

## ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

*Е.Ф. Архипова,  
профессор МГГУ им. М.А. Шолохова,  
канд. пед. наук*

Одной из проблем современного российского общества является развитие и совершенствование системы обучения лиц с ограниченными физическими возможностями здоровья, организация доступности ка-

чественного образования для инвалидов, их адаптация и интеграция в общество.

Согласно стандартным правилам обеспечения равных возможностей для инвалидов, принятым 48-й сессией Ге-

неральной ассамблеи ООН 20.12.1993 г., в системе образования должен действовать принцип равных возможностей для детей, молодежи и взрослых, имеющих инвалидность. В связи с этим Россия в 1995 г. приняла закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», декларирующий государственное обеспечение получения инвалидами основного общего, среднего (полного) общего образования, начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с личной программой реабилитации инвалида.

Однако приходится констатировать, что подготовка специалистов к работе с такими детьми, их психолого-педагогическому сопровождению остается пока на недостаточно высоком уровне. В связи с этим актуальность спецкурсов по данным проблемам не требует особых доказательств. В рамках нашей статьи мы хотим познакомить читателей с работой, посвященной психолого-педагогическому сопровождению развития детей с перинатальной энцефалопатией.

Данные медицинской статистики свидетельствуют об увеличении числа детей, родившихся с перинатальной патологией. Особую актуальность в последние десятилетия приобрела проблема перинатальной энцефалопатии (ПЭП) у детей с ранними органическими поражениями мозга в связи с увеличением числа таких детей до 60–70% в общей детской популяции [2, с. 1, 3, 9, 13]. Отсутствие своевременной помощи в этих случаях приводит к развитию стойких речевых нарушений.

Обычно диагноз ПЭП к концу первого года жизни снимается, так как в результате медицинского воздействия выраженные нарушения компенсируются. Но наши длительные наблюдения показывают, что развитие таких детей к возрасту 4–5 лет характеризуется различными речевыми нарушениями: общее недоразвитие речи, дизартрические расстройства и др.

Особенно прогностически неблагоприятным признаком является недоношенность, осложненная ПЭП (около 10%). Как следствие ПЭП, у недоношенных детей к концу первого года жизни часто диагностируется тяжелое поражение центральной нервной системы, детский церебральный паралич (ДЦП).

Обследования детей раннего возраста с последствиями ПЭП показывают, что наиболее частыми являются речевые расстройства – 50,5%, расстройства эмоционально-волевой сферы – 29,2%. Все чаще встречается ранний детский аутизм (РДА) – 12,3%; нарушения поведения и внимания – 7,7%; повышенная утомляемость и истощаемость нервных процессов – 9,2%.

Первые подходы к решению проблемы ранней помощи детям с ПЭП связаны с именами ученых *К.А. Семеновой, Е.М. Мастоковой, Л.Т. Журбы* и др. Они в 70-х гг. XX в. заложили основы разработки в теоретико-методологическом и методическом плане проблемы ранней коррекционно-логопедической и психолого-педагогической помощи детям с ПЭП с первых месяцев жизни. Научные положения ранней диагностики и путей коррекционно-психолого-педагогического и логопедического воздействия разработаны и являются базовыми. В апробации

инновационных на тот период идей принимали непосредственное участие *И.Ю. Левченко, Е.Ф. Архипова*.

В настоящее время разрабатывается федеральная система ранней помощи детям с особыми образовательными потребностями. На базе ИКП РАО создан «Центр ранней диагностики и специальной помощи детям с выявленными отклонениями в развитии». Определены направления деятельности Центра.

Таким образом, в государственном масштабе поставлена задача осуществить программу ранней помощи детям [1, с. 26, 30, 32, 40, 45]. Создан проект программы единой государственной системы раннего выявления и ранней специальной помощи детям с отклонениями в развитии. Опорными элементами создаваемой системы в регионах могут быть областные, городские и муниципальные психолого-медико-социальные центры, реабилитационные центры, психолого-медико-педагогические комиссии, группы кратковременного пребывания при общеобразовательных и специальных (коррекционных) дошкольных учреждениях.

В настоящее время помощь детям раннего возраста находится в ведении двух министерств: Министерства образования и науки Российской Федерации и Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в связи с чем в этой сфере, наряду с позитивными процессами, отмечаются и недочеты: недостаточность взаимодействия этих структур; отсутствие нормативно-правовой базы интеграции, нехватка методической и нормативной литературы; недостаточное развитие информационной базы для населения в социальных институтах, оказывающих помощь детям с ограниченными возможностями здоровья; отсутствие связующего звена в системе взаимодействия семьи и различных ведомств, работающих с детьми.

В результате существующий порядок не обеспечивает детям раннего возраста комплексной помощи, так как сосредоточивает свое внимание в основном на детях дошкольного и младшего школьного возраста. Дети младенческого возраста с ПЭП не получают квалифицированной психологической и логопедической помощи [2, с. 15, 17].

Предлагаемая реконструкция отечественной системы специального образования и создание нового структурного элемента потребует существенного увеличения финансирования, что, безусловно, может задержать реализацию оказания ранней помощи детям с ПЭП. Нам представляется возможным оказание ранней логопедической и психолого-педагогической помощи в условиях детских поликлиник, где есть все необходимые специалисты: невролог, психолог, логопед, медсестра кабинета «Здорового ребенка», педиатр и др. Организационные вопросы могут быть решены за счет подготовки и переподготовки кадров и расширения их функциональных обязанностей.

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» предусматривает укрепление первичного звена медицинской помощи [1, с. 2, 5]. Одними из главных участников такого звена являются медицинские сестры кабинета «Здорового ребенка» детских поликлиник. Построение предлагаемой модели раннего логопедиче-

ского и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей (ЛМППС) с перинатальной энцефалопатией предполагает активизацию функциональных обязанностей медсестры кабинета «Здорового ребенка».

Выделяются хронологические звенья, направленные на комплексное развитие ребенка с ПЭП: в младенческом и раннем возрасте в условиях городской детской поликлиники (ГДП), а с переходом в дошкольный возраст в дошкольном образовательном учреждении (ДОУ). Основными целями построения логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с ПЭП с младенческого и раннего возраста выступает необходимость нивелирования дизонтогенеза, развитие сенсомоторной базы детей, необходимой для их полноценного речевого развития.

Педагогическая концепция комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями базируется на культурно-историческом подходе, согласно которому высшие психические функции возникают первоначально как формы коллективного поведения и становятся впоследствии внутренними функциями самого ребенка; нарушение развития отдельных психических функций приводит к вторичной задержке других функций. Развитие познания ребенка происходит не спонтанно, путем развертывания заложенных в нем возможностей, а в ходе присвоения им общественного опыта.

Важное значение в разработке концепции комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями имели концепция ранней диагностики и коррекции, разработанная ИКП РАО, концепция о ведущей деятельности возраста, концепция о генезисе общения, теоретические взгляды на ведущую роль обучения и воспитания в психическом развитии ребенка, положения о ведущей роли в развитии ребенка активного воспитательного воздействия взрослого.

Разработка концептуального подхода к комплексному логопедическому и медико-психолого-педагогическому сопровождению развития детей с ПЭП и ее последствиями опиралась на теорию уровневой организации движений, на положение о корреляционной зависимости между тонкой моторикой рук и степенью сформированности произносительной стороны речи, а также на методологические работы о мозговых механизмах перинатальной энцефалопатии.

Пролонгированное логопедическое и медико-психолого-педагогическое сопровождение развития детей с ПЭП является важнейшим условием организации адекватной помощи, направленной на предупреждение и коррекцию речевых нарушений, подготовку детей к школьному обучению.

Организация комплексного ЛМППС в условиях детской поликлиники в рамках обязательного медицинского страхования обеспечивает доступность адекватной помощи всем детям с перинатальной энцефалопатией в условиях, наиболее приближенных к месту их проживания.

Модель комплексного логопедического и медико-психолого-педагогического сопровождения развития детей с ПЭП и ее последствиями предусматривает квалифицированную диагностику на всех этапах, раннее начало и непрерывность дифференцированной помощи, преемственность с существующими коррекционно-диагностическими центрами и службами, а также с дошкольными образовательными учреждениями всех видов.

Оптимизация сотрудничества специалистов детской поликлиники: врачей, логопеда, психолога, медицинской сестры кабинета «Здорового ребенка» и родителей ребенка, методическая поддержка родителей способствуют созданию коррекционно-развивающей среды и закреплению знаний, умений и навыков правильного речевого поведения детей.

Содержание комплексного ЛМППС развития детей с перинатальной энцефалопатией и ее последствиями предполагает звенья, ориентированные на возрастные показатели (три звена модели), связанные преемственностью целей и задач, направленных на пролонгированное комплексное развитие ребенка младенческого, раннего и дошкольного возраста в условиях детской поликлиники, в дошкольных и других учреждениях.

Одна из центральных ролей возлагается на родителей ребенка, реализующих коррекционно-воспитательный режим в семье по рекомендациям логопеда, психолога, медицинской сестры кабинета «Здорового ребенка» и др.

Психолого-педагогическое сопровождение развития ребенка с ПЭП младенческого, раннего и дошкольного возраста должно основываться на научных принципах и подходах. В основу разработанной модели легли принципы научности и доступности; онтогенетически последовательного подхода и поэтапного развития всех нарушенных функций у детей с ПЭП, комплексного подхода, индивидуального и дифференцированного подхода; раннего выявления нарушений и раннего начала психолого-педагогического сопровождения; воспитательной и развивающей направленности работы с детьми; использования двигательной-кинестетической стимуляции в развитии моторики, сенсорных и речевых функций; активного участия родителей в реализации психолого-педагогических мероприятий в рамках ЛМППС сопровождения.

*Звено модели ЛМППС.* Развитие детей младенческого возраста с перинатальной энцефалопатией. Для квалифицированной помощи детям с ПЭП медсестры кабинета «Здорового ребенка» поликлиники, дома ребенка, ясельных групп ДОУ должны знать возрастные нормативы развития ребенка, показатели психомоторного развития детей первого года жизни. У детей с ПЭП отмечаются заметные отклонения в психомоторном развитии в сравнении с возрастными нормативами. Это отставание необходимо своевременно выявить и организовать адекватные коррекционно-развивающие мероприятия. Медицинские сестры, работающие с детьми младенческого возраста, должны стимулировать сенсорные функции, зрительно-моторную координацию, моторные функции, эмоциональную сферу, познавательную и речевую деятельность. Основными задачами психолого-педагогиче-

ской работы с детьми, находящимися на доречевых уровнях развития, является: на I уровне – стимуляция голо- совых реакций; на II уровне – стимуляция гуления; на III уровне – стимуляция интонированного голосового общения и лепета; на IV уровне – развитие общения с взрослым посредством интонационных звуков лепета и лепетных слов.

*II звено модели ЛМППС.* Развитие детей раннего возраста с ПЭП. Медсестры кабинета «Здорового ребенка» поликлиники, дома ребенка, ясельных групп ДОУ должны знать возрастные нормативы речевого развития детей раннего возраста. Показатели нервно-психического развития детей от одного года до двух лет характеризуются расширением импрессивной и экспрессивной речи, появлением действий с предметами, развитием сенсорных процессов. К концу второго года жизни у ребенка должна появиться простая фраза, а к трем годам должен сформироваться грамматический строй речи. Речь становится средством общения. У детей с ПЭП заметны отставания в развитии тонкой моторики рук, вследствие чего не формируются навыки самообслуживания, а речь не становится средством общения.

Основной задачей психолого-педагогической работы с детьми, находящимися на первом вербальном уровне развития, является стимуляция и активизация общения лепетными словами, расширение пассивного словаря.

Основной задачей коррекционно-педагогической работы с детьми с ПЭП, находящимися на втором вербальном уровне развития, является стимуляция общения с помощью интонационно окрашенных лепетных и общеупотребительных слов, простых фраз; совершенствование пассивного и активного словаря, расширение фразы, формирование элементов грамматической сочетаемости слов.

*III звено модели ЛМППС.* Развитие детей дошкольного возраста. Воспитатели дошкольных учреждений (ДОУ) комбинированного и компенсирующего вида должны знать проявления нарушений речи и владеть приемами коррекции некоторых из них, согласно своим функциональным обязанностям, прописанным в соответствующих нормативных документах.

В содержании логопедических программ учтены общие и специфические особенности психического развития детей дошкольного возраста, новые вариативные формы организации ранней коррекции отклонений речевого развития, а также необходимость взаимодействия целей и задач дифференцированного и интегрированного обучения и воспитания детей с разными проявлениями речевой патологии.

Общая цель коррекционно-развивающей программы – освоение детьми коммуникативной функции языка в соответствии с возрастными нормативами.

Воспитатель ДОУ компенсирующего вида осуществляет коррекционную направленность воспитания и обучения на занятиях и во внеучебное время. Воспитателю следует специально создавать ситуации, требующие от ребенка проявления разных форм общения – ситуативно-делового, познавательного,

личностного. Следует выявить, когда ребенок проявляет наибольшую активность, заинтересованность, в какой ситуации чувствует себя наиболее свободно. Воспитатель должен демонстрировать образцы общения, вовлекать пассивных детей, поддерживать речевую активность. Взрослый должен побуждать детей к диалогу, поощрять общительность.

Важно научить детей под руководством воспитателя слышать грамматические и фонетические ошибки в своей речи и самостоятельно их исправлять.

В соответствии с «Положением о дошкольных учреждениях и группах для детей с нарушениями речи» на каждую специальную группу утверждается одна ставка логопеда и две ставки воспитателя. Режим дня и расписание занятий логопеда и воспитателя строится с учетом возрастных, речевых и индивидуальных особенностей детей, а также с учетом коррекционно-развивающих задач.

В задачу воспитателя детского сада для детей с нарушениями речи входит обязательное выполнение требований общеобразовательной программы воспитания и обучения, а также решение коррекционных задач в соответствии с программой логопедической работы, направленных на устранение недостатков в сенсорной, аффективно-волевой, интеллектуальной сферах, обусловленных особенностями речевого дефекта. При этом воспитатель направляет свое внимание не только на коррекцию имеющихся отклонений в умственном и физическом развитии, на обогащение представлений об окружающем, но и на дальнейшее развитие и совершенствование деятельности сохранных анализаторов. Этим создается основа для благоприятного развития компенсаторных возможностей ребенка, что в конечном итоге влияет на эффективное овладение речью.

В детском саду для детей с тяжелыми нарушениями речи воспитателю предоставлены все возможности для всестороннего формирования личности ребенка с речевым дефектом.

Основные задачи воспитателя в области развития речи состоят в следующем:

- 1) расширение и активизация речевого запаса детей на основе углубления представлений об окружающем;
- 2) развитие у детей способности применять сформированные умения и навыки связной речи в различных ситуациях общения;
- 3) автоматизация в свободной самостоятельной речи детей усвоенных навыков правильного произношения звуков, звукослоговой структуры слова, грамматического оформления речи в соответствии с программой логопедических занятий.

Коррекционно-развивающая работа осуществляется в различных направлениях в зависимости от задач, поставленных логопедом.

Работа воспитателя в группах для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (ФФН) имеет свою специфику. В задачу воспитателя входит выявление степени отставания детей в усвоении программного материала по всем видам учебной и игровой деятель-

ности. Это необходимо для устранения пробелов в развитии детей и создания условий для успешного обучения.

Необходимо отметить, что логопед и воспитатель, работая над развитием речи детей, не подменяют, а дополняют друг друга.

Основные направления работы логопеда и воспитателя по данной программе – формирование у детей полноценной фонетической системы языка, развитие фонематического восприятия и первоначальных навыков звукового анализа.

В основе инновационного психолого-педагогического сопровождения дошкольников лежат положения: учет структуры дефекта, учет зоны ближайшего развития, опора на кинестетическую стимуляцию в развитии артикуляционной и пальцевой моторики, активация тактильно-кинестетической афферентации. Таким образом, эффективность психолого-педагогического сопровождения развития детей с ПЭП, нор-

мализация их речи, успешная подготовка к школьному обучению во многом зависят от согласованной работы всех участников ЛМППС, в том числе среднего медицинского и педагогического звеньев (медсестер кабинета «Здорового ребенка» детских поликлиник и воспитателей дошкольных образовательных учреждений).

Результаты исследования подтверждают эффективность реализации модели ЛМППС.

#### *Литература*

1. Основные направления Стратегии Правительства Москвы по реализации государственной политики в интересах детей «Московские дети» на 2008–2017 гг.: приложение к Постановлению Правительства Москвы от 25 марта 2008 г. № 195-ПП. М., 2008.

2. Сбережение народа зависит от Вас // Приоритетный национальный проект «Здоровье». Информ. материалы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.