4,25
Группа «Школа для родителей» в социальной сети	62,5	4,25
Общий чат в «Viber»	75	4,68

По данным, представленным в таблице, видно, что наибольшая удовлетворенность встречается при использовании общего чата в «Viber», где родители могут оперативно получать текущую информацию о проекте. Использование же других ресурсов (группы в контакте, онлайн-ресурсы) требует большей включенности от родителей, их самоорганизации, что, в сочетании с высоким эмоциональным выгоранием родителей, вероятно, несколько снижает степень удовлетворенности при их использовании. Особенно это заметно при сравнении оценок востребованности и удовлетворенности таким дистанционным ресурсом, как ВРЦ: родители достаточно высоко оценивают возможности ресурса, но сравнительно мало его используют. В качестве предложений по оптимизации в применении дистанционных технологий мы полагаем более активную работу по составлению индивидуального маршрута при использовании онлайн-площадок для семей при использовании данных ресурсов, подключение автоматизированного сервиса рассылок, ведение дневников достижений и т.д. Также важно отметить, что отвечая на вопрос «Какие дистанционные технологии наиболее востребованы Вами?» 6,3 % чел. отметили, что ничего из предложенного списка они не применяют и 6,3 % чел. затрудняются с ответом. На основании этого можно отметить, что для большинства родителей применение дистанционных технологий вызывает интерес, в то же время есть и родители, занимающие настороженную или отстраненную позицию по отношению к применению дистанционных технологий в реабилитационном процессе.

Можно отметить, что наиболее востребованным из трех блоков помощи выступает информационная помощь (посты в группе «VK», информирование в общем чате), затем следует обучающая помощь (занятия специалистов в записи, онлайн-тренинги) и консультирование (групповые онлайн-сессии, личные онлайн-консультации). Также можно отметить, что родителями одинаково востребованы как непосредственный формат онлайн-коммуникации (онлайн-занятия и консультации в режиме реального времени), так и опосредованный (занятия в записи). С одной стороны, это позволяет каждой семье интегрировать дистанционные мероприятия в свое расписание дня (как правило, индивидуальное для каждой семьи с ребенком с ОВЗ), с другой стороны, в меньшей степени позволяет задействовать коммуникативные ресурсы онлайн-мероприятий (возможность прямого общения с участниками проекта, дискуссии, обмен опытом). В данном ключе более перспективным представляется поиск новых способов мотивации родителей принимать участие в онлайн-мероприятиях, чем, например, полный отказ от них.

Анализ ответов родителей позволил нам обозначить типы позиций родителей применительно к дистанционным технологиям в социально-реабилитационном процессе, а также соотношение родителей по данному показателю: активный положительный (45 % родителей), пассивный положительный (нейтральный – 25 %), отстраненный (20 %) и негативный (10 %). Родители, занимающие активную положительную позицию,

используют 2 и более онлайн-площадок, достаточно высоко оценивают степень удовлетворенности дистанционными технологиями (средний балл – 4,53), чаще применяют технологии, предполагающие большую активность, участие в режиме реального времени (онлайн-консультации со специалистами, онлайн-занятия со специалистами, онлайн-тренинги). Родители, занимающие пассивную положительную позицию, также используют 2 и более онлайн-площадок и достаточно высоко оценивают степень удовлетворенности дистанционными технологиями (средний балл – 4,75), но при этом чаще применяют технологии, предполагающие меньшую активность, отсроченный формат коммуникации с командой проекта (занятия от специалистов в записи, информационный материал в группе в контакте, взаимодействие в общем чате группы). Родители, занимающие негативную позицию, используют только 1 онлайн-площадку (общий чат в «Viber», с целью информирования), низко оценивают степень удовлетворенности дистанционными технологиями (средний балл – 2,63), и отмечают, что никакие дистанционные технологии не используют. В группу родителей, занимающих отстраненную (пассивно-негативную) позицию, мы отнесли тех, кто отказался принять участие в опросе по разным причинам.

Таким образом, данные анкетирования свидетельствуют о том, что у большинства родителей (70 %) сформирован устойчивый интерес к применению дистанционных технологий в ходе реализации процесса социальной реабилитации, большинство из них использует ресурсы, которые данные технологии могут дать в процессе реабилитации ребенка с ОВЗ, хотя встречаются и родители (30 %), занимающие негативную или отстраненную позицию относительно возможностей применения дистанционных технологий в реабилитационном процессе. Применение дистанционных технологий, в первую очередь, обеспечивает потребность родителей в оказании обучающей помощи в процессе социальной реабилитации, а также открывает дополнительные возможности в оказании информационной и консультативной помощи. Использование дистанционных технологий наряду с традиционными, предполагающими прямое взаимодействие между участниками проекта – специалистами и семьей ребенка с ОВЗ – может рассматриваться как технологичное дополнение социально-реабилитационного процесса и как ресурс повышения мотивации родителей, участвующих в проекте «Домашний микрореабилитационный центр», и подобных ему. Перспективным направлением развития проекта является поиск наиболее эффективных дистанционных технологий при реализации процесса социальной реабилитации.

Список литературы:

1. Баскова, Н. А., Сапожникова, Н. В., Щелокова, Е. Г. Применение здоровьесберегающих технологий в работе с семьями, участвующими

в проекте «домашний микрореабилитационный центр» // Социальные технологии и практики вовлечения женского сообщества в заботу о своем здоровье и здоровье своих семей. сборник научно-методических материалов. – Челябинск, 2021. – С. 45–48.

2. Виртуальный реабилитационный центр. – Режим доступа: <https://rczdr74.ru/proektnaya-deyatelnost/virtualn-center>, свободный.

3. Гартфельдер, Д. В. Дистанционная психологическая помощь: обзор современных возможностей и ограничений // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2016. – Т. 12, № 2. – С. 77–96.

4. Зураева, А. М., Джелиева, З. Т. Психологическая помощь в онлайн-консультировании // Мир науки. Педагогика и психология. – 2020. – № 1. – Режим доступа: <https://mir-nauki.com/PDF/31PSMN120.pdf>, свободный.

5. Информация о лучших практиках субъектов Российской Федерации по оказанию социальных услуг семьям с детьми-инвалидами, нуждающимися в постоянном уходе, а также семьям с детьми, испытывающими трудности в социальной адаптации, в том числе силами негосударственных поставщиков за 2020 год // О направлении доклада о реализации мер по обеспечению поэтапного доступа негосударственных организаций, осуществляющих деятельность в социальной сфере, к бюджетным средствам, выделяемым на предоставление социальных услуг населению, на 2021–2024 годы, по Поручению Правительства Российской Федерации от 11 декабря 2020 г. № 11826п-П44 (пункт 26). – Режим доступа: <https://www.kamgov.ru/files /61679886cd4128.36682246.pdf>.

6. Проект «Шаг вперед». Домашний микрореабилитационный центр. – Режим доступа: <https://rczdr74.ru/proektnaya-deyatelnost/proekt-shag-vperjod>.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

Сафоничева О. Г.
Овчинникова М. А.

*кафедра спортивной медицины и медицинской реабилитации
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
Москва*

Аннотация. Статья посвящена реорганизации службы медицинской реабилитации, которая проводится в РФ с учетом международных стандартов, принципов и этапов. Эпидемия COVID-19 внесла свои коррективы и привела к активному применению цифровых дистанционных технологий для оказания помощи детям и подросткам. По Распоряжению Правительства РФ № 844-р на базе Сеченовского Университета был развернут Федеральный дистанционный штаб по борьбе с COVID-19, который проводил консультации для лечебных учреждений страны в режиме 24/7. Наиболее эффективным является гибридный формат проведения МР – сочетание очного формата работы с ребенком и применения дистанционных технологий.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, цифровые технологии

За последние годы в Российской Федерации отмечается рост числа детей-инвалидов: в 2020 году это количество достигло 688 тысяч официально зарегистрированных детей [1]. Поэтому, реабилитация и интеграция в общество детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), оказание помощи семьям, воспитывающим таких детей, является актуальной медико-социальной задачей [3]. Реорганизация службы медицинской реабилитации (МР) в РФ началась в 2012 году с учетом международных стандартов и Международной Классификации Функционирования (МКФ) [2].

На современном этапе предполагается проведение МР пациентов (взрослых и детей) в 3 этапа с учетом реабилитационного потенциала (РП) – возможности больного при определенных условиях и содействии реабилитационных и социальных служб активизировать свои биологические и социально-психологические механизмы восстановления нарушенного здоровья, трудоспособности и личностного статуса. МР осуществляется специалистами – членами мультидисциплинарной команды, включающей врача по физической и реабилитационной медицине, медицинскую сестру, эрго-терапевта, физического терапевта, клинического психолога, логопеда.

Этапы МР: I этап – в острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и/или интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания при наличии РП и противопоказаний;

II этап осуществляется в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центрах, отделениях реабилитации стационаров). Второй этап включает в себя оказание помощи по медицинской реабилитации пациентам, нуждающимся в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, перемещения и общения. На II этапе в реабилитационный процесс включается мультидисциплинарная команда в полном составе и могут принимать участие другие специалисты (физиотерапевт, рефлексотерапевт, мануальный терапевт, фитотерапевт).

В РФ у 42 % детей инвалидность устанавливается в течение первого года жизни на I–II этапах МР; основную группу риска составляют недоношенные дети, дети с родовой травмой и пороками развития.

III этап МР осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания; при хроническом течении заболевания вне обострения пациентам, при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (РП), независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, перемещения и общения. МР проводится в амбулаторно-поликлинических учреждениях, санаториях, медико-социальных центрах, а также выездными бригадами на дому. Оказание комплексной реабилитационной помощи осуществляет мультидисциплинарная бригада с привлечением профильных специалистов – дефектологов, логопедов, массажистов (по показаниям).

Принципами МР являются: ориентированность на четко поставленную цель, обоснованность, этапность, непрерывность, адекватность характеру и степени тяжести заболевания, преемственность реабилитационных мероприятий между медицинскими организациями, комплексность использования всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий, мультидисциплинарность, раннее начало реабилитационных мероприятий, индивидуализация программы реабилитации и ее социальная направленность с использованием методов контроля адекватности нагрузок. Урегулирование нормативно-правовой базы для внедрения трехэтапной модели реабилитации по системе ОМС должно было осуществиться к 2020 году, однако эпидемия COVID-19 внесла свои коррективы и привела к активному применению цифровых дистанционных технологий для оказания помощи детям и подросткам.

В апреле 2020 по Распоряжению Правительства РФ № 844-р на базе Сеченовского Университета был развернут Федеральный дистанционный штаб по борьбе с COVID-19, который проводил консультации для лечебных учреждений страны в режиме 24/7. С этой целью все четыре Университетские клиники, включая Клинику детских болезней, были перепрофилированы в Единый Университетский госпиталь, где было развернуто 2000

коек для оказания медицинской помощи пациентам (взрослым и детям) с COVID-19, проводились исследования заболевания, вырабатывались схемы лечения и создавались методические рекомендации.

Основные программы, которые были разработаны в свете пандемии коронавирусной инфекции и позволили сохранить реабилитационную поддержку детей, перенесших COVID-19 и детей с психоневрологической патологией. Новые реабилитационные технологии были направлены на оказание реабилитационной помощи в условиях стационара, организованного в домашних условиях; комплекс мероприятий затрагивал II–III этапы МР. Мультидисциплинарная команда выезжала в домашний стационар для оказания помощи ребенку, оценки РП, обучения родителей элементам физической реабилитации и затем, осуществлялся дистанционный контроль и консультации с психологической поддержкой. Реабилитационные принципы (этапность, последовательность, комплексность) поддерживались в привычных домашних условиях в окружении родственников ребенка. Далее, после снятия режима изоляции, МР была продолжена в гибридном формате, с максимальной ориентацией на состояние ребенка.

Заключение. При разработке политики в области охраны здоровья детей и подростков необходимо опираться на основные принципы МР – этапность, преемственность, мультидисциплинарность, персонализированный подход, что предполагает взаимодействие различных систем оказания помощи – секторов здравоохранения, образования, социального обеспечения. Наиболее эффективным является гибридный формат проведения МР – сочетание очного формата работы с ребенком и применения дистанционных технологий, которые позволяют расширить область и границы оказания помощи, обеспечить ее доступность, осуществлять психологическую поддержку родителей, а также получать обратную связь о качестве проводимых мероприятий.

Список литературы:

1. Батышева, Т. Т. В реабилитации очень важна непрерывность и преемственность // Московская медицина. – 2020. – № 5 (39). – С. 57–59.
2. Приказ Минздрава РФ от 29 декабря 2012 г. №1705н «О порядке организации медицинской реабилитации». Зарегистрирован в миноясте России 22 февраля 2013 г. № 27276 (приложение 13–21).
3. Сафоничева, М. А., Наливайко, Г. А., Сафоничева, О. Г., Миненко И. А., Кобзарь, Ю. В. Новые диагностические технологии и методы нелекарственной реабилитации детей с нарушением интеллектуального развития // Вестник восстановительной медицины. – 2011. – № 3 (43). – С. 42–46.

МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР: ПОМОЩЬ МАМЕ ВМЕСТЕ С НАМИ

Сибирцева А. В.

*руководитель социальной службой «Микрореабилитационный центр»,
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации
инвалидов и детей-инвалидов Московского района»,
Санкт-Петербург*

Аннотация. В данной статье дается краткое описание работы Социальной службы «Микрореабилитационный центр» в контексте работы куратора социального случая с семьей. В рамках реализации проекта был внедрен новый подход к организации работы с семьей, с учётом нового понимания потребностей семей, воспитывающих детей с инвалидностью.

Ключевые слова: куратор социального случая, индивидуальный подход, диагностика социального случая

В апреле 2021 года на базе СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района» была организована социальная служба «Микрореабилитационный центр». Социальная служба стала площадкой для реализации проекта «Микрореабилитационный центр», реализуемого на средства гранта Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Главной целью данного проекта было оказание комплексной помощи семьям, воспитывающим ребенка инвалида в возрасте от 0 до 18 лет. В целевую группу проекта вошли 30 семей с детьми с инвалидностью различного генеза и степенью ограничений жизнедеятельности.

Уникальностью технологии является клиентоцентрированный подход в оказании социальных услуг, индивидуальный подход к каждому ребёнку, а главное вовлечение в реабилитационный процесс всей семьи как отдельной системы. Впервые мы посмотрели на процесс реабилитации не как на оказание отдельных услуг «клиенту», но выработали сложную систему из различных услуг разных специалистов, которые работают на достижение единых целей и реализации единых задач. Данный подход позволил нам подбирать каждому ребёнку определенных специалистов, корректировать количество необходимых занятий с тем или иным специалистом, и все это с учетом не только необходимости для самого ребенка, но и с учетом возможности его семьи [1, с. 46].

Для реализации программы в проект были приглашены такие специалисты как: логопед, медицинская сестра по массажу, по физиотерапии, психолог, куратор социального случая, специалист по сенсомоторному

развитию, инструктор по адаптивной физической культуре, инструктор по лечебной физкультуре, медицинская сестра по физиотерапии, врач-невролог, социальные работники, педагог-психолог, а также был создан пункт проката реабилитационного и коррекционно-развивающего оборудования, закуплены различные пособия, игрушки, спортивный инвентарь и многое другое с учетом возможности использовать все это именно в домашних условиях.

Мы внедрили технологию комплексной оценки всеми специалистами-участниками проекта текущего состояния ребенка и его ближайшего окружения, делая упор в первую очередь на его возможности, а не на ограничения. Особое место в работе заняла диагностика социального случая семьи. В работе учитывались особенности социального и финансового положения, состава семьи, социальные связи и окружение ребенка, бытовые условия проживания, а также личностные особенности родителей. Такой подход позволил выработать индивидуальный план работы с учетом возможностей семьи, оперативно вносить изменения в реализацию плана работы, при наличии значимых изменений в семье. Развод родителей, смерть родственников, переезд, срочное или плановое лечение ребенка или родителя, начало ремонта или его окончание – все это влияет на семью, и если одни перемены влияют благоприятно, то другие становятся серьезным испытанием. Наличие куратора социального случая позволило команде оперативно реагировать на изменения во внутрисемейной системе, вносить коррективы в работу, а также оказать семье помощь в трудное время. Куратор, проводя анализ ситуации, ищет необходимые ресурсы либо внутри семьи, либо извне. Это может быть, как оказание консультативных услуг, направления в семью социального работника, поиск благотворителей или волонтеров, оказание семье моральной поддержки или помощи при оформлении и подаче документов в различные инстанции и организации [3, с. 167].

«Куратор социального случая» – человек, выступающий помощником для семьи, консультантом, организатором, связующим звеном между клиентом и учреждением, медиатором. Он собирает и обобщает всю информацию, полученную от специалистов и от клиента и его семьи. Именно на плечи куратора ложится задача по направлению и организации работы команды. Куратор – первый, кто узнает обо всех изменениях в семье и доносит необходимую информацию до специалистов или же от специалистов до родителей.

Куратор берет на себя основные моменты в организации работы со специалистами и дает возможность родителям сосредоточиться на процессе реабилитации. Не родитель должен постоянно пытаться маневрировать между расписаниями различных специалистов, куратор выступает его первым помощником. Именно он учитывает обстоятельства семьи, рабочий график всех специалистов и разрабатывает максимально удобный и эффективный план работы, а также вносит в него изменения по необходимости.

Одной из главных задач куратора является создание максимально комфортной формы взаимодействия между семьей и не только специалистами учреждения, но при необходимости со всей социальной сферой.

Постоянно взаимодействуя с семьей, куратор оказывает помощь при решении тех или иных жизненных задач, но в долгосрочной перспективе его задача вывести семью на совершенно новый уровень функционирования в общественной жизни. Результатом грамотной работы куратора станет семья, знающая свои права, юридически подкованная, уверенно идущая по жизни, а главное включенная во все доступные сферы жизни, без страха и стыда смотрящая в будущее. И я специально делаю упор на слово «семья», так как именно от семьи зависит жизнь ребенка, как настоящая, так и будущая. Социализация семей очень важная тема. Научить семьи и их детей взаимодействовать с окружающими, не просто взаимодействовать, но делать это позитивно, получать от этого удовольствие – это стало еще одной задачей кураторов.

На базе Центра регулярно организуются различные представления для детей разных возрастов и разных интересов. Это и спектакли, и фокусы, и интерактивные представления, и уличные гуляния. Главное правило – эмоциональная безопасность и принятие. Приходя к нам, семьи могут быть уверены, что им всегда помогут и поддержат. И в любой ситуации родитель может обратиться к куратору за советом, поддержкой, внести свои предложения, поделиться своими сомнениями или опасениями. Задача куратора – помочь родителям сформировать не только правильное социальное поведение в обществе, приемлемое и для семьи и для общества, но и выработать у себя определенные механизмы реагирования – не агрессию, не сожаление, не разочарование, а наоборот позитивный взгляд на новый опыт: «мы можем ходить на мероприятия», «моего ребенка принимают и ценят», «есть люди, готовые мне помочь» и т.д. И как показывает практика, чем позитивнее родитель, чем активнее он ходит на мероприятия, тем быстрее ребенок привыкает и начинает получать удовольствие от общения с другими ребятами и взрослыми, учиться правильному взаимодействию с ними. Это позволяет ребенку развиваться и двигаться вперед, а родителю научиться вести активный позитивный образ жизни [2, с. 112].

Особое место в программе заняли семьи с детьми с тяжёлыми множественными нарушениями развития. Семьи, воспитывающие детей с тяжёлыми множественными нарушениями развития, особенно если эти дети уже школьного возраста, испытывают наибольшие сложности в получении необходимых реабилитационных мероприятий. Практика показала, что чем больше у ребенка проблем со здоровьем, чем сложнее у него пороки развития, тем меньше у него возможности получить социально-реабилитационные услуги. Это связано с рядом факторов:

1. Малая мобильность ребенка.

Это связано с различными факторами, например, подключение ребенка к аппарату ИВЛ, возможность передвижения ребенка только в специализированном кресле, большой вес ребенка, отсутствие или недостаточность «доступной среды», наличие проблем со здоровьем у самих родителей, тяжёлые формы эпилепсии у ребенка, индивидуальные особенности ребенка, мешающие ему в настоящий момент коммуницировать с окружающим миром.

2. Сильно замкнутая внутрисемейная система.

Семьи с «тяжёлыми» детьми зачастую не по своей воле вынуждены закрываться от социальных контактов. Это связано и с личными особенностями семьи, и с особенностями социального окружения. Со временем семья привыкает к такой самоизоляции и с большим трудом принимает помощь извне. Даже при желании родителей им трудно менять свой уклад жизни. Тут требуется большая работа со стороны психолога и других специалистов [4, с. 52].

Два этих фактора закрывают ребенка в четырех стенах, и он не может получить необходимые процедуры и мероприятия. Задачами куратора в такой ситуации становятся: первое – установить препятствующие факторы, второе – найти пути решения проблемы.

Проект «Микрореабилитационный центр» дал возможность кураторам предоставить семьям необходимые занятия и оборудование. За счет своей уникальной структуры микрореабилитационный центр обходит эти факторы и делает социально-медицинские, психолого-педагогические, а также социальные услуги доступными для ребенка и его семьи.

Работа в сфере человек-человек одна из самых трудных в силу большого количества факторов и постоянно изменяющихся обстоятельств. Возможно, именно поэтому, у социальной сферы должно быть «лицо». Не нормативный акт, не организация, а конкретный человек. В нашем проекте таким человеком стал куратор. Человек, которому по должности положено сделать все возможное для реализации законных прав, человек с широким сектором обязанностей, человек, к которому можно всегда обратиться, человек, которому можно доверять и который выступает на стороне конкретного клиента. Человек, который знает вашу семью, ее особенности, потребности, нужды и возможности, и используя возможности Центра старается максимально вам помочь, сделать так, чтобы вас услышали. Человек, который работает на то, чтобы к ребенку и семье пришли все, кто ему необходим, не просто потому что это положено, а чтобы пришли те, кто действительно нужен именно сейчас.

Проект «Микрореабилитационный центр» стал для команды специалистов большим испытанием и большим приключением. Начинать что-то новое всегда трудно. Мы учились работать по-новому, учились смотреть на нашу работу по-новому, мы стали смотреть все дальше в будущее, строя долгосрочные планы вместе с семьей. Семьи-участники стали «нашими

семьями», мы их всех знаем. И возможно, еще в большей степени они стали семьями кураторов. Их семьи, их дети, их трудности и их победы – ни что так не окрыляет в работе, как успехи и достижения «твоих» детей.

Такой клиентоцентрированный подход показал в деле свою эффективность, родители стали без страха и стеснения говорить с кураторами о своих трудностях, обращаться за помощью, давать обратную связь о своих успехах. За время работы кураторам удалось наладить плотное взаимодействие с различными благотворительными фондами, волонтерскими организациями, частными благотворителями. Эти связи позволили оказать именно адресную помощь конкретным семьям.

Говоря о детях с инвалидностью, мы всегда говорим об «особых потребностях». Я думаю, что мы должны понимать это выражение как не особые потребности, а индивидуальные потребности и не только ребенка, но и семьи в целом. Куратор микрореабилитационного центра имеет возможность вместе с другими специалистами индивидуализировать программу, чем делает ее наиболее рациональной и эффективной. А наличие куратора в системе оказания социальных услуг позволяет идти учреждению вместе с родителями к общей цели.

Список литературы:

1. Лысенко, А. Е., Казунина, И. И. Инновационная технология комплексной реабилитации детей-инвалидов в условиях семьи «Домашний микрореабилитационный центр»: учебно-методическое пособие. – М.: АНО «Национальный центр проблем инвалидности», 2014. – 105 с.

2. Холостова, Е. И. Социальная работа с инвалидами: учебное пособие. – 3-е изд. перераб. и доп. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2010. – 240 с.

3. Шошмин, А. В., Пономаренко, Г. Н. МКФ в реабилитации. – 2-е изд., перераб. и доп. – Авторский тираж, 2020. – 232 с.

4. Электронный ресурс. Библиотека Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации <https://fond-detyam.ru/biblioteka/> // Информационно-методический сборник «Эффективные практики организации развивающего ухода за детьми с тяжелыми множественными нарушениями развития», 2021. – 104 с. – Режим доступа: <https://fond-detyam.ru/pечатnye-izdaniya-fonda/15998/#pdf-document-0/> (дата обращения: 27.07.2022).

МЕТОДЫ И ПРИЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТАКТИЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ С ОВЗ В УСЛОВИЯХ ВЫЕЗДНОГО МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Смагина Ю. В.

учитель-дефектолог

Карячкина З. Н.

*специалист по реабилитации инвалидов,
инструктор-методист по АФК*

*ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Аннотация. В статье представлена индивидуальная форма работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) по формированию тактильного восприятия в условиях Выездного микрореабилитационного центра. Описывается положительная динамика при использовании элементов сенсомоторной интеграции на коррекционных занятиях по развитию тактильных ощущений.

Ключевые слова: восприятие, тактильное восприятие, сенсомоторное развитие, микрореабилитационный центр

В России с каждым годом увеличивается количество детей с ОВЗ. Семьи, воспитывающие таких детей, нуждаются в получении реабилитации и абилитации. Они ориентированы на создание благоприятных условий и возможностей для обеспечения их всестороннего развития, а также повышение качества их жизни.

Специалисты Центра «Коррекция и развитие» приняли участие в проекте «Мобильный микрореабилитационный центр», который предполагает раннее выявление семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ОВЗ, проживающим в отдаленных районах, не имеющих возможности посещения реабилитационного центра.

Для определения индивидуального маршрута с учетом его психофизических, и индивидуальных особенностей создается медико-психолого-педагогический консилиум. После первичной диагностики ребенка в ходе консилиума определяются нарушения развития ребенка, например такие как низкий уровень развития восприятия, речевые нарушения, недостаточно сформированы пространственные представления, неустойчивое внимание, нарушения интеллектуального развития, расстройство поведения и общения.

Исходя из наличия одного и нескольких видов данных нарушений выстраивается индивидуальная программа развития. Содержание индивидуальной

программы развития разрабатывается на основе информации и анализа собранных данных, полученных в процессе психолого-педагогического обследования ребенка в результате анализа социальных условий его воспитания.

Основная задача такой программы – помочь каждому отдельному малышу с задержками развития в социальной адаптации и повысить его уровень успеваемости в будущем. Правильно составленный маршрут работы для ребенка с ОВЗ поможет ему справиться с освоением самых важных навыков, позволит стать более организованным и приспособленным к повседневной жизни.

Развитие у ребенка процессов ощущения, восприятия, наглядного представления о предметах и явлениях окружающего мира имеет важное место в развитии познавательной деятельности и называется сенсорным развитием. Когда ребенок появляется на свет, у него уже сформированы органы чувств, и чтобы сформировалось представление о предмете окружающего мира ему нужно потрогать, погладить, сжать, бросить, понюхать этот предмет. Такой опыт является источником познания мира.

Первым открывает детям дверь в познание окружающего мира это тактильное восприятие. Сеченов утверждал: «Рука, выполняя практические манипуляции, учит глаз видеть». Там, где ребенок с нормальным психофизическим развитием не может определить форму или размеры предмета с помощью непосредственного зрительного восприятия, она делает это путем практического действий, обводя контур или накладывая для сравнения предметы, осуществляя измерительные операции с помощью мерок [2, с. 45].

Дети с ОВЗ испытывают трудности в движении, проблемы в развитии крупной и мелкой моторики, а также присутствует несформированность зрительно-моторной координации. Все эти нарушения ведут к неполноценному познанию окружающего мира.

Свою коррекционно-развивающую работу с детьми с ОВЗ строим на индивидуальной основе и используем специально подобранные игры и упражнения.

Игры и упражнения, направленные на развитие тактильного восприятия для детей с ОВЗ:

1. Игры с песком

Игра с песком – это естественная и доступная для каждого ребенка форма деятельности (рис. 1).

Игры:

- дотрагивается до песка поочередно пальцами одной, потом второй руки, затем всеми пальцами одновременно;
- легко или с напряжением сжимает кулачки с песком, затем медленно высыпает его в песочницу;
- дотрагивается до песка всей ладонью – внутренней, затем тыльной стороной;

- перетирает песок между пальцами, ладонями, можно прятать в песке маленькую плоскую игрушку;
- рисовать на песке пальчиками или кисточкой.

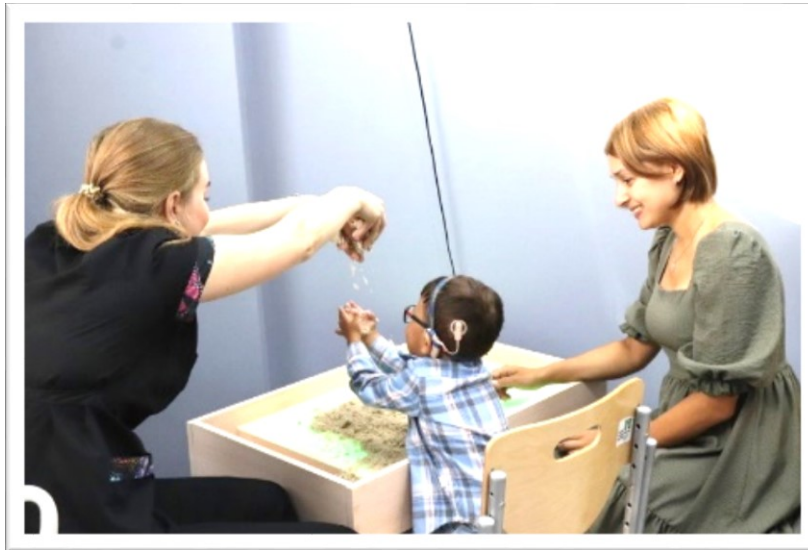


Рисунок 1. Игры с песком

2. Тактильные крышечки

Для начала можно предложить ребенку просто щипать, гладить, сравнивать, перебирать пальчиками, доставать и складывать в мешочек тактильные крышечки.

«Найди пару»

Предложить ребенку посмотреть, потрогать крышечки и определить какие они на ощупь и предложить найти одинаковые по ощущениям («Где такой же?») (рис. 2).



Рисунок 2. Игра «Найди пару»

«Потрогай и скажи»

Потрогать какой-либо кусочек ткани или бумаги и потом на ощупь найти такие же крышечки в мешочке и попросить ребенка, что в крышечке. Игры с тактильными крышечками способствуют развитию умений дифференцировать осязательные ощущения (рис. 3).



Рисунок 3. «Потрогай и скажи»

3. Массаж с шишками и орешками

Детям можно показать, как катать орехи / шишки в ладошках, прятать, сжимая ладошку:

- Катаем орешек одной ручкой по поверхности (рис. 4);
- Попробовать покатать орешек по полу ножками;
- Сортировать орехи и шишки по корзиночкам (рис. 5);
- Выкладывать ряд, чередуя орехи и шишки.



Рисунок 4. Игра «Катаем орешек»



Рисунок 5. Сортировка

4. «Чудесный мешочек»

В мешочек кладут предметы (шарик, кубик, машинку, шишка, ключ и т.д.). Ребенку предлагают на ощупь, не заглядывая в мешочек, найти нужный предмет.

Игра с «чудесным» мешочком расширяет опыт тактильного восприятия ребенком объектов ближайшего окружения. Ведь детям важно не только посмотреть на предмет или послушать информацию о нем, но и потрогать, чтобы сформировать полную картину.

5. Сенсорные мешочки

Сенсорные мешочки – это мешочки, в которые помещаются мелкие предметы (рис. 6). Играя с ними, ребенок понимает, что на первый взгляд похожие предметы могут быть разные на ощупь, по-разному весить, издавать разные звуки, быть разного цвета. Ребенок учится анализировать, сравнивать и находить подобное и различное. В процессе игр с мешочками происходит развитие тактильного, зрительного и слухового восприятия, внимания, интеллектуальных способностей, речи, мелкой моторики.



Рисунок 6. Сенсорные мешочки

6. Упражнения, направленные на формирование глубокой чувствительности.

1. Поглаживание – производится легко, медленно и плавно с небольшим нажимом (рис. 7).

2. Обхлопывания тела производится весело, ритмично, не быстро, делая короткие, но плотные глубокие прикосновения, обхлопывается все тело ребенка.

3. Растирание.

4. Надавливание.

5. Обжималки и крепкие объятия являются прекрасным стимулятором глубокой чувствительности (рис. 8).



Рисунок 7. Поглаживание



Рисунок 8. Обжималки

После применения наших упражнений и игр у детей с ОВЗ отмечается положительная динамика в развитии сенсорно-тактильного восприятия; улучшилось кинестетическое восприятие, повысилась самоуверенность в своих действиях, а у родителей – мотивация к дальнейшей совместной деятельности.

Нужно отметить, что выстраивается комплекс занятий совместно со всеми специалистами центра, и если у специалиста занятия были направлены на тактильные функции, то у инструктора-методиста по адаптивной физической культуре (АФК) помимо тактильных добавляются ещё и сенсорные. Для детей с ОВЗ, у которых нарушены все функции восприятия мира, занятие АФК становится важной частью в реабилитации ребёнка со сложными или множественными психофизическими нарушениями. Ещё Эн Джин Айрас, выдающийся калифорнийский эрготерапевт, занимавшаяся сенсорной интеграцией детей, заметила, чем раньше начинается работа с ребёнком ОВЗ и подбирается ряд и комплекс занятий, тем быстрее и легче идёт адаптация по сенсорной интеграции.

Адаптивная физическая культура – это коррекция нарушений моторики, двигательной системы организма, объединяющей его психологические, биомеханические, и физиологические аспекты [4, с. 26]. Занятия АФК не только стимулируют двигательные способности, но и помогают справиться с психологическим барьером и улучшают качество жизни в целом. Нервная система во время занятия с ребёнком получает своего рода сигналы от всех анализаторов-зрительного, вкусового, слухового, вестибулярного, а также тактильного; все эти рецепторы обрабатывают информацию, а затем используют её в целенаправленной деятельности. Дети, которые к нам поступают на реабилитационный период, имеют нарушение сенсорных сигналов, а также их обработки, что и приводит к нарушениям поведения, моторики и, самое главное, к нарушениям в познавательном

развитии. Поэтому на наших занятиях АФК мы уделяем особое внимание. И считаем, что сенсорную интеграцию нужно включать в основную часть занятий с разными специалистами. Самый эффективный способ провести занятия с ребёнком ОВЗ в любом возрасте – это игра. Игра развивает координацию, психическую сферу ребенка, способность к общению со взрослыми и детьми, развивает волю, дает положительные эмоции. Но, всегда нужно учитывать физические, индивидуальные особенности ребенка, а также использовать соответствующий их возрасту инвентарь.

В рамках работы микрореабилитационного центра инструктор-методист по АФК на занятиях с детьми ОВЗ использовала следующий инвентарь: балансир, тактильные мячи, яйцо «Сова-Нянька», фитбол, туннель и ещё много вспомогательных пособий.

Рассмотрим вышеперечисленный инвентарь: для чего он нужен и на что направлена его работа.

Балансир. Детей всегда привлечёт игра на равновесие, и это не случайно: такие забавы не только развлекают, но и отлично тренируют мышцы, вестибулярный аппарат, ловкость и внимание, координацию. Когда ребёнок пытается удержать равновесие на балансире, происходит тренировка проприоцепции, то есть способности осознавать положение тела в пространстве, которая стимулирует межполушарное взаимодействие и работу мозжечка (рис. 9).



Рисунок 9. Балансир

Тактильные (массажные) мячи. Одним из эффективных способов являются упражнения с предметами, в том числе с массажным мячом (рис. 10). Такой мяч – это очень эффективное средство для релаксации мышц, нормализации тонуса и снятия усталости. Кроме того, все виды массажных мячей способны помогать в лечении заболеваний широкого спектра. Отличительная особенность массажного мяча – наличие пупырчатой поверхности, которая при давлении на поверхность тела малыша,

воздействует на нервные окончания, ответственные за большинство процессов в организме. У детей с нарушениями мышечного тонуса массажные мячи используются в составе комплекса мер физкультурной терапии.



Рисунок 10. Тактильные (массажные) мячи

Яйцо «Сова-Нянька». Очень мощный инструмент сенсорной интеграции, помогающий ребенку осознать себя по отношению к миру, прочувствовать границы своего тела, снять напряжение и стресс. Стимуляция вестибулярного аппарата и проприоцептивной системы дает нервной системе необходимую пищу для строительства базовых представлений о мире и себе в нем. Когда ребенок находится в яйце, он сосредоточен на ощущениях и чувствует себя защищенным. Яйцо Совы может стать для него его персональным «домом» – пространством, где он чувствует себя комфортно и безопасно, где он может остаться на какое-то время наедине со своими ощущениями и самим собой. А ведь познание себя помогает успешному познанию окружающего мира! (рис. 11).



Рисунок 11. Яйцо «Сова-Нянька»

Занятия с фитболом – это щадящий, но очень эффективный способ занятий. Тренируются все мышцы тела, вестибулярный аппарат, фитбол развивает координацию движений, снимают дополнительную нагрузку на позвоночник. Все это позволяет заниматься фитболом детям с ОВЗ (рис. 12). Одна из важных оздоровительных задач, которую решают упражнения на фитболе, является влияние на опорно-двигательный аппарат, как с профилактической, так и с лечебной целью. Выполнение упражнений на мяче имеет специфическую особенность – необходимость постоянно удерживать равновесие, которое способствует длительному поддержанию мышечного тонуса, особенно мышц спины.



Рисунок 12. Занятия с фитболом

Туннель. Даже просто ползая через туннель, ребенок развивает координацию. А если обнять ребёнка в туннели, то дополнительное давление помогает сосредоточиться на тактильных, зрительных и слуховых ощущениях. Так же мы использовали туннель для развития крупной и билатеральной моторики. Обогащали тактильный опыт ребенка, размещая в туннели разные предметы или помещая в него ковровое покрытие. Когда ребёнок проползает, можно немного потрясти туннель (настоящее землетрясение!), находясь внутри улучшаются его проприоцептивные и вестибулярные реакции, а мягкая ткань создаёт приятные тактильные ощущения.

Все эти упражнения направлены на развитие ребёнка в целом, для его интеграции в общество. Ребёнок во время занятий выполняет комплекс мероприятий на зрительную стимуляцию, слуховую стимуляцию (разные звуки предметов), вестибулярный аппарат, проприочувствительность. Для каждого ребёнка тщательно подобранные упражнения дали своего рода толчки, которые улучшили внимание и концентрацию, крупную и мелкую моторику, самооценку («Я это могу»), зрительные и слуховые способности, эмоциональную сферу, а также умственные возможности [3, с. 120].

Все эти изменения способствуют лучшей адаптации ребенка с нарушениями развития в обществе, в группе сверстников, поднимают его самооценку и открывают перед ним новые возможности.

В целом физическая культура с элементами сенсорной интеграции для детей с ОВЗ – это творческая работа по преобразованию тела. Улучшая упражнениями физическое состояние, дети с ОВЗ открывают для себя новые пути оздоровления, совершенствования и самореализации.

Исходя из работы, можно сделать вывод, что применяемые нами методы и приемы по данному направлению являются благоприятными условиями для формирования тактильного восприятия, а также положительно влияют на развитие крупной и мелкой моторики, совершенствуют зрительные и двигательные анализаторы, обогащают сенсорный опыт у детей с ОВЗ.

Список литературы:

1. Баенская, Е. Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст). – М.: Теревинф, 2007. – 108 с.

2. Шинина, Т. В. Коммуникативные сигналы особого ребенка: ресурсы родителя в развитии общения // Прикладная психология на службе развивающейся личности: сборник научных статей и материалов XV научно-практической конференции с международным участием «Практическая психология образования XXI века. Прикладная психология на службе развивающейся личности», 9-10 февраля 2017, Коломна / под общ. ред. Р. В. Ершовой. – Коломна: Государственный социально-гуманитарный университет, 2017. – С. 254–259

3. Программа воспитания и обучения дошкольников с задержкой психического развития/ Л. Б. Баряева, И. Г. Вечканова, О. П. Гаврилушкина и др.; под ред. Л. Б. Баряевой, Е. А. Логиновой. – СПб.: ЦДК проф. Л. Б. Баряевой, 2010. – 415 с.

4. Ростомашвили, Л. Н. Адаптивное физическое воспитание детей со сложными нарушениями развития: учеб. пособие. – М.: Советский спорт, 2009. – 224 с.

**ИЗ ОПЫТА СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ
СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, В УСЛОВИЯХ
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА**

Соколова С. В.

воспитатель

*ГКУ СО «Клявлинский реабилитационный центр для детей и подростков
с ограниченными возможностями»*

*(обособленное структурное подразделение в пос. Сокский)
пос. Сокский (Самарская область)*

Аннотация. в статье обозначена проблема социокультурной реабилитации ребенка с различными нарушениями в развитии. С целью улучшения социальной адаптации детей автор предлагает реализовать проект «Подарим детям праздник», представлены мероприятия с участием детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и родителей. Только благодаря личному участию в коррекционно-абилитационном процессе формируется активная родительская позиция и адекватная самооценка.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, социокультурная реабилитация, реабилитационный центр

Взаимодействие педагогов с семьями обучающихся с ОВЗ является одним из важнейших условий успешности абилитационного процесса, однако на сложность этого процесса указывают и ученые, и практики. Контингент Клявлинского реабилитационного Центра преимущественно составляют дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, имеющие разную степень выраженности двигательных нарушений, различный уровень познавательного и речевого развития [1]. Поскольку их контакт с окружающим миром сужен, неизмеримо возрастает роль семьи. Семье принадлежат значительные возможности в решении вопросов воспитания детей, включения их в социальные и трудовые сферы, становления как активных членов общества. Сотрудничество педагогов и семьи позволяет лучше узнать ребёнка, увидеть, как ведет себя ребенок в той или иной ситуации, помочь развитию его личности.

Ключевыми идеями всех форм и видов взаимодействия являются – установление доверительных отношений между детьми, родителями и педагогами; объединение их в общую команду, стимулирование потребности делиться друг с другом своими проблемами и совместно их решать.

Содержание и формы работы с семьёй в реабилитационном центре отличаются разнообразием. В первую очередь ведется работа по коррекции

внутреннего психологического состояния матери, ее отношения к своему ребенку, по переориентировке с позиции бездействия и ожидания чуда на деятельностную позицию.

Эта работа имеет три этапа. Первый этап направлен на привлечение родителей к коррекционно-образовательному процессу. Второй этап предполагает формирование увлечения родителей процессом развития ребенка, умения замечать ежедневные маленькие, но очень важные для ребенка достижения. Третий этап характеризуется раскрытием перед родителями возможности личного поиска творческих подходов к обучению и воспитанию ребенка и личного участия в исследовании его возможностей.

В работе с семьями детей-инвалидов и детей с ОВЗ используем такие формы работы, которые помогают и родителям, и детям включиться в коррекционно-образовательный процесс.

Для родителей организуем консультации по различным вопросам, связанным с особенностями развития, воспитания, образования детей. Темы разнообразны, например: «Роль игры в жизни ребенка с ОВЗ», «Особенности памяти, внимания детей с ОВЗ», «Как научить ребенка с ОВЗ рисовать», «Принципы воспитания детей с особыми потребностями» и т.д. Темы консультаций часто помогают выбрать сами родители, что определяется при помощи анкетирования. Для более успешного решения задач просвещения родителей разрабатываются информационные буклеты.

Еще одной формой работы с родителями является проведение мастер-классов. Цель данных мероприятий – повышение уровня педагогической культуры родителей, достижение оптимального уровня взаимодействия учреждения и семьи через созданную систему сотрудничества и партнерства. Темы мастер-классов: «Какие игры необходимы вашему ребенку?», «Пластилиновая сказка», «Нетрадиционные техники рисования», «Игры для детей из подручного и бросового материала». Родители с удовольствием участвуют в мастер-классах, а некоторые сами делятся своим опытом и знаниями.

Также используем совместные индивидуальные занятия: педагог-ребенок-родитель, круглый стол (педагогические ситуации для родителей, записки с вопросами родителей), участие семей в праздниках, проводимых в Центре.

Был реализован проект «Подарим детям праздник». На подготовительном этапе было проведено анкетирование родителей и разработана памятка для родителей о культуре посещения детских праздников. Затем было проведено ознакомительное родительское собрание, на котором был представлен проект. Было получено согласие и запланированы совместные с родителями мероприятия: «Масленица», «Мамин праздник», «День семьи».

На первом развлекательном мероприятии «Масленица» родители и дети узнали историю возникновения масленичной традиции, задавали вопросы, принимали совместное участие в шуточных конкурсах, поддерживали друг

друга. Нам, специалистам, было приятно наблюдать, как дети раскрепощаются, без стеснения выражают эмоции, отрабатывают навыки поведенческой культуры. Закончилось мероприятие чаепитием с блинами. Родители сами получили удовольствие, так как были непосредственными участниками праздничного мероприятия.

Следующее мероприятие с родителями «Мамин праздник» было посвящено 8 марта. Дети самостоятельно исполнили некоторые номера для мам. Учитывались и использовались их любые способности и возможности. Самостоятельно не передвигающиеся дети читали стихи, пели песни, исполняли в танцах доступные им движения. Дети с тяжелым недоразвитием речи, но относительно сохранными двигательными возможностями танцевали (в группе, парами или индивидуально). Дети с глубокими умственными нарушениями исполняли танцы совместно с родителями, договаривали слова в конце строчки в стихотворениях.

С большим интересом родители совместно с детьми приняли участие в празднике творчества – «День семьи». Совместно делали украшения для музыкального зала, шили костюмы и изготавливали атрибуты для праздника. Все проявили интерес к совместному творчеству, родители увидели и начали осознавать свою значимость для детей и педагогов, оказывали друг другу внимание и посильную помощь. Все получили массу положительных эмоций от совместно проведенного времени. Дети были рады, что родители рядом и все делают с ними совместно. Родители были счастливы, что их дети хорошо выступили на празднике. Благодаря реализации проекта отношения родителей, детей и педагогов стали переходить на новую ступень развития – содружества и партнерства. Именно совместная деятельность объединила нас всех и дала такие продуктивные результаты.

Рефлексивный (заключительный) этап позволил констатировать, что поставленная цель была достигнута. Усилилась включенность родителей в жизнь учреждения, сотрудничество с педагогами в вопросах воспитания и коррекционной работы. Родители убедились, что их активное участие в развитии ребенка ведёт к успеху. Только благодаря личному участию в коррекционно-абилитационном процессе формируется активная родительская позиция и адекватная самооценка, что было подтверждено повторным анкетированием.

Комплекс перечисленных мероприятий позволил улучшить взаимодействие родителей и детей с социумом. Совместно с воспитанниками и родителями были показаны театральные постановки для детей детского сада и начальных классов «Под грибом», «Храбрый ёж», музыкальный спектакль «Сказка о том, как дружба и добро победили зло». Воспитанники участвуют в совместных мероприятиях, проводимых со школой, детским садом, библиотекой, сельским домом культуры.

В заключение необходимо отметить, что выбранные формы и методы работы способствуют укреплению позиции семьи, имеющей ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида, как партнёра и активного субъекта коррекционно-

образовательного учреждения. Использование перечисленных современных и традиционных форм работы позволяет раскрыть родительский потенциал, овладеть инструментарием, необходимым для эффективной помощи собственным детям. В итоге между педагогами и родителями возникают доверительные отношения, создается атмосфера взаимопонимания, что в целом помогает продвигаться в достижении главной цели: социокультурной реабилитации ребенка с различными нарушениями в развитии.

Список литературы:

1. Сайт ГКУ СО «Клявлинский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (обособленное подразделение в пос. Сокский м.р. Исаклинский, Самарская область). – Режим доступа: <https://rc-klyavlinsk.smr.socinfo.ru/>, свободный (дата обращения: 29.08.2022).

**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ «СЛУЖБЫ ДОМАШНЕЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ» В ГАУ «КЕМЕРОВСКИЙ
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ «ФЛАМИНГО»**

Сонина Н. В.

заведующая отделением психолого-педагогической помощи

Мильчакова К. П.

заведующая отделением медико-социальной реабилитации,

ГАУ «Кемеровский реабилитационный центр для детей и подростков

с ограниченными возможностями «Фламинго»,

Кемерово

Аннотация. Опыт создания «Службы домашней реабилитации» в ГАУ «КРЦ «Фламинго», деятельность которой направлена на улучшение качества жизни детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья, путем проведения комплексной реабилитации и (или) абилитации в домашних условиях.

Ключевые слова: реабилитация детей-инвалидов и детей с ОВЗ на дому, микрореабилитационный центр, ГАУ «КРЦ «Фламинго»

Государственное автономное учреждение «Кемеровский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Фламинго» – это комплексный реабилитационный центр, в котором ежегодно помощь получают более 600 детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями города Кемерово и Кемеровской области. Учреждение предоставляет большой спектр услуг: социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-правовые и социально-трудовые. На учете в центре состоят дети с различными заболеваниями – патологией центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата, с ментальными нарушениями, поражением органов дыхания, слуха, пищеварения и др.

Согласно данным МСЭ, в структуре первичной детской инвалидности первое место занимают психические расстройства и расстройства поведения, на втором месте – болезни нервной системы, на третьем – врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения. Однако зачастую ребенок имеет сразу несколько нарушений в развитии. Речь идет о тяжелых множественных нарушениях. Такие дети, как правило, не обучаются либо находятся на домашнем обучении. Тяжелое состояние здоровья и ограничения в передвижении затрудняют, а иногда и делают невозможным прохождение комплексной реабилитации

в специализированных центрах в стационарных условиях без сопровождения родителей. Существенная часть детей-инвалидов проживает в отдаленных районах области, где нет таких учреждений. Существенная часть детей-инвалидов проживает в отдаленных районах области, где нет таких учреждений. Однако эти семьи остро нуждаются в постоянной реабилитации. Для оказания комплексной социальной помощи таким семьям необходимо внедрение в практику новых форм работы.

В 2020 году ГАУ «КРЦ «Фламинго» выиграл грант, объявленный Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и начал реализацию проекта «Радуга возможностей» по внедрению стационароразменяющих технологий (срок реализации 2021–2022 гг.). В учреждении на базе отделения диагностики и разработки программ социальной реабилитации было создано междисциплинарное структурное подразделение «Служба домашней реабилитации».

Кадровый состав междисциплинарного структурного подразделения включает в себя 14 специалистов. Это руководитель подразделения, специалист по социальной работе, врач-педиатр, врач по лечебной физкультуре, врач-невролог, врач-физиотерапевт, инструктор по физической культуре, медицинский брат по массажу, социальный педагог (специалист по эрготерапии), воспитатель (специалист по альтернативной коммуникации), психолог в социальной сфере, педагог дополнительного образования, методист, водитель. Было разработано положение о структурном подразделении, в должностные инструкции специалистов внесены дополнения, включающие в себя перечень возложенных в рамках проекта дополнительных должностных обязанностей. Служба домашней реабилитации осуществляет работу сразу по двум направлениям: «Домашний микрореабилитационный центр» и «Выездной микрореабилитационный центр». Такая комбинированная форма оказания реабилитационных услуг позволяет обеспечить комплексность и непрерывность процесса реабилитационных мероприятий на дому. Специалисты службы ведут работу с семьями по всем направлениям: проводят разъяснительную работу с родителями, оказывают информационную и психологическую поддержку, проводят комплексную диагностику ребенка, подбирают необходимое оборудование для использования в домашних условиях, проводят интенсив-курсы реабилитации.

Для более широкого территориального охвата целевой категории, к реализации проекта было привлечено 3 учреждения социальной защиты населения Кемеровской области: Муниципальное казенное учреждение «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Берегиня», (МКУ Центр «Берегиня»), г. Березовский; Муниципальное казенное учреждение «Социально - реабилитационный центр для несовершеннолетних» Тайгинского городского округа, (МКУ «СРЦ» ТГО), г. Тайга; Муниципальное казенное учреждение «Центр социальной помощи семье и детям» Беловского городского округа, г. Белово. С этими учреждениями подписаны

соглашения о взаимодействии, определены специалисты, составлены списки семей, разработан план мероприятий и графики выездов в семьи.

Для оказания консультативной и информационной поддержки специалистам учреждений соисполнителей проекта сотрудники центра «Фламинго» находятся с ними в постоянном контакте. Связь осуществляется как дистанционно с помощью телефонной связи, электронной почты и группы в мессенджере, так и лично в ходе выездов бригады «Службы домашней реабилитации» в территории. Благодаря этому специалисты учреждений соисполнителей получают ответы на вопросы, возникающие в процессе работы.

Внедряемые в рамках проекта направления реабилитационной работы являются инновационными для Кемеровской области. В связи с этим 10 специалистов ГАУ «КРЦ «Фламинго» и учреждений соисполнителей с целью повышения квалификации прошли стажировку в ГАСО Московской области «Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации «Журавушка» по теме: «Практические аспекты реализации программы реабилитации детей-инвалидов с тяжелыми формами заболеваний – «Домашний микрореабилитационный центр» и в БУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения города Череповца и Череповецкого района «Забота» по теме: «Выездной микрореабилитационный центр».

Центр «Фламинго» имеет 25 летний опыт работы с детьми-инвалидами и их семьями, проживающими в г. Кемерово и в Кемеровской области, достаточное техническое и кадровое обеспечение. Для специалистов учреждений соисполнителей организован и проведен семинар-практикум, на котором было представлено закупленное на средства гранта оборудование. Специалисты учреждений соисполнителей получили теоретические и практические знания, необходимые для проведения домашней реабилитации. Также в учреждения соисполнители была передана часть оборудования для проведения занятий в рамках интенсив-курсов.

Кроме наглядной демонстрации полученного по проекту оборудования, для специалистов и родителей были записаны обучающие ролики, разработаны рекомендации специалистов – инструктора ФК, психолога, логопеда.

В рамках реализации проекта были охвачены 50 семей, воспитывающих детей-инвалидов, проживающих в городах Кемерово, Тайга, Березовский и Беловском городском округе Кемеровской области – Кузбасса.

Совместно с учреждениями соисполнителями были сформированы списки семей для участия в проекте. Специалисты ГАУ «КРЦ «Фламинго» подбирали семьи, проживающие в г. Кемерово. Для участия в проекте были выбраны дети со сложными сочетанными нарушениями – ДЦП, б. Дауна, аутизм, умственная отсталость, врожденные аномалии развития, последствия инсульта, ВПС. Ввиду того, что эти семьи проживают в отдаленных территориях, их дети не имеют возможности получить комплексную реабилитацию в специализированном центре. Их родители остро нуждаются в консультативной и разъяснительной работе специалистов

для определения плана реабилитации, составления реабилитационного маршрута и методах проведения реабилитации на дому.

Домашняя реабилитация подразумевает в первую очередь включение в процесс ближайшего окружения ребенка-инвалида, они главные участники реабилитационного процесса, организованного на дому. Они знают особенности и возможности своего ребенка. Однако некоторые родители находятся в состоянии растерянности и стресса, столкнувшись с фактом наличия физического или умственного дефекта у ребенка. Для стабилизации психо-эмоционального климата семьи специалисты осуществляют психологическое сопровождение всех ее членов.

Большинству родителей не хватает знаний, им трудно самостоятельно разобраться в огромном количестве информации, доступной в интернете, а также в изобилии представленных на рынке обучающих и развивающих игр и пособий. В целях повышения компетентности родителей для максимально эффективного вовлечения в реабилитационный процесс, специалисты учат родителей (законных представителей) проведению занятий с ребенком дома и правильному использованию предоставленного в семью оборудования. Также оказывают консультативную помощь на дому, во время выездов в семью и дистанционно, по телефону, либо посредством видеозвонков.

Для родителей (законных представителей) разработано методическое пособие «Организация реабилитационного процесса и самостоятельной реабилитации детей-инвалидов в домашних условиях». В пособии даны рекомендации, как проводить коррекционно-развивающие занятия в домашних условиях, описаны варианты использования оборудования и развивающих игр.

В каждой семье, принявшей участие в проекте, был организован «Домашний микрореабилитационный центр», а также проводилась работа «Выездного микрореабилитационного центра».

Специалистами выездной бригады «Службы домашней реабилитации» центра «Фламинго» была проведена первичная комплексная медико-психолого-педагогическая диагностика детей целевой группы. Для ее проведения специалистами центра «Фламинго» были разработаны диагностические карты. Медики собирали анамнез, оценивали этапы физического развития ребенка и моторные функции. Психологи оценивали эмоционально-личностные особенности ребенка, развитие когнитивной сферы, в частности: внимание, память, мышление, речь, сенсорные эталоны, пространственные отношения, графические навыки и социально-бытовую адаптацию. Применялась балльная система оценки.

По результатам диагностики специалисты оценивали реабилитационный потенциал и разрабатывали единую индивидуальную программу домашней реабилитации, в которой указаны необходимое оборудование и реабилитационные мероприятия.

В рамках организации «Домашнего реабилитационного центра» с семьями были заключены договора безвозмездного временного пользования

оборудованием. Родители (законные представители) прошли инструктаж по использованию и технике безопасности предоставленного оборудования, определены сроки проведения домашней реабилитации. Предоставлены обучающие материалы, разработанные специалистами центра «Фламинго».

Работа «Выездного микрореабилитационного центра» заключалась в проведении интенсив-курсов на дому узкими специалистами. Каждое учреждение работало на своей территории.

Специалисты проводили занятия с ребенком в соответствии с индивидуальной программой домашней реабилитации на протяжении двух недель. При проведении занятий использовалось оборудование, переданное ГАУ «КРЦ «Фламинго» учреждениям соисполнителям для проведения интенсив-курсов, а также оборудование, выданное в семьи. Педагоги и психологи использовали пособия кейса «Эрготерапия», графический планшет, программный комплекс МобиСоло, установленный на ноутбуке, доску Бильгоу, развивающие игры. Инструкторы ФК проводили занятия на тренажере, выполняли комплекс упражнений, составленный для каждого ребенка в соответствии с индивидуальной программой, в том числе и в костюме Атлант. Специалисты по массажу проводили ручной массаж в соответствии с назначениями, а также механомассаж с использованием массажера. По результатам интенсив-курсов каждый специалист подготовил отчет о проведенных занятиях. Родители в процессе реабилитационных мероприятий обучались методам домашней реабилитации.

В течение всего реабилитационного процесса выездная бригада «Службы домашней реабилитации» центра «Фламинго» неоднократно выезжала в каждую семью для проведения первичной, промежуточной и итоговой медико-психолого-педагогической диагностики. По результатам итоговой диагностики все семьи получили рекомендации по дальнейшей реабилитации.

Основываясь на данных мониторинга эффективности реабилитационной работы, можно констатировать положительные результаты различной выраженности во всех 50 семьях. По результатам анкетного опроса 84 % родителей полностью довольны результатом, 16 % – в целом довольно.

По результатам итоговой медико-психолого-педагогической диагностики у детей наблюдается положительная динамика и в физическом развитии. Показатели нормы увеличились на 8 %, показатель недостаточного развития увеличились на 4 % и показатель низкого развития снизился на 12 %. Данная разница говорит об увеличении объема движения в суставах, силовой выносливости мышц, развитии в выработке правильного стереотипа движений. Наблюдается значительная положительная динамика в развитии познавательной сферы (увеличился объем внимания, концентрация внимания, улучшились процессы запоминания, повысилась познавательная активность, расширились представления об окружающем мире). Так показатели нормы увеличились на 20%, показатель недостаточного развития снизился на 6% и показатель

низкого развития снизился на 12 %. В развитии социально-бытовой адаптации показатели нормы увеличились на 10 %, показатель недостаточного развития снизился на 8 % и показатель низкого развития снизился на 2 %. Таким образом можно сделать вывод о расширении диапазона освоения бытовых навыков у детей таких, как прием пищи, одевание – снятие одежды, навыки самообслуживания, помощи по дому, гигиенические навыки. Была отмечена высокая динамика в развитии крупной и мелкой моторики. Так показатели нормы увеличились на 20 %, показатель недостаточного развития снизился на 6 % и показатель низкого развития снизился на 14 %. Данные показатели нам говорят об улучшении координации движений, развитии кистевого и пальчикового праксисов, расширении действий с предметами.

По завершении работы по проекту «Радуга возможностей» ГАУ «КРЦ «Фламинго» планирует продолжить деятельность по данному направлению в рамках основной деятельности [1].

Список литературы:

1. Завершение реабилитационной работы в рамках грантового проекта «Радуга возможностей» // Сайт ГАУ «Кемеровский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Фламинго». – Режим доступа: <https://www.flamingo42.ru/>, свободный (дата обращения: 29.08.2022)

**АКТУАЛЬНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕХНОЛОГИИ
«МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР» В СИСТЕМЕ
КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ**

Сязина Н. Ю.

*директор ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Аннотация. В статье акцентируется внимание на одном из приоритетных направлений государственной политики в сфере защиты детства – оказании комплексной помощи детям-инвалидам и их семьям на территории Российской Федерации. Представлен опыт реализации социальных служб «Микрореабилитационный центр», созданных при поддержке Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в Астраханской области. В частности, эффективная деятельность двух форм организации работы: «Домашний микрореабилитационный центр» и «Выездной микрореабилитационный центр» на базе ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие».

Ключевые слова: микрореабилитационный центр, дети-инвалиды, дети с тяжелыми множественными нарушениями развития, дети с ограниченными возможностями здоровья, абилитация, реабилитация

Обнаружение у ребенка дефекта развития и подтверждение инвалидности вызывает у родителей значительную потребность в помощи и поддержке квалифицированных специалистов. Непрерывность реабилитации является краеугольным камнем ее эффективности. Вместе с тем, получение этой помощи в учреждениях различных министерств и ведомств ограничено курсами, реабилитационными периодами, очередностью. Мер, направленных на социальную адаптацию и интеграцию инвалидов во все сферы жизни общества для достижения ими максимально возможной независимости и повышения качества жизни, при разовом курсе реабилитации явно недостаточно, необходима непрерывная помощь и сопровождение данной семьи и ребенка. Проблема стоит еще более остро в отношении инвалидов с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

По официальным данным в Российской Федерации на 1 января 2022 года дети-инвалиды составляли 6,0 % населения (728998 чел.), в Астраханской области – 8,6 % (4413 чел.). Их количество неуклонно растёт. Так на 1 августа 2022 года в РФ их число составляет 6,2 % (742234 чел.),

а в нашем регионе – 8,8 % (4503) ребёнка-инвалида и более 10 000 детей с ограниченными возможностями здоровья [1].

Оказание комплексной помощи детям-инвалидам и их семьям в Российской Федерации является одним из приоритетных направлений государственной политики в сфере защиты детства, что отражено в ряде стратегически важных документов.

Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года предполагает объединение усилий различных ведомств (здравоохранения, образования, социальной защиты и др.) и формирование единых подходов к оказанию комплекса услуг инвалидам, в том числе детям-инвалидам и их семьям в субъектах Российской Федерации [2].

Комплексная реабилитация – системное понятие, имеющее научные основы и способы практической реализации, которое включает взаимосвязанные элементы концептуального плана и частные технологии социальной работы при решении конкретных вопросов.

Под системой комплексной реабилитации и абилитации понимается совокупность мер по обеспечению инвалидов, в том числе детей-инвалидов, научно обоснованными, доступными, эффективными и безопасными реабилитационными и абилитационными услугами и техническими средствами реабилитации в сочетании с мерами, направленными на их социальную адаптацию и интеграцию.

В процессе комплексной реабилитации участвуют специалисты разных уровней – от организаторов и управленцев до конкретных исполнителей: врачей, реабилитологов, социальных работников, специалистов по реабилитации, педагогов, психологов и многих других.

Реабилитационная система в комплексе включает многообразные структуры, реализующие процессы, которые имеют целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, социального и психического уровня деятельности, поддерживать и, тем самым, изменить жизнь и расширить рамки их независимости.

Однако необходимо признать, что в настоящее время полная интеграция инвалидов в обычную социокультурную жизнь недостижима. Во многих случаях нет технических, медицинских, социальных и других средств, которые компенсировали бы полностью первичные физические дефекты (нарушение слуха, зрения, органов чувств и т. д.). Поэтому специфика социальных связей и отношения к инвалидам в обществе будет оставаться, и «оптимально» процессы сегрегации и интеграции инвалидов будут решаться системой реабилитации, эффективностью работы с инвалидами, их социально-психологическими установками, исполнением законов и т. д.

Согласно положениям концепции, для инвалидов, имеющих нарушения, значительно затрудняющие ведение самостоятельного образа жизни (психические расстройства и расстройства поведения, нарушения функций

слуха, зрения и речи, двигательных и других функций, сочетанные и тяжелые множественные нарушения), особое значение имеют вопросы сопровождения как при предоставлении реабилитационных (абилитационных) услуг, особенно в вопросах трудоустройства и занятости, так и услуг по организации жизнеустройства в целом, а также вопросы создания по месту их жительства, обучения, работы, досуга, постоянной реабилитационной среды, в том числе в рамках реализации технологий домашнего (семейного) микрореабилитационного центра.

Данная технология предполагает активное включение семей, воспитывающих детей-инвалидов, в реабилитационный (абилитационный) процесс, в том числе предусматривающее создание домашней реабилитационной среды и оказание реабилитационных (абилитационных) услуг на дому по месту проживания ребенка.

В настоящее время в 42 российских регионах семьям, воспитывающим детей с инвалидностью, оказывают помощь 69 социальных служб «Микро-реабилитационный центр», созданные при поддержке Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Данные структурные подразделения были созданы на базе организаций, прошедших конкурсный отбор инфраструктурных проектов Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В Астраханской области соответствующие структуры были созданы на базе двух учреждений – «Научно-практическом центре реабилитации детей «Коррекция и развитие» (обслужено 200 детей из 4 районов: Володарский, Красноярский, Наримановский, Лиманский) и «Областном реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями» (обслужено 90 детей из 5 районов: Володарский, Камызякский, Красноярский, Наримановский и Приволжский).

Социальными службами «Мобильный микрореабилитационный центр» было обслужено 290 детей из 6 районов Астраханской области.

Микрореабилитационные центры используют следующие формы организации работы:

«Домашний микрореабилитационный центр» – организация реабилитационного пространства на дому для обеспечения реализации краткосрочных программ реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе принятых в замещающие семьи; обучения родителей (законных представителей) использованию реабилитационного оборудования и повышения их компетентности в вопросах комплексной реабилитации и абилитации детей.

«Выездной микрореабилитационный центр» – создание мобильных (междисциплинарных) бригад, включающих специалистов различных профилей (медицинского, социального, психологического, педагогического, правового и других) для оказания комплекса услуг детям-инвалидам, детям с ограниченными возможностями здоровья, проживающим в отдаленных

районах, не имеющих возможности посещения реабилитационных центров (отделений).

В деятельности микрореабилитационного центра возможно сочетание двух указанных выше форм, а также включение дополнительных форм организации работы с целевой группой (территориальных отделений (кабинетов) реабилитации).

Целевая группа:

- дети-инвалиды, в том числе дети с тяжелыми множественными нарушениями развития;
- дети с ограниченными возможностями здоровья;
- семьи, воспитывающие детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья, включая замещающие семьи.

Состав целевой группы проекта, ее количественные характеристики учитываются при оценке масштабности и значимости проекта, обоснованности финансовых затрат на его реализацию.

В мероприятиях проекта также участвуют:

- дети, которые составляют ближайшее социальное окружение детей целевой группы проекта;
- взрослые, которые непосредственно связаны с детьми – участниками проекта;
- специалисты государственных и муниципальных организаций различной ведомственной принадлежности, российских негосударственных некоммерческих организаций и общественных объединений – соисполнителей мероприятий проекта (подтверждение участия организаций в качестве соисполнителей указывается в письмах поддержки, прилагаемых к заявке).

Специалисты служб выстраивают реабилитационный маршрут для конкретной семьи и обеспечивают ребёнку качественную и непрерывную помощь. Вне зависимости от того, где живёт семья – в столице региона, в маленьком городке или отдалённом селе. Внимание адресовано тем, у кого нет возможности регулярно посещать реабилитационные центры. Это семьи с детьми, имеющими тяжёлые множественные нарушения развития, семьи с маломобильными детьми, семьи с детьми-инвалидами, проживающие в отдалённых районах. Вся помощь предоставляется семьям бесплатно.

Эффективность деятельности специализированных служб отражается в следующих результатах:

- повышение качества жизни детей-инвалидов, в том числе детей с тяжелыми множественными нарушениями развития;
- повышение доступности реабилитационных услуг и обеспечение непрерывности реабилитационного процесса;
- повышение эффективности взаимодействия органов и организаций, оказывающих помощь детям-инвалидам и детям с ОВЗ и родителям, их воспитывающим;

- повышение профессиональных компетенций руководителей и специалистов учреждений на базе профессиональной стажировочной площадки Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- повышение уровня компетентности родителей в вопросах реабилитации и абилитации детей с инвалидностью, их воспитания и ухода.

Список литературы:

1. Данные Федеральной государственной информационной системы «Федеральный реестр инвалидов». – Режим доступа: <https://sfri.ru/analitika/chislennost/chislennost-detei?territory=undefined> (дата обращения: 05.08.2022).

2. Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года: утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2021 года № 3711-р. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_405017/6610a41a9b2461132bf4adb30815ce32d1c1ad27/ (дата обращения: 27.07.2022).

**ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОВЗ,
В РАМКАХ ДОМАШНЕГО МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА**

Сязина Н. Ю.

*директор ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»*

Овсянникова Т. Ю.

к.психол.н., заведующий службой психолого-педагогической помощи

Рахманина И. Н.

к.психол.н., заместитель директора по научно-методической работе

Франтасова Е. П.

заместитель директора по социально-реабилитационной работе

ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей

«Коррекция и развитие»,

Астрахань

Аннотация. В статье представлен опыт реализации социально-психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ в рамках Домашнего микрореабилитационного центра на базе ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие».

Ключевые слова: домашний микрореабилитационный центр, дети-инвалиды, дети с ОВЗ, социально-психологическое сопровождение

Современный подход к семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), рассматривает ее как реабилитационную структуру, изначально обладающую потенциальными возможностями к созданию максимально благоприятных условий для развития и воспитания ребенка.

Рождение малыша с отклонениями в развитии, независимо от характера и сроков его заболевания или травмы, изменяет, а нередко нарушает весь ход жизни семьи. Обнаружение у ребенка дефекта развития и подтверждение инвалидности почти всегда вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние, семья оказывается в психологически сложной ситуации. В этот момент семья особенно остро нуждается в поддержке квалифицированных специалистов.

В целях сопровождения семей из отдаленных районов Астраханской области в рамках проекта Домашнего микрореабилитационного центра было организовано социально – психологическое сопровождение семей, воспитывающих детей с ОВЗ, детей-инвалидов. Социально-психологическое сопровождение было организовано в смешанном формате и было

представлено как очными встречами, так и встречами в онлайн-режиме с использованием цифровых технологий.

Социально-психологическое сопровождение представляет собой комплекс выездных психолого-педагогических и информационных консультаций, а также услуг на цифровой платформе «Mirapolis» и личного кабинета получателя услуг на сайте учреждения – развитие30.рф [1]. На сайте учреждения в разделе «Карта мероприятий» представлена справочная информация о проекте, участниках, программах мастер-площадок для родителей, регламентах проведения цифрового социально-психологического сопровождения семей в период реабилитационного курса. На сайте учреждения имеется возможность регистрации участников проекта Домашнего микро-реабилитационного центра в личном кабинете. После регистрации родители или законные представители ребенка могут связаться с методистом, который ответит на организационные вопросы, касающиеся прохождения цифрового социально-психологического сопровождения. Информация для родителей по вопросу цифрового сопровождения распространялась через созданные в мессенджерах чаты, где родители могли получать актуальные сведения о датах проведения консультаций специалистов, мастер-площадок в онлайн-режиме.

Проведению мероприятий по социально-психологическому сопровождению семей, воспитывающих детей ОВЗ, в рамках Домашнего микро-реабилитационного центра предшествовал выездной медико-психолого-педагогический консилиум, в рамках которого педагог-психолог определял потребности семей в социально-психологическом сопровождении, с учетом выявленных нарушений функционирования у ребенка в домашних условиях.

По итогам консилиума проводилась предварительная оценка состояния ребенка и назначалась углубленная комплексная психолого-педагогическая диагностика. Диагностика включала в себя оценку факторов среды, способствующих развитию или ограничивающих его. По результатам диагностики определялись задачи социально-психологического сопровождения, Экспертным советом назначался комплекс мероприятий, заполнялась программа индивидуального сопровождения семьи, включающая расписание индивидуальных и групповых консультаций, обучающих мастерских.

Специалист по социально-психологическому сопровождению выезжал в район и детально обсуждал результаты первичной диагностики, программу социально-психологического сопровождения семьи и составлял индивидуальное расписание консультаций для родителей со специалистами и график индивидуальных в онлайн-режиме занятий с использованием цифровых технологий. Перед детальной разработкой индивидуальной программы социально-психологического сопровождения специалисты собирали у родителей (опекунов) ребенка информацию о наличии в доме необходимого оборудования для проведения социально-психологических консультаций

и обучающих мастерских, об имеющихся условиях для занятий и режиме дня ребенка, и выбирали тактику после анализа полученной информации.

В соответствии с расписанием занятий в индивидуальном кабинете регулярно были организованы занятия со специалистами в рамках программы социально-психологического сопровождения семей. Социально-психологическое сопровождение было реализовано с учетом комплексного подхода. В мультидисциплинарную реабилитационную команду входили: мама (опекун) ребенка, педагог-психолог, арт-терапевт, АВА-терапевт, нейропсихолог. На каждой консультации специалисты обсуждали с родителями или законными представителями проведенные занятия, осуществляли мониторинг достижений и предоставляли в случае необходимости рекомендации для самостоятельной реализации индивидуальной программы в онлайн-режиме с использованием цифровых технологий.

Социально-психологическое сопровождение проводилось с применением следующих методов, которые позволяли улучшить функционирование ребенка в домашних условиях в различных областях жизнедеятельности:

- нейрокоррекция – ориентирована на восстановление и формирование межполушарных связей, взаимодействие между различными зонами головного мозга, стимуляцию психического и речевого развития у детей с задержками речевого и психоречевого развития, минимальными мозговыми дисфункциями, стимуляцию речевых и когнитивных функций после органического поражения головного мозга;

- арттерапия – помогает справиться с различными нарушениями поведения, наладить взаимоотношения с другими детьми и взрослыми, избавиться от психосоматических заболеваний, повышенной тревожности, страха, неврозов, пережить трудности, которые связаны с различными семейными и социальными ситуациями;

- АВА-терапия – помогает расширению речевых навыков, игры, социализации и уменьшению нежелательного поведения;

- игровая терапия – это метод основан на базе уникальной многоуровневой образовательной среды, в которой ребенок учится взаимодействию с окружающим миром, сверстниками, взрослыми, осваивает социальные навыки, получает первый практический опыт, благодаря которому постепенно начинает становиться самостоятельным;

- антистресс терапия – это разработанные ведущими психологами уникальные сеансы аудиорелаксации, бинауральной стимуляции и цветотерапии, направленные на стабилизацию психоэмоционального состояния родителей.

В процессе реализации реабилитационной программы в личном кабинете для родителей проводились мастер-площадки, онлайн и офлайн лекции, направленные на обучение родителей эффективным способам преодоления причин, препятствующих адекватному развитию ребенка с ОВЗ и нарушающих гармоничную внутрисемейную жизнедеятельность в соответствии с программой социально-психологического сопровождения.

Специалисты заботились о том, чтобы родители могли заниматься с детьми дома, и разработали различные методические рекомендации. В разделе «Мамина библиотека» родители могли прочитать и скачать в постоянное пользование необходимые для занятий с детьми в домашних условиях материалы. Все размещенные в этом разделе материалы оснащались при необходимости дополнительным видео.

После завершения психолого-педагогического сопровождения проводилась итоговая комплексная диагностика и составлялась программа для самостоятельного проведения занятий в домашних условиях, разрабатывались рекомендации для последующей реабилитации.

Список литературы:

1. Специалисты центра «Коррекции и развития» проводят мероприятия для семей Наримановского района в формате «Домашний микрореабилитационный центр» // Сайт ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие». – Режим доступа: <https://развитие30.рф>, свободный (дата обращения: 01.09.2022).

**ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ
«МОБИЛЬНЫЙ МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»**

Тимашева Л. В.

к.психол.н., заведующий ресурсным методическим центром

Голинько М. А.

методист ресурсного методического центра,

ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей

«Коррекция и развитие»,

Астрахань

Аннотация. В статье представлен опыт информационно-методического сопровождения проекта «Мобильный микрореабилитационный центр», который был реализован в ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» г. Астрахани.

Ключевые слова: информационно-методическое сопровождение, микрореабилитационный центр, целевая аудитория, каналы коммуникации

Эффективность работы мобильного микрореабилитационного центра обеспечивалась консолидацией согласованных действий всех участников, включённых в эту деятельность. Задача информационно-методического сопровождения была возложена на ресурсный методический центр учреждения (РМЦ).

Информационное и методическое сопровождение любого проекта является важным условием его существования и продвижения не только среди целевой группы, а и общества в целом. Это предполагает целенаправленную и систематическую работу по созданию и организации информационных ресурсов в электронной среде и набор сервисов (услуг) по их доведению пользователям [1].

Основной целью информационного сопровождения проекта «Мобильный микрореабилитационный центр» являлось обеспечение максимально полного и длительного присутствия проекта в информационном поле, доступном как для целевой аудитории, так и общественности в целом.

Цель методического сопровождения заключалась в оказании методической помощи специалистам, участвующим в проекте, повышении компетентности родителей целевой группы проекта, освоении ими наиболее рациональных методов, приемов развития и воспитания детей-инвалидов и детей с ОВЗ.

Целевой аудиторией информационного сопровождения выступили семьи, воспитывающие детей-инвалидов, детей с ОВЗ, проживающие в Володарском, Красноярском, Лиманском и Наримановском районах Астраханской

области, а также специалисты Комплексных центров социального обслуживания населения и научно-практического центра реабилитации детей «Коррекция и развитие», оказывающие помощь данной категории семей.

Была разработана программа информационного сопровождения и планы-графики на каждый год, которые были утверждены на заседании рабочей группы.

Специалистами РМЦ были определены и успешно решены следующие задачи:

- организация полноценного информирования общественности о целях, задачах, процессе и результатах проекта;
- обеспечение информационной открытости реализации проекта, его продвижение в информационном пространстве Астраханской области и Российской Федерации;
- организация информирования целевой аудитории и общественности через средства массовой информации (СМИ) и иных каналов коммуникации о мероприятиях по реализации проекта, содержании и результатах деятельности социальной службы «Мобильный микрореабилитационный центр»;
- содействие прямому участию целевой группы, организаций-соисполнителей проекта, СМИ и широкой общественности в мероприятиях проекта;
- создание системы «обратной связи», позволяющей учитывать интересы целевой аудитории и организаций-соисполнителей мероприятий проекта.

Информационное сопровождение было основано на принципах информационной открытости, ориентированности на целевые аудитории, оперативности и регулярности публикации информации, полноты, достоверности и доступности информации [2]. Это позволяло осуществлять оперативное информационное сотрудничество между участниками проекта, планировать и корректировать информационную деятельность.

Использовались следующие каналы коммуникации:

- официальный сайт учреждения, на котором был создан тематический раздел «Мобильный микрореабилитационный центр»;
- сайты организаций-соисполнителей мероприятий проекта, на которых размещались анонсы о запланированных мероприятиях, методические материалы и новостные заметки, подготовленные методистами РМЦ;
- СМИ и социальные сети («Вконтакте», «Telegram», «Одноклассники»), которые использовались для распространения информации о деятельности социальной службы «Мобильный микрореабилитационный центр» среди широкого круга общественности;
- каналы YouTube и RuTube – для размещения информационных видеороликов;
- использование сети Интернет позволяло не только оперативно распространять актуальные материалы, но и организовывать онлайн-консультирование, размещать информацию и методические материалы;

- прямой контакт с целевой аудиторией (распространение печатных информационных и методических материалов);
- инфозона (мультимедийное информационное табло учреждения, информационные стенды организаций-соисполнителей проекта).

На специально созданном разделе сайта были представлены нормативно-правовые документы, обеспечивающие реализацию проекта. Регулярно выкладывалась актуальная информация о деятельности социальной службы и оказываемых ею услугах. Там же размещались методические материалы для родителей и специалистов, новостные заметки о ходе реализации проекта (рис.).



Рисунок. Тематический раздел сайта

В задачи специалистов РМЦ входило тиражирование информационных и методических материалов, своевременное обеспечение ими междисциплинарной команды специалистов, специалистов организаций-соисполнителей, родителей. Общий тираж информационных и методических материалов для родителей составил более 1000 экземпляров. На сайте размещено 11 буклетов

и брошюр с рекомендациями для родителей информационных. На каналах YouTube и RuTube размещено 27 обучающих мероприятий для родителей.

Для специалистов был создан методический кейс, который включает «Методические рекомендации для специалистов по организации работы выездного микрореабилитационного центра» и электронный сборник «Системный подход к оказанию комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях реабилитационного центра», в котором представлен обобщенный и систематизированный опыт многолетней работы специалистов учреждения, используемые при оказании помощи инновационные коррекционно-педагогические, психолого-педагогические технологии, доказавшие свою эффективность.

Помимо этого, оказана методическая помощь 15 специалистам, которые обучались на профессиональных стажировочных площадках Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, по программам «Домашний микрореабилитационный центр» и «Выездной микрореабилитационный центр». Обучение специалистов из районов осуществлялось на виртуальной площадке платформы «Мираполис», где специалистами нашего учреждения были организованы научно-практические и методические семинары, семинары-практикумы и мастер-площадки по 44 темам.

Реализуя задачу организации информирования целевой аудитории и общественности через СМИ специалистами РМЦ создано три информационных видеоролика, размещено более 170 новостных заметок о работе и результатах деятельности службы, выпущен тематический выпуск корпоративной газеты «Особенная». На сайте учреждения размещено 10 видео отзывов родителей и 4 видео отзыва руководителей организаций-соисполнителей проекта.

В ходе реализации проекта осуществлялось методическое сопровождение процесса внедрения в деятельность социальной службы двух инновационных технологий:

1. Технология социально-психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ, «ЭкспериментариУм для родителей», в рамках которой ежемесячно, по актуальным запросам родителей проводились тематические беседы и мастер-площадки, в том числе, в дистанционном формате. Также для каждой семьи были предусмотрены тренинги, способствующие созданию условий для реабилитации ребенка в домашних условиях. Технология разработана специалистами службы психолого-педагогической помощи Центра.

2. Технология социального сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ, «Виртуальный микрореабилитационный центр», которая предполагала дистанционный формат работы с семьями после завершения интенсивных курсов реабилитации.

Взаимодействие специалистов с семьями в онлайн режиме также осуществлялось с использованием мессенджера WhatsApp и SKYPE. За время

проекта профильными специалистами было проведено 118 онлайн-консультаций.

При реализации дистанционного сопровождения семей мы столкнулись с проблемами технического характера – недостаточная скорость интернета в одних семьях и полное его отсутствие в других. Было принято решение, что те семьи, которые не могли участвовать в консультациях из дома, приходили в Комплексные центры социального обслуживания населения, где им обеспечивали необходимые условия и соответствующее оборудование.

Результаты информационно-методического сопровождения проекта «Мобильный микрореабилитационный центр» были представлены на организованной ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» Всероссийской научно-практической конференции «Микрореабилитационный центр» – новый формат оказания поддержки семьям, воспитывающим детей с различными особенностями развития» 28-29 сентября 2022 года на базе ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет им. В.Н. Татищева».

Список литературы:

1. Лаврик, О. Л. Шевченко, Л. Б. Информационное сопровождение как новый этап развития информационной деятельности // Научно-техническая информация. Сер. 1. Организация и методика информационной работы. – 2006. – № 9. – С. 19.

2. Федеральный закон от 09.02.2009 N 8-ФЗ (ред. от 30.04.2021) «Об обеспечении доступа к информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления». – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_84602/ (дата обращения 10.07.2022).

СЮЖЕТНЫЕ ИГРЫ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЗАУЧИВАНИЯ СТИХОТВОРЕНИЙ

Типакова И. С.

*учитель-дефектолог отделения лечебной педагогики,
ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей
«Коррекция и развитие»,
Астрахань*

Аннотация. В статье рассматривается проблема формирования интереса у детей к литературным произведениям. Даются рекомендации по разучиванию стихотворений. Предложен авторский способ эффективного разучивания стихотворений с использованием сюжетной игры.

Ключевые слова: сюжетные игры, разучивание, стихотворение

В современном мире при взаимодействии родителей с детьми отсутствует традиция совместного чтения литературных произведений, взрослые все меньше и меньше читают перед сном, рассказывают сказки, разучивают стихотворения. А те из них, которые знакомят своих детей с книгами, часто сталкиваются с проблемой, что дети их не слушают или мало интересуются чтением. Это приводит к тому, что подрастающее поколение не слышит правильную, грамотную речь. Отсутствие полноценного эмоционального общения с близкими для ребенка взрослыми, по мнению Н. С. Жуковой, Е.М. Мастюковой и Т.Б. Филичевой, может являться одной из причин возникновения общего недоразвития речи (ОНР) [6, с. 3–15].

Специалисты, изучающие речевое развитие детей (В.К. Воробьева, Б.М. Гриншпун, В.П. Глухов, В.А. Ковшиков, Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Феличева и др.), отмечают, что речь детей с ОНР отличается бедностью и однообразием, она малопонятна для окружающих. Они плохо усваивают навыки словоизменения и словообразования. Их словарный запас отстает от нормы, как по количественным, так и по качественным показателям; страдает как звуковая, так и смысловая сторона речи [5, с. 44–56].

Особенно страдает связная речь. Ребенок не может сам правильно рассказать о чем-либо и составить собственное связное речевое высказывание. Специалисты отмечают у детей наличие лишь простых нераспространённых, реже распространенных предложений. Однако и в этих предложениях у большей части детей наблюдаются многочисленные ошибки: нарушение порядка слов, согласования, пропуски или замены сложных предлогов, неправильное употребление слов [3, с. 58–67], [4, с. 10].

Именно поэтому в настоящее время остро стоит проблема формирования интереса детей к литературным произведениям, в частности к их стихотворным формам. Вторичные отклонения в развитии ведущих психических

процессов (восприятия, внимания, памяти, воображения и др.), создают дополнительные затруднения в обучении и воспитании детей с ОНР, особенно в заучивании стихотворений.

Польза разучивания стихотворений изучена давно:

- у ребенка развивается память;
- увеличивается активный словарь детей, речь ребёнка становится более богатой и разнообразной;
- формируется чувство языка: ребёнок запоминает фразы, поэтому, при заучивании стихотворения, в его памяти фиксируется как правильно сочетать одно слово с другим;
- развивается фонематический слух;
- заучивание стихотворений является важным не только обучающим, но и воспитательным моментом.

В различных литературных источниках можно встретить рекомендации по разучиванию стихотворений с детьми: с какого возраста лучше начинать, какие стихи должны быть по интонации и объёму; а также раскрыты методы и приемы заучивания.

Одни авторы советуют рассматривать картинки в книгах, одновременно читая стихотворения. Для детей младшего возраста стихи должны быть небольшие по объёму, четырех строчек будет вполне достаточно. Другие авторы считают, что наиболее благоприятным возрастом для заучивания стихотворений является возраст 4–5 лет. По их мнению, именно в этот возрастной отрезок начинает особенно быстро развиваться память ребенка.

Третьи авторы пишут, для того чтобы стихотворение училось легко, оно должно по содержанию соответствовать не только возрасту, но и темпераменту ребенка. Поэтому активным детям лучше предлагать для запоминания стихи ритмичные, веселые, а спокойным - размеренные, плавные [1, с. 35].

Интересно мнение специалистов, которые рекомендуют рисовать стихотворения, либо использовать мнемотаблицы [2, с. 80–95]. Все рекомендации схожи в одном: заучивать стихотворение следует эмоционально и с выражением, – такова детская природа.

Я считаю, что одним из интересных способов заучивания стихотворений в игровой форме обучения является *обыгрывание стихов*. Доказано, что дети лучше запоминают слуховую информацию с подключением зрительного анализатора. Разыгрывая сюжеты из стихотворения, ребенок сам того не замечая, запоминает его. На своих занятиях мы подбираем такие произведения, которые интересны ребенку, соответствуют уровню его развития, и их можно обыграть. К стихотворению мы подбираем подходящие игрушки и атрибуты из сюжета.

Например, чтобы обыграть стихотворения А. Барто «Грузовик», «Наша Таня», используем небольшие фигурки главных героев (мальчикам подойдут фигурки Lego, роботы, а девочкам – небольшие куколки), транспорт (грузовик, кораблик) и разнообразные мелкие игрушки, такие как мячик, веревка и др. (рис. 1–8).



Нет! Напрасно мы решили Прокатить кота в машине



Кот кататься не привык – Опрокинул грузовик.

Рисунки 1–4. А. Барто «Грузовик»



Наша Таня громко плачет: Уронила в речку мячик.



– Тише, Танечка, не плачь: Не утонет в речке мяч.

Рисунки 5–8. А. Барто «Наша Таня»

Разыгрывая, например, стихотворение «Грузовик», на первых порах можно задавать ребёнку наводящие вопросы:

- Что решили сделать ребята?
- Кого они решили прокатить?
- Какую машину взяли?
- Покажи, как они катали кота.
- Что из этого получилось?

Когда ребенок «освоит» произведение, задавать наводящие вопросы уже не нужно. Достаточно просто произносить стихотворение под действия ребенка. А со временем, обыгрывая сюжеты, ребенок сам начнет его озвучивать.

Замечено, что дети с ОНР не всегда вполне понимают смысл произведения. Часто наблюдаются ошибки в передаче логической последовательности событий, смысловые пропуски (в стихотворении перескакивают со строчки на строчку или меняют их местами).

В этом случае мы рекомендуем фотографировать ключевые моменты игры, а затем показывать их ребенку, используя фотографии в качестве подсказки по принципу мнемотаблиц. Детям нравится смотреть на свою игру со стороны, и они эмоциональнее включаются в процесс заучивания.

Таким образом, обыгрывание стихотворений способствует более эффективному запоминанию, развивает внимание, память, словесно-логическое мышление, а также повышает работоспособность в обучающем процессе.

Список литературы:

1. Ахмадуллин, Ш. Т. Развитие памяти у детей. Как научить ребенка запоминать легко и надолго. – М.: Изд-во Билингва, 2016. – С. 35.
2. Ахмадуллин, Ш. Т. Книга о том, как тренировать память у детей 4–6 лет: учебно-практическое пособие. – М.: Изд-во Филиппок и К, 2019. – С. 80–95.
3. Гриншпун, Б. М. Нарушение речи у дошкольников. – М.: Изд-во Просвещение, 2019. – С. 58-67.
4. Ковшиков, В. А. Методика диагностики и коррекции нарушений употребления падежных окончаний существительных. – М.: Изд-во Каро, 2016. – С. 10.
5. Мастюкова, Е. М. Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст. – М.: Изд-во Эксмо, 2018. – С. 44–56.
6. Филичева, Т. Б., Орлова, О. С., Туманова, Т. В. Основы дошкольной логопедии. ФГОС. – М.: Изд-во Эксмодетство, 2015. – С. 3–15.

**ВЫЕЗДНОЙ МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
КАК АЛЬТЕРНАТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ, ПРОЖИВАЮЩИМИ
В ОТДАЛЕННЫХ ГОРНЫХ МЕСТАХ**

Цагараева З. Р.

директор,

Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания

Республиканский детский реабилитационный центр «Тамиск»,

Владикавказ

Аннотация. В статье дается обоснование актуальности организации работы социальной службы микрореабилитационного центра с целью комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов, проживающих в горных районах РСО-Алания. Описываются цель, задачи, организация деятельности социальной службы «Микрореабилитационный центр». Преимущество данной практики заключается в мультидисциплинарном подходе команды специалистов и членов семьи ребенка. Она объединяет усилия родителей и профессионалов в области реабилитации и призвана помочь семьям успешно преодолевать трудности.

Ключевые слова: дети-инвалиды, комплексный индивидуально-ориентированный подход, микрореабилитационный центр, реабилитация в домашних условиях

В банке данных Министерства труда и социального развития в РСО-Алания на 01.12.2020 г. числится – 1901 чел. детей-инвалидов, из них 282 ребенка проживают в горных районах республики (Алагирском, Дигорском и Ирафском) и 92 ребенка живет в замещающих семьях. ГБУ «РДРЦ «Тамиск» является базовым учреждением социальной сферы РСО-Алания, занимающимся медицинской и социальной реабилитацией детей-инвалидов и детей с ослабленным здоровьем, а также иных категорий детей, нуждающихся в особой поддержке государства в возрасте от 3 до 15 лет, совместному пребыванию матери и ребенка.

Актуальность проекта заключается в том, что, в настоящее время семьи, воспитывающие детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), и проживающие в горных районах РСО-Алания, сталкиваются с рядом проблем, препятствующих обеспечению непрерывного процесса комплексной реабилитации и абилитации ребенка: низкий уровень информированности семей в вопросах реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ОВЗ; тяжелое материальное положение, затрудняющее приобретение необходимого реабилитационного оборудования,

а также игрового и другого оборудования и инвентаря для использования в домашних условиях; низкая мотивированность родителей (законных представителей) на выполнение реабилитационных мероприятий в связи с эмоциональным выгоранием; низкая социальная активность детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья и их родителей (законных представителей). Помимо этого, отдаленность места проживания семей, имеющих детей-инвалидов и детей с ОВЗ, от места нахождения реабилитационных учреждений, которые, в основном расположены в столице РСО-Алания – г. Владикавказе, также не способствует комплексной непрерывной реабилитации детей данной категории.

Цель проекта – создать на базе РДРЦ «Тамиск» РСО-Алания «Микрореабилитационный центр» для детей-инвалидов, проживающих в труднодоступных горных районах республики, в том числе и в замещающих семьях.

Задачи проекта: создать условия, обеспечивающие управление проектом; организовать работу социальной службы «Микрореабилитационный центр «Тамиск»; оказать помощь целевым группам; распространить опыт реализации проекта.

Целевая группа – 70 человек – дети-инвалиды, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и нервной системы, в том числе, имеющие множественные пороки развития; 30 человек – замещающие семьи, воспитывающих детей-инвалидов, а также детей с ОВЗ.

Соисполнителями мероприятий проекта являются Государственное бюджетное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения Алагирского района», Государственное бюджетное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения Дигорского района», Государственное бюджетное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения Ирафского района».

На базе КЦСОН организованы территориальные кабинеты реабилитации, специалисты которых выступают в качестве реабилитационных менеджеров по сопровождению семей, участвующих в проекте. Созданы и оснащены территориальные кабинеты реабилитации в районах РСО-Алания, участвующих в реализации проекта. В Центре создан пункт проката технических средств реабилитации психолого-педагогического, коррекционно-развивающего оборудования, в том числе компьютерных коррекционных игр. Необходимое оборудование выдается в семью во временное пользование через пункт проката, составлены договоры на безвозмездное временное пользование. Помимо постоянно установленного оборудования используем переносное, применяемое в курсовом регламенте. Все процедуры на физиоаппаратах проводятся медицинскими работниками учреждения. Спектр оборудования достаточно широкий и устанавливается в зависимости от нуждаемости и потребности ребенка.

Основная идея проекта – это организация работы микрореабилитационного центра с целью комплексной реабилитации и абилитации детей-

инвалидов, проживающих в горных районах РСО-Алания. Болезнь детей, естественно, очень сильно отражается на родителях, в частности 33 % родителей детей, больных раком, даже в период ремиссии, настолько подавлены и напряжены, что нуждаются в профессиональной помощи [1, с. 12]. Семейно-центрированный подход к абилитации и реабилитации детей инвалидов предусматривает в качестве целеполагания оказание помощи всей семье, а не только ребёнку [2, с. 6].

В рамках технологии «Микрореабилитационного центра» обеспечено пролонгированное социальное сопровождение семей, воспитывающих таких детей, обучение родителей применению специализированного реабилитационного оборудования и повышение их компетентности в вопросах развития, воспитания и обучения детей с нарушениями развития, обеспечение активной роли родителей в процессе комплексной реабилитации и социального сопровождения, повышение профессиональных компетенций специалистов в вопросах организации деятельности микрореабилитационного центра.

Специалисты прошли повышение профессиональной квалификации по направлению деятельности микрореабилитационного центра на базе Бюджетного учреждения социального обслуживания Вологодской области «Комплексный центр социального обслуживания населения города Череповца и Череповецкого района «Забота» («Выездной микрореабилитационный центр») и Государственного автономного учреждения социального обслуживания Московской области «Комплексный центр социального обслуживания и реабилитации «Журавушка» («Домашний микрореабилитационный центр»).

На основе результатов диагностики, проведенной врачами Центра – педиатра, невролога, психолога, физиотерапевта, проектируются индивидуальные программы реабилитации, разрабатывается необходимая документация для контроля и учета проводимых мероприятий, которая находится как у родителя, так и специалистов Центра. Установлен график для выезда специалистов на дом.

Периодичность посещения каждым специалистом семьи ребёнка-инвалида зависит от многих факторов, среди которых определяющим являются вид и степень тяжести инвалидности, объём выявленных по результатам реабилитационной диагностики потребностей в проведении абилитационных и реабилитационных мероприятий, период работы с семьёй (впервые проводимые мероприятия по технологии ДМРЦ, повторные проводимые мероприятия, поддерживающая работа и т.п.) [2, с. 32].

Исходя из потребностей родителей к команде присоединяется юрист для оказания консультативной и реальной помощи в обеспечении средствами реабилитации, для взаимодействия с фондом социального страхования и другими органами власти, в зависимости от проблем, которые возникают у наших подопечных.

Одним из главных условий реализации проекта является создание реабилитационной среды дома в соответствии с реабилитационным диагнозом ребенка. Выезды междисциплинарной группы, состоящей из медицинских, педагогических и социальных работников в кабинеты реабилитации и в семьи осуществляются 1 раз в месяц. Проводятся реабилитационные занятия с детьми, согласно индивидуальным программам реабилитации, направленных на повышение его реабилитационного потенциала. Проводятся медико-психолого- педагогических консилиумы для оценки эффективности реализуемых индивидуальных программ и динамики состояния здоровья детей 1 раз в квартал. Проблема одиночества таких семей, детей, постоянно стоит на повестке дня, и мы делаем очень многое, чтобы объединить такие семьи, найти друзей детям, расширить социальные границы семьи.

Создание социальной службы «Микрореабилитационный центр» на базе ГБУ «РДРЦ «Тамиск» способствует повышению качества, доступности и непрерывности реабилитационных услуг для детей-инвалидов и детей с ОВЗ; увеличению реабилитационного, интеграционного и коммуникативного потенциала семей, воспитывающих детей-инвалидов и проживающих в труднодоступных горных районах РСО-Алания; координации деятельности специалистов, оказывающих услуги семьям, и повышение их профессиональной компетенции в вопросах организации микрореабилитационного центра.

Мы глубоко убеждены, что этому проекту нужно жить, развиваться, так как он дает не только положительные результаты, но в корне меняет взаимоотношения в семье.

Список литературы:

1. Дэвис, Х. Как помочь семье, в которой серьезно болен ребенок: взгляд психолога / пер. с англ. О. Н. Хрущовой. – М.: Этерна, 2010. – 87 с.
2. Лысенко, А. Е. Инновационная технология комплексной реабилитации детей-инвалидов в условиях семьи «Домашний микрореабилитационный центр»: учебно-методическое пособие. – М., 2014. – 109 с.

**ЭФФЕКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МЕТОДЫ РАБОТЫ
С ДЕТЬМИ С ОСОБЕННОСТЯМИ В РАЗВИТИИ В РАМКАХ
ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ
«МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР «СТИРАЯ ГРАНИ»**

Черткова Т. Н.

*заведующий отделением реабилитации для детей и подростков
с ограниченными умственными и физическими возможностями,
Государственное бюджетное учреждение Республики Коми
«Центр по предоставлению государственных услуг в сфере социальной
защиты населения Эжвинского района города Сыктывкара»,
Сыктывкар*

Аннотация. В данной статье содержится информация об эффективных методах и технологиях работы с детьми с инвалидностью и детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), их семей, способствующих восстановлению социального статуса детей, улучшению психоэмоционального благополучия, максимальной социальной адаптации с дальнейшей интеграцией в общество, преодолению психологических барьеров, нивелированию границ между социальной службой и семьей, воспитывающей ребенка с особенностями, обеспечивающих оказание необходимой своевременной качественной непрерывной комплексной реабилитационной/абилитационной помощи данной категории детей.

Ключевые слова: реабилитация/абилитация, социальная служба, развитие, технологии, дети с инвалидностью, дети с ОВЗ

В настоящее время семьи, воспитывающие детей-инвалидов и детей с ОВЗ, сталкиваются с рядом проблем, препятствующих обеспечению своевременного непрерывного процесса комплексной реабилитации/абилитации ребенка: труднодоступность к месту проведения реабилитационных/абилитационных мероприятий, низкий уровень информированности семей в вопросах реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ОВЗ, тяжелое материальное положение, затрудняющее приобретение необходимого реабилитационного/абилитационного, игрового и другого оборудования и инвентаря для использования в домашних условиях, низкая мотивированность родителей (законных представителей) на выполнение реабилитационных/абилитационных мероприятий в связи с их эмоциональным выгоранием, низкая социальная активность детей-инвалидов, детей с ОВЗ и их родителей (законных представителей).

По мнению Н.И. Густайте, главная проблема семьи, воспитывающей ребенка-инвалида и ребенка с ОВЗ, заключается в нарушении ее связи

с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов, в элементарном образовании родителей [2, с. 29].

Помочь семьям, воспитывающим таких детей, может правильно выбранный социальный подход [4, с. 33].

Создание социальной службы «Микрореабилитационный центр» на территории Эжвинского района города Сыктывкара позволяет действительно решить указанные проблемы, способствуя повышению качества, доступности и непрерывности реабилитационных и абилитационных услуг для детей-инвалидов и детей с ОВЗ, оказанию помощи и поддержки в успешной социальной адаптации семьи, воспитывающей такого ребенка, координации деятельности специалистов, оказывающих услуги семье, обучению родителей (законных представителей) и лиц, осуществляющих уход за ребенком, а также представляет возможность более содержательно и результативно обеспечить поддержку детям-инвалидам и детям с ОВЗ, помочь освоить социальные навыки, получить новые знания, развить творческий потенциал.

Согласно Т.И. Королёвой, преимущества технологии «Микрореабилитационный центр» – это абсолютно индивидуальный подход и персонализация услуг; непрерывность, преемственность и последовательность процесса реабилитации; технология не противопоставляет, а органично дополняет существующие институты реабилитации; сопровождает и поддерживает ресурсами семью [4, с. 38].

Резюмируя, можно сказать, что «Микрореабилитационный центр «Старая грани», функционирующий на базе отделения реабилитации для детей и подростков с ограниченными умственными и физическими возможностями ГБУ РК «ЦСЗН Эжвинского района г. Сыктывкара» – это служба, деятельность которой направлена на расширение доступа к социальным услугам для семей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ОВЗ, не имеющих возможности посещения реабилитационных центров для детей.

В целях успешной социальной реабилитации и адаптации детей с особенностями в развитии в службе реализуются несколько программ различной направленности, предполагающих предоставление социальных услуг на дому:

- социально-медицинская реабилитация (или) абилитация;
- социально-педагогическая и социокультурная реабилитация (или) абилитация;
- социально-психологическая реабилитация (или) абилитация;
- социально-бытовая и социально-средовая реабилитация (или) абилитации.

Кроме этого, в рамках службы «Микрореабилитационный центр «Старая грани» также организована работа развивающих кабинетов:

- по адаптивной физической культуре и ведению здорового образа жизни;
- по психологической реабилитации и абилитации;
- «Школа развития моторики»;
- кабинет логопеда.

Работа в кабинетах состоит из диагностических, консультационных и коррекционно-развивающих мероприятий, проводимых в индивидуальном и групповом форматах.

Стоит подчеркнуть, что успешная реабилитация/абилитация, проводимая специалистами службы «Микрореабилитационный центр «Стирающая грани», обусловлена приобретением и использованием инновационного профильного оборудования. В частности, из более эффективного оснащения можно выделить: сенсорно-динамический зал «Дом Сова», позволяющий решать трудности с организацией сенсомоторного пространства в помещении, а также реализовать процесс сенсомоторной интеграции, который, по мнению Э. Дж. Айрес, организует сенсорные сигналы, благодаря которым мозг обеспечивает эффективные реакции тела и перцепцию, формирует эмоции и мысли. Также, по мнению автора, одной из отличительных особенностей метода сенсорной интеграции является его динамическая основа: зрительные, слуховые, тактильные и прочие ощущения и представления возникают у ребенка в процессе движения [1, с. 22].

«Дом Сова» позволил внедрить в работу специалистов отделения реабилитации инновационную технологию «Совопрактика» по сенсомоторной интеграции, которая дает возможность ребенку познавать собственное тело, контролировать его произвольно, осваивать пространственные характеристики окружающей среды, учит управлять своими когнитивными процессами (память, внимание, речь, мышление), получать эмоциональный опыт, необходимый для вступления в отношения с другими людьми, и позитивно относиться к себе.

Так, по мнению Н.Е. Юрочкиной, используемые в коррекционной работе приемы сенсорной интеграции способствуют удовлетворению потребности ребенка в осознании себя, а также окружающего предметного мира, обеспечивают развитие моторных, речевых, коммуникативных, познавательных, сенсорных умений и благотворно влияют на развитие ребенка в целом [3].

Из всего сказанного следует, что деятельность службы «Микрореабилитационный центр «Стирающая грани» является одним из лучших и эффективных способов социального сопровождения семей, воспитывающих детей с инвалидностью и детей с ОВЗ. Данная служба дает возможность не только непрерывно оказывать социальные услуги гражданам, но и способствует профессиональному росту специалистов и развитию профильных развивающих кабинетов.

Подводя итоги нашей работы по программам социальной службы «Микрореабилитационный центр «Стирающая грани», следует отметить следующие результаты:

- повысился уровень познавательной и когнитивной активности;
- возрос уровень сформированности речевых навыков;

- увеличились показатели двигательной активности руки, мелкой моторики, координации точности и ловкости движений.
- усовершенствовались коммуникативные функции и навыки эмоционально-волевой регуляции поведения;
- развились и усовершенствовались коммуникативные функции;
- сформировались основные локомоторно-статические функции;
- выработались навыки самостоятельного использования технических средств реабилитации детьми и их родителями;
- повысился уровень сформированности социально-бытовой ориентировки;
- облегчились формы нежелательного поведения детей;
- гармонизировались внутрисемейные и детско-родительские отношения;
- расширились родительские коррекционные реабилитационные поведенческие репертуары.

Таким образом, социальная служба «Микрореабилитационный центр «Стирая грани» – это современный комплекс методик и технологий, способствующий успешной реализации процесса реабилитации и абилитации детей с особенностями в развитии.

Список литературы:

1. Айрес, Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. – М.: Теревинф, 2009. – 272 с.
2. Густайте, Н. И. Инфраструктурный проект по созданию специализированной социальной службы, оказывающей помощь детям с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью «Микрореабилитационный центр «Семейный маяк» // Работник социальной службы. – 2022. – № 4 – 159 с.
3. Использование приемов сенсорной интеграции в коррекционной работе с детьми с ОВЗ. – Саранск, 2019. – Режим доступа: <https://www.art-talant.org/publikacii/12905-ispolyzovanie-priemov-sensornoj-integracii-v-korrekcionnoy-rabote-s-detymi-s-ovz>, свободный (дата обращения: 23.04.2019).
4. Королёва, Т. И. Организация деятельности социальной службы «Микрореабилитационный центр» // Работник социальной службы. – 2022. – № 4. – 159 с.
5. Цветков, В. О., Сулейманова, Л. В. Мобильная школа для родителей особенных детей // Работник социальной службы. – 2022. – № 4. – 159 с.

**«ДОМАШНИЙ МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР»
В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

Юлдашбаева З. Х.

директор

Кадырова Г. Р.

врач-невролог высшей категории

Нуриманов Р. З.

врач-травматолог-ортопед

Байкова Э. А.

врач-невролог,

Государственное бюджетное учреждение

Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков

с ограниченными возможностями здоровья,

Уфа

Аннотация. Государственное бюджетное учреждение Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями является ведущим учреждением своего профиля в Республике Башкортостан. Сотрудники Центра имеют богатый лечебный и педагогический опыт применения средств и методов физической культуры в работе с детьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья. Учреждение профилируется в оказании реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями. На базе центра внедрены современные профилактические, лечебные и реабилитационные технологии для детей с функциональными отклонениями и хроническими заболеваниями [3].

Ключевые слова: детская реабилитация, домашний центр, врачебное консультирование, «ТАЯН-ОПОРА»

Государственное бюджетное учреждение Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями является подведомственным учреждением Министерства семьи, труда и социальной защиты населения Республики Башкортостан. Центр основан в 1992 году и являлся первым учреждением в Республике Башкортостан, проводившим реабилитацию людей с ограниченными возможностями здоровья.

Одним из направлений работы Центра является организация выездной помощи детям-инвалидам и детям с ограниченными возможностями здоровья «Домашний микрореабилитационный центр». В рамках данной программы осуществляется организация реабилитационного пространства на дому для обеспечения реализации краткосрочных программ реабилитации и абилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья,

в том числе принятых в замещающие семьи, проживающих в городском округе город Уфа Республики Башкортостан и Муниципальном районе – Уфимский район; обучения родителей (законных представителей) использованию реабилитационного оборудования и повышения их компетентности в вопросах комплексной реабилитации и абилитации детей.

Цели проекта: абилитация, реабилитация и социальная интеграция детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья, включая принятых в замещающие семьи, посредством организации работы специализированной социальной службы по месту их проживания и в домашних условиях.

Задачи проекта: Создание условий для организации и открытия специализированной социальной службы «Микрореабилитационный центр «ТАЯН-ОПОРА».

Проект реализуется с 2021 года, помощь оказана более 40 семьям с детьми с ограничениями в здоровье, маломобильным детям, которые не могут посещать реабилитационный центры. Наблюдаются дети с такими диагнозами, как детский церебральный паралич, синдром Дауна, нейрофиброматоз, эпилепсия, задержка психоречевого развития, последствие органического поражения центральной нервной системы, поведенческие нарушения, расстройство аутистического спектра, пороки и аномалии развития органов и систем [2]. Разработаны: роллап для использования во время выездов в районы, во время семинаров, конференций, форумов; буклет для родителей и детей; памятки для специалистов, непосредственно работающих с членами целевой группы; анкета обратной связи для родителей, участвующих в Проекте.

Организовано обучение руководителей учреждения и специалистов, непосредственно работающих с целевой группой на базе профессиональных стажировочных площадок Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации: по технологии «Выездной МРЦ» – 6 человек, по технологии «Домашний МРЦ» – 6 человек [1].

Курс лечения составляет 14 дней, в начале курса – консультирование врачами – неврологом, педиатром, ортопедом, определение курса реабилитации, по показаниям назначение физиотерапевтических процедур, медицинского массажа, гимнастики, педагогической коррекции – занятия с логопедом, психологом, дефектологом, развивающие занятия, рекомендации по медикаментозному лечению, по занятиям с детьми в домашних условиях.

Выводы: по результатам проведенных исследований вследствие деятельности работы специализированной социальной службы «МРЦ «ТАЯН-ОПОРА» увеличилось количество и охват детей-инвалидов и детей с ОВЗ, получивших квалифицированные реабилитационные услуги, что позволило улучшить состояние здоровья получателей социальных услуг.

Список литературы:

1. В центре семья начали работать специалисты республиканского реабилитационного центра. – Режим доступа: <https://adm.karm.bashkortostan.ru/presscenter/news/432284/>.
2. Республиканский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями. – Режим доступа: <https://bashrrc.mintrudrb.ru/>.
3. Шашель, В. А., Щеголевая, Н. Н., Левин, П. В. Актуальность преподавания дисциплины «Медицинская реабилитация» // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 4. – С. 270–272.

СОДЕРЖАНИЕ

Адаменко Л. В., Горанова Д. В. Домашний микрореабилитационный центр	3
Бородко Т. С. Дистанционное обучение как эффективная форма взаимодействия с законными представителями детей раннего возраста посредством социальных сетей	7
Власова А. О., Овсянникова Т. Ю., Рахманина И. Н. Влияние родительского отношения на процесс социализации ребенка с ОВЗ.....	12
Гнилицкая Н. А., Биссалиева С. С. Социальное сопровождение семей целевой группы проекта «Мобильный микрореабилитационный центр».....	19
Голинько М. А., Шишков С. Ю. Виртуальный микрореабилитационный центр как дистанционная технология комплексного сопровождения семей с детьми с ОВЗ	24
Дубинина Ю. Г., Сычева И. В. Проблемы и перспективы взаимодействия узких специалистов при работе с детьми с ОВЗ в дистанционном формате	30
Жигульская Е. М., Сайфеденова Ж. С. Формирование временных представлений у детей с ОВЗ в условиях выездного микрореабилитационного центра.....	35
Зиновьева Г. Н. Проект «Территория развития» – новые возможности для семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья.....	42
Изосимова Л. Я. Инновационный социальный проект «Продвижение»: опыт реализации и перспективы.....	46
Инкина Ю. М., Канаева Л. А. Повышение профессиональных компетенций специалистов социальной службы «Мобильный микрореабилитационный центр».....	51
Камкина М. С. Применение музыкально-дидактических игр в коррекционной работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья	55

Ковалева И. В., Гусакова Ю. В. Практика организации и проведения психологического-педагогической поддержки родителей, воспитывающих детей с ОВЗ, средствами интернета в рамках мобильного микрореабилитационного центра.....	59
Ковалева И. Ю. Возможности применения стационарозамещающей технологии комплексной реабилитации детей с инвалидностью в Центре социальной помощи семье и детям.....	65
Колесникова Т. В. Дифференциальная диагностика в работе с неговорящими детьми.....	70
Королёва Т. И. Микрореабилитационный центр как перспективное направление в комплексной реабилитации детей-инвалидов и детей с ОВЗ.....	73
Курбатова И. В., Стругова Д. И. Сенсорная интеграция в домашних условиях.....	78
Лукьянова И. В., Михайлова О. В. Организация предметно-игровой деятельности для развития сенсорных эталонов у детей с ограниченными возможностями здоровья.....	84
Матвеева С. П. Психологическая помощь семье, воспитывающей детей с ОВЗ.....	88
Мирошников Э. П. Диагностика развития общей и мелкой моторики для оценки двигательных возможностей ребенка с ДЦП в рамках социальной службы «Микрореабилитационный центр».....	91
Моисеева С. А. Роль родителей в воспитании ответственности, самооценки и самоконтроля у детей с ОВЗ.....	95
Овсянникова Т. Ю., Булатова Н. К., Колесникова Е. А. Практические приемы игровой терапии при развитии коммуникации у детей с РАС.....	100
Овсянникова Т. Ю., Калмыкова Н. Ю., Шорина Л. В., Мусаитова С. Р. Применение бинауральных альфа ритмов при коррекции аффективных нарушений у детей	104
Овсянникова Т. Ю., Курмашова И. В., Светашов С. А. Практика проведения коррекционных занятий в рамках нейрокоррекции с применением цифровых технологий.....	108

Овсянникова Т. Ю., Правдина Ю. В., Рахманина И. Н., Рябова Е. Н., Франтасова Е. П.	
Особенности применения аппаратного метода ЭЭГ-БОС BrainBit Neurofit в рамках работы выездного микрореабилитационного центра	112
Прядко Н. А.	
О реабилитации в ГБУСО «Ставропольский РЦ»	117
Рахманина И. Н., Тарасова А. С.	
Влияние ЭЭГ-БОС тренинга на эмоциональную регуляцию детей с РАС	120
Резенкова М. Н., Языкова О. М., Литке И. В.	
Ресурс семьи как фактор эффективности комплексной помощи и поддержки семьям, воспитывающим детей с различными особенностями развития	124
Сапожникова Н. В., Щелокова Е. Г.	
Оценка удовлетворенности дистанционными технологиями и их востребованности со стороны родителей, участвующих в проекте «Домашний микрореабилитационный центр» на базе МБУ СО СРЦ «Здоровье»	131
Сафоничева О. Г., Овчинникова М. А.	
Новые подходы к реабилитации детей с ОВЗ в условиях цифровой трансформации	137
Сибирцева А. В.	
Микрореабилитационный центр: помощь маме вместе с нами	140
Смагина Ю. В., Карячкина З. Н.	
Методы и приемы формирования тактильного восприятия у детей с ОВЗ в условиях выездного микрореабилитационного центра	145
Соколова С. В.	
Из опыта социально-педагогической поддержки семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, в условиях реабилитационного центра	155
Сонина Н. В., Мильчакова К. П.	
Опыт организации «службы домашней реабилитации» в ГАУ «Кемеровский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Фламинго»	159
Сязина Н. Ю.	
Актуальность и эффективность технологии «Микрореабилитационный центр» в системе комплексной абилитации и реабилитации детей-инвалидов	165

Сязина Н. Ю., Овсянникова Т. Ю., Рахманина И. Н., Франтасова Е. П.	
Опыт реализации социально-психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ, в рамках домашнего микрореабилитационного центра	170
Тимашева Л. В., Голинько М. А.	
Информационно-методическое сопровождение деятельности социальной службы «Мобильный микрореабилитационный центр»	174
Типакова И. С.	
Сюжетные игры как эффективный способ заучивания стихотворений	179
Цагараева З. Р.	
Выездной микрореабилитационный центр как альтернативное направление работы с детьми с ограниченными возможностями, проживающими в отдаленных горных местах.....	183
Черткова Т. Н.	
Эффективные технологии и методы работы с детьми с особенностями в развитии в рамках организации деятельности службы «Микрореабилитационный центр «Стирая грани».....	187
Юлдашбаева З. Х., Кадырова Г. Р., Нуриманов Р. З., Байкова Э. А.	
«Домашний микрореабилитационный центр» в Республике Башкортостан.....	191

**«МИКРОРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР –
НОВЫЙ ФОРМАТ ОКАЗАНИЯ ПОДДЕРЖКИ
СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМ ДЕТЕЙ
С РАЗЛИЧНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ
РАЗВИТИЯ»**

**Всероссийская научно-практическая
конференция
(г. Астрахань, 28–29 сентября 2022 г.)**

Сборник статей

**Составители:
И. Н. Рахманина,
М. А. Голинько,
Н. Ю. Сязина**

Материалы публикуются в авторской редакции.

Техническое редактирование,
компьютерная правка, верстка *Н.Н. Сахно*

Заказ № 4473. Тираж 8 электрон. оптич. дисков.
Уч.-изд. л. 10,4. Объем данных 14,1 Мб

Астраханский государственный университет имени В. Н. Татищева
414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 20а
Тел. (8512) 24-66-60 (доб. 3)
E-mail: asupress@yandex.ru