

НА ШЛЯХУ ДА ІНКЛЮЗІІ

Вядучая — В. В. Хітрук

Алгоритм работы педагога-психолога и педагога социального с семьёй, воспитывающей ребёнка с ОПФР

Е. А. Лемех, О. Ю. Светлакова, Е. М. Ишмуратова

В статье описана специфика работы педагога-психолога и педагога социального учреждения дошкольного образования с семьёй ребёнка младенческого и раннего возраста с особыми образовательными потребностями, а также с фактором риска нарушений развития в логике психолого-педагогического сопровождения; определён алгоритм работы специалистов помогающих профессий на начальном этапе взаимодействия с такой семьёй.

The article describes the specifics of the work of a teacher-psychologist and a teacher of a social institution of preschool education with the family of an infant and young child with special educational needs, as well as with a risk factor for developmental disorders in the logic of psychological and pedagogical support; the algorithm of work of specialists in helping professions at the initial stage of interaction with such a family is determined.

Ключевые слова: дети с фактором риска нарушений развития, особенности психофизического развития, особые образовательные потребности, педагог-психолог, педагог социальный, учреждение дошкольного образования, центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.

Keywords: children with a risk factor of developmental disorders, special features of psychophysical development, special educational needs, educational psychologist, social teacher, pre-school education institution, centre for corrective and developing education and rehabilitation.

Создание системы государственной помощи семьям, воспитывающим детей с особыми образовательными потребностями, в том числе с особенностями психофизического развития (далее — ОПФР), является одним из важнейших условий, обеспечивающих необходимый уровень социально-психологической адаптации таких детей и реабилитации их семей. Результативность абилитации зависит от темпоральных механизмов воздействия на ребёнка: чем раньше начинается коррекционная и социально-реабилитационная работа, тем более полным может оказаться его включение в социум.



Елена Анатольевна Лемех,
доктор педагогических наук, кандидат
психологических наук, доцент, профессор
кафедры специальной педагогики
Института инклюзивного образования
Белорусского государственного
педагогического университета
имени Максима Танка



Ольга Юрьевна Светлакова,
кандидат педагогических наук, заведующий
кафедрой коррекционно-педагогических
технологий Института инклюзивного
образования Белорусского государственного
педагогического университета
имени Максима Танка

Учреждение дошкольного образования (далее — УДО), которое находится рядом с домом ребёнка, может быть встроено в систему оказания ранней комплексной помощи, что позволит не упустить возможность получить своевременную поддержку по месту жительства ребёнку с особыми образовательными потребностями (в данной статье мы будем говорить о детях с ОПФР или фактором риска нарушений развития). Уточним некоторые позиции и термины, используемые в тексте.

Дети с нарушениями психофизического развития (с особенностями психофизического развития) в возрасте до трёх лет — это дети, которым определён медицинский диагноз в младенческом или раннем возрасте (например, синдром Дауна, детский церебральный паралич и т. д.).

Дети с фактором риска нарушений развития — это группа детей от рождения до трёх лет, чьё психическое развитие вызывает тревогу специалистов вследствие слабовыраженных

органических повреждений мозга (врождённых, полученных во время родов, а также в ранний период жизни) либо предпосылок социального характера, приводящих к нарушениям психического развития. Данное состояние, как правило, не диагностируется медиками до возраста 2,5–3 лет. Когда же ребёнок попадает в зону внимания специалистов, в большинстве случаев у него уже появляются вторичные нарушения и предпосылки затруднённой социализации.

Мы излагаем специфику работы педагога-психолога и педагога социального УДО с детьми младенческого и раннего возраста с ОПФР / с фактором риска нарушений развития в логике психолого-педагогического сопровождения, поскольку дети в возрасте до трёх лет с ОПФР в соответствии со статьёй 273 Кодекса об образовании могут зачисляться в группы интегрированного обучения и воспитания [1]. Согласно «Инструкции о порядке социально-педагогической поддержки обучающихся и оказания им психологической помощи» (2022) одной



Елена Михайловна Ишмуратова,
кандидат педагогических наук,
заведующий кафедрой специальной
педагогике Института инклюзивного
образования Белорусского государственного
педагогического университета
имени Максима Танка

из задач деятельности педагога социального и педагога-психолога является организация социально-педагогической поддержки и психологической помощи обучающимся, имеющим проблемы в развитии [2].

В настоящее время раннюю комплексную помощь (далее — РКП) можно получить в основном в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (далее — ЦКРОиР) либо в центрах раннего вмешательства (далее — ЦРВ) в поликлиниках. Говорить о РКП в УДО несколько некорректно, поскольку в таких учреждениях отсутствует либо минимальна медицинская составляющая, а специалисты помогающих профессий не владеют в достаточной мере необходимыми компетенциями. Для того чтобы понимать, что речь идёт об оказании помощи детям до трёх лет как с фактором риска нарушений развития, так и с ОПФР по месту жительства в условиях учреждения дошкольного образования, можно предложить термины «ранняя поддержка»,

«психолого-педагогическое сопровождение детей младенческого и раннего возраста в условиях учреждения дошкольного образования» и т. д.

Для того чтобы организовать продуктивное взаимодействие с семьёй ребёнка с ОПФР / фактором риска нарушений развития, необходимо принимать во внимание следующее.

Первый момент: изменения, происходящие в таких семьях на психологическом, социальном, соматическом уровнях. На психологическом уровне осознание факта рождения ребёнка с нарушением делится на фазы. От того, какую фазу проходит семья, зависит, какие технологии взаимодействия должны быть применены специалистами [3–5].

Первая (шоковая) фаза — состояние растерянности, страха. Родители испытывают чувство неполноценности, беспомощности, тревоги за судьбу ребёнка. Фаза характеризуется растерянностью и полной неспособностью действовать, требуется немедленная эмоциональная поддержка.

Вторая (реактивная) фаза — состояние шока трансформируется в негативизм и отрицание поставленного диагноза. Происходит внутриличностный конфликт между желаниями, ожиданиями и наблюдаемой картиной поведения и развития ребёнка. Поэтому реакции родителей следует рассматривать как предохранительные стратегии, помогающие им выяснить свои возможности и перестроить ситуацию. Отрицание очевидного позволяет родителям контролировать количество неясностей и опасений, с которыми они в состоянии справиться в данный момент. Крайняя форма — отказ от обследования ребёнка и проведения какой-либо коррекции.

Третья фаза (фаза реинтеграции) — состояние депрессии по мере принятия диагноза и правильной оценки ситуации. Родители учатся контролировать новые эмоции. В этой и предыдущих фазах им необходим человек, который выслушивал бы их и помогал справиться

с эмоциями, предлагая альтернативные объяснения их чувств и поведения, снимая ощущение вины и показывая, что такие чувства не патология, а нормальная реакция на ситуацию. На первых трёх этапах необходимо использовать методологию когнитивной терапии (интеллектуальное осознание возникающих проблем).

Четвёртая (адаптивная) фаза — психическая адаптация на основе принятия диагноза и правильной оценки ситуации. У родителей уже сформировалась система представлений, позволяющая в общих чертах предвидеть своё будущее. Целесообразно содействие в форме технологий кризисного подхода.

Пятая фаза (фаза ориентирования) — на данном этапе характерно мотивированное поведение родителей. Они активно ищут помощи, строят планы на будущее, полностью осознали, что произошло. Родители в большинстве адекватны событиям. В этой фазе технологии кризисного подхода носят форму консультаций и патронажа.

Необходимо помнить о том, что большинство родителей не только проходят данную последовательность, но и возвращаются назад в непредвиденных ситуациях, а в какой-то конкретный момент могут находиться больше, чем в одной фазе. Для успешного решения возникших проблем важны как индивидуальные способности родителей, их опыт в преодолении разных трудностей, так и поддержка со стороны родственников, друзей. В связи с этим на протяжении всего периода взаимодействия с родителями полезна семейная терапия, помогающая наилучшим способом использовать возможности социального окружения.

В зависимости от степени принятия родителями нарушения ребёнка с ОПФР и согласия сотрудничать с УДО определяются первичные действия педагога-психолога и педагога социального (табл. 1, с. 46).



Согласно «Инструкции о порядке социально-педагогической поддержки обучающихся и оказания им психологической помощи» (2022) одной из задач деятельности педагога социального и педагога-психолога является организация социально-педагогической поддержки и психологической помощи обучающимся, имеющим проблемы в развитии.

На начальных фазах родители очень чувствительны к словам и действиям окружающих. Детально анализируя реакции других людей, они пытаются разобраться в собственных чувствах и поэтому негативно реагируют на сокрытие специалистами неприятных для них моментов. Родители пробуют также разобраться, почему испытывают чувства неприятия, отвержения, поэтому любой намёк специалиста на неполноценность ребёнка вызывает реакцию гнева, отказ от профессиональной помощи. Это распространяется с одного специалиста на остальных, что затрудняет сотрудничество и взаимное доверие.

Разбираясь в собственных реакциях, родители могут проверять их на специалистах, что также может нарушить взаимодействие из-за неосторожного высказывания или эмоциональной реакции педагога. Поэтому необходимо делать упор при взаимодействии с родителями не на оценку состояния ребёнка, а на положительные перспективы развития его возможностей и на том, что он ценен как личность и член семьи, несмотря на наличие особенностей поведения и развития.

Изменения на социальном уровне проявляются, прежде всего, в том, что семьи, имеющие ребёнка с ОПФР, часто по этой причине распадаются. Кроме того, для одного из родителей возникает необходимость оставить работу или перейти на другую, что отражается на бюджете семьи, нарушает социальные связи. При этом ребёнок вынуждает семью ограничить контакты, изолироваться от друзей и знакомых. Деформируются межличностные отношения не только между

Таблица 1 — Соотношение степени принятия родителями нарушения развития у ребёнка или фактора риска нарушения развития и согласия сотрудничать с УДО

Варианты принятия родителями нарушения развития ребёнка	Действия педагога-психолога и педагога социального УДО
Родители принимают нарушение ребёнка, готовы к сотрудничеству и взаимодействию с УДО	Специалисты УДО составляют индивидуальную программу психолого-педагогического сопровождения и реализуют её
Родители отказываются от диагноза, но поддерживают контакт с УДО	Специалисты уточняют, есть ли запрос родителей на оказание помощи. Если да — оказывают консультативную помощь, педагог-психолог проводит работу по изменению отношения родителей к нарушению развития у ребёнка. Если нет — совместно с администрацией организуют работу по поиску и привлечению референтных для родителей специалистов по изменению отношения родителей к нарушению развития у ребёнка
Родители отказываются от диагноза, контакт с УДО не поддерживают	Поиск и привлечение референтных для родителей специалистов, совместная работа педагога-психолога и педагога социального, администрации УДО по изменению отношения родителей к нарушению развития у ребёнка

родителями, но и между ними и имеющимися в семье нормотипичными детьми, которые начинают получать меньше внимания и больше обязанностей, связанных с уходом за сиблингом с ОПФР.

На соматическом уровне изменения в семьях с ребёнком с ОПФР обуславливаются тем, что стресс, связанный с его рождением и воспитанием, часто превышает уровень переносимых нагрузок и приводит к появлению различных соматических, астенических и вегетативных расстройств. Чаше и острее такие расстройства возникают у матерей аутичных детей; у матерей детей с интеллектуальной недостаточностью преобладают аффективные расстройства; у матерей детей с детским церебральным параличом — депрессивная симптоматика. Практически все члены семьи, имеющей ребёнка с нарушением развития, испытывают в большей или меньшей степени психологические и социальные проблемы и нуждаются в специальной помощи.

Второй момент, который необходимо учитывать, выбирая тактику

взаимодействия с семьёй ребёнка с ОПФР, — это модель воспитания, которая опирается на отношения к таким детям. В. С. Соммерс выделяет несколько типов отношения к ребёнку с нарушениями развития и соответствующих им схем поведения: принятие ребёнка и его нарушения (родитель принимает своего ребёнка, объективно его воспринимает, адекватно оценивает и проявляет настоящую преданность ребёнку); реакция отрицания (отрицается, что у ребёнка имеется нарушение, что оно оказывает эмоциональное воздействие на них); реакция чрезмерной защиты, протекции, опеки (родителей переполняет чувство жалости и сочувствия, они защищают ребёнка от всех опасностей); скрытое отречение, отвержение ребёнка (нарушение считается позором); открытое отречение, отвержение ребёнка (ребёнок открыто принимается с отвращением, родитель полностью осознаёт свои враждебные чувства к нему) [3, с. 133–134]. Необходимо учитывать, что типы реакций родителей бывают смешанными.

С уточнения отношения к нарушению ребёнка начинается работа педагога-психолога и педагога социального с родителями, выстраивается стратегия и тактика помощи семье. Подробная технология диагностики семей детей с ОПФР представлена в работах В. В. Ткачёвой [5].

Анализ родительско-детских взаимоотношений показывает, что в семьях, воспитывающих детей с нарушениями в развитии, чаще доминируют модель «сотрудничество», которая означает контакт и помощь родителя ребёнку в преодолении имеющихся проблем (часто формируется только в результате психокоррекционной работы), и модель «отказ от взаимодействия», которая является дисгармоничной. Она представлена следующими типами воспитания: жестокое отношение, гипоопека, гипопротекция, эмоциональное отвержение, воспитание по типу повышенной моральной ответственности, тип «маленький неудачник»; гиперопека, противоречивое воспитание, авторитарная гиперсоциализация, воспитание в «культе болезни», тип «симбиоз» [5].

Третий момент, который необходимо учитывать при взаимодействии с семьёй ребёнка с ОПФР, — это

психологический тип родителя. Выделяют родителей авторитарного (импульсивно-инертного), невротичного (тревно-сензитивного), психосоматического типа [5]. Следует учитывать, что гиперопека в наибольшей мере проявляется у авторитарных и психосоматичных родителей. Гипоопека доминирует у невротичных и незначительной части авторитарных родителей.

Таким образом, выстраивая стратегию и тактику взаимодействия с семьёй ребёнка с ОПФР, специалистам необходимо учитывать изменения, которые происходят с ней на психологическом, социальном, соматическом уровнях; психологический тип самих родителей; модель воспитания ребёнка в семье.

Алгоритм работы педагога-психолога и педагога социального с семьёй ребёнка младенческого и раннего возраста с ОПФР / фактором риска нарушений развития включает понимание причастности семьи ребёнка к УДО (табл. 2). Если ребёнок ещё не посещает УДО, необходимо рассматривать раздел 1. Если ребёнок поступает в УДО, нужно обратиться к разделу 2. Если же ребёнок уже посещает УДО, изучаем раздел 3.

Таблица 2 — Алгоритм работы педагога-психолога и педагога социального с семьёй ребёнка младенческого и раннего возраста с ОПФР / фактором риска нарушений развития

Ситуация	Действия педагога-психолога и педагога социального УДО
1	2
1. Ребёнок ещё не посещает УДО	
<i>А. Первичный контакт педагога-психолога и педагога социального с родителями</i>	
А-1. Родители уже знают о том, что их ребёнок имеет нарушения в развитии (диагноз поставлен медицинскими специалистами)	А-1.1. Специалисты уточняют, обращались ли родители в ЦКРОиР, ЦРВ для диагностики нарушения развития, составлялась ли программа ранней помощи ребёнку? Если нет, но есть возможность, рекомендуют обратиться
А-2. Родители обращаются с запросом в учреждение образования по поводу возможных нарушений у ребёнка, наличия проблем, трудностей в воспитании	А-1.2. Педагог-психолог проводит скрининговое обследование. В случае подозрения наличия нарушений в развитии рекомендует родителям обратиться в ЦКРОиР, ЦРВ

НА ШЛЯХУ ДА ІНКЛЮЗІІ

Продолжение таблицы 2

1	2
А-3. Родители не обращаются за помощью, но специалистам известно, что ребёнок или семья находятся в группе риска возникновения нарушений в развитии	А-1.3. Специалисты уточняют у родителей, соответствует ли развитие ребёнка нормативным показателям данного возраста, нет ли у них проблем, трудностей. Если есть несоответствие или проблемы, то действуют согласно п. А-1.2
А-4. Родители не обращаются за помощью, первичный формальный контакт с семьёй (запись ребёнка в УДО, плановое посещение семьи)	А-1.4. Специалисты уточняют, не находится ли ребёнок или семья в группе риска возникновения нарушений в развитии. Если находится, то действуют согласно п. А-1.3
Б. Обращение за помощью в ЦКРОиР	
Б-1. Родители обратились в ЦКРОиР, было выявлено нарушение в развитии, составлена и реализуется программа РКП	Б-1.1. По запросу родителей специалистами может оказываться дополнительная консультативная помощь
Б-2. Родители обратились в ЦКРОиР, было определено нарушение в развитии, но реализовать программу РКП нет возможности (удалённость места жительства, отсутствие специалистов и др.)	Б-1.2. Специалисты УДО составляют индивидуальную программу сопровождения и реализуют её
Б-3. Родители отказались обращаться в ЦКРОиР, но согласны получать помощь в УДО	Б-1.3. Специалисты уточняют причину отказа, составляют индивидуальную программу сопровождения и реализуют её
Б-4. Родители отказались обращаться в ЦКРОиР, не согласны получать помощь в УДО	Б-1.4. Специалисты уточняют причину отказа, проводят работу по поиску и привлечению референтных для родителей специалистов, изменению отношения родителей к нарушению развития у ребёнка (с привлечением администрации УДО, учителя-дефектолога, специалистов других учреждений: медработников, педагогов социально-педагогического центра и др.)
2. Ребёнок поступает в УДО	
В. Ребёнок уже имеет заключение ЦКРОиР о наличии нарушения в развитии	
В-1. Родители обращались в ЦКРОиР, было выявлено нарушение в развитии, составлена и реализуется программа РКП	В-1.1. Специалисты уточняют, нуждаются ли родители в дополнительной консультативной помощи со стороны УДО, при наличии запроса оказывают её
В-2. Родители обращались в ЦКРОиР, было определено нарушение в развитии, но нет возможности реализовать программу РКП (удалённость места жительства, отсутствие специалистов и др.)	В-1.2. Специалисты УДО составляют индивидуальную программу сопровождения и реализуют её

Окончание таблицы 2

1	2
В-3. Родители обращались в ЦКРОиР, было определено нарушение в развитии, но родители отказались от выставления диагноза	В-1.3. Специалисты уточняют, есть ли запрос родителей на оказание помощи. Если да — оказывают консультативную помощь, педагог-психолог проводит работу по изменению отношения родителей к нарушению развития у ребёнка
Г. Ребёнок не имеет заключения о наличии нарушений в развитии	
Г-1. Ребёнок или семья находятся в группе риска	Г-1.1. Специалисты уточняют у родителей, соответствует ли развитие ребёнка нормативным показателям данного возраста, нет ли у них проблем, трудностей. Если есть несоответствие или проблемы, то действуют согласно п. А-1.2
Г-2. Ребёнок или семья не находятся в группе риска	Г-1.2. Специалисты уточняют у родителей, соответствует ли развитие ребёнка нормативным показателям данного возраста, нет ли у них проблем, трудностей. Если есть несоответствие или проблемы, то действуют согласно п. А-1.2
3. Ребёнок посещает УДО	
Д-1. Родители обращаются с запросом по поводу возможных нарушений у ребёнка, наличия проблем, трудностей в воспитании	Д-1.1. Педагог-психолог проводит скрининговое обследование. В случае подозрения наличия нарушений в развитии приглашает родителей на консультацию, рекомендует обратиться в ЦКРОиР, ЦРВ, действует согласно п. Б
Д-2. Воспитатель группы обращается с запросом по поводу возможных нарушений у ребёнка, наличия проблем, трудностей в воспитании, адаптации	Д-1.2. Педагог-психолог проводит скрининговое обследование. В случае подозрения наличия нарушений в развитии приглашает родителей на консультацию, рекомендует обратиться в ЦКРОиР, ЦРВ, действует согласно п. Б
Д-3. Педагог-психолог в период адаптации к УДО выявляет наличие у ребёнка возможных проблем в развитии	Д-1.3. Педагог-психолог проводит скрининговое обследование, приглашает родителей на консультацию, рекомендует обратиться в ЦКРОиР, ЦРВ, действует согласно п. Б

1. Ребёнок ещё не посещает УДО.

А. Первичный контакт специалиста с родителями ребёнка до трёх лет с ОПФР или фактором риска нарушения развития.

Бывают ситуации, когда родители уже знают либо догадываются, что у ребёнка есть проблемы в развитии. Они ещё не оформляют его в детский сад, но хотят иметь информацию о том, где можно получить помощь.

В связи с этим педагогу-психологу и педагогу социальному предпочтительно

иметь банк сведений об учреждениях, организациях и специалистах, оказывающих специальные медицинские, психологические, психотерапевтические услуги. Они могут направлять родителей на консультации или в коррекционные группы, работающие в социально-педагогических учреждениях, ЦКРОиР и т. д. Это так называемая диспетчерская функция специалистов.

При отсутствии возможности оказания ребёнку помощи в условиях ЦКРОиР (например, в силу территориальной

”

Выстраивая стратегию и тактику взаимодействия с семьёй ребёнка с ОПФР, специалистам необходимо учитывать изменения, которые происходят с ней на психологическом, социальном, соматическом уровнях; психологический тип самих родителей; модель воспитания ребёнка в семье.

удалённости центра) педагог-психолог совместно со специалистами УДО составляет индивидуальную программу психолого-педагогического сопровождения и реализует её, обращаясь по мере необходимости в ЦКРОиР за методической помощью.

Иногда родители не ищут помощи, но специалистам известно (чаще всего в сельской местности), что ребёнок или семья находятся в группе риска. Это могут быть как медицинские показатели, так и социальные, приводящие к социальной депривации (семья в социально-опасном положении; социальная изоляция семьи вследствие психических заболеваний или личностных отклонений родителей; воспитание психически больным родителем; неполноценное удовлетворение матерью основных потребностей ребёнка, например при материнстве в подростковом возрасте, и т. д.). В такой ситуации педагог-психолог и педагог социальный уточняют у родителей, соответствует ли развитие ребёнка нормативным показателям данного возраста, нет ли у них проблем, трудностей. Если есть несоответствие или проблемы, то педагог-психолог может предложить скрининговое обследование и инициировать обращение семьи в ЦКРОиР для консультации.

М. М. Семаго формулирует две группы задач, возникающих в ситуации диагностики нарушенного развития ребёнка: «создание психологических условий для адекватного восприятия родителями ситуации, связанной с отклонениями в развитии их ребёнка, и их психологической готовности к длительной работе по его развитию, коррекции и воспитанию;

освобождение родителей от чувства вины, помощь семье в преодолении стрессового состояния, создание и поддержание по мере возможности нормального климата в семье» [6, с. 148].

Педагоги-психологи часто забывают о том, что существует и вторая задача. Взаимодействие с родителями должно удерживать их от преждевременного прерывания диагностического процесса. Обратная связь от педагога-психолога к семье включает наблюдение за вербальными и невербальными реакциями родителей, контроль их эмоций, купирование нежелательных реакций [6].

Обращаем внимание, что скрининговое обследование не позволяет поставить диагноз! К сожалению, последнее время всё чаще стали появляться случаи, когда педагог-психолог учреждения дошкольного образования, осуществив скрининг-диагностику, нарушив этику, выносит вердикт: «У ребёнка аутизм, вам нужно в ЦКРОиР». Ставить диагноз в нашей стране может только психолого-медико-педагогическая комиссия (далее — ПМПК) в ЦКРОиР на основании заключения врачей. Педагог-психолог в УДО имеет право осуществлять только скрининг-диагностику и феноменологическую диагностику. Также педагог-психолог в ситуации общения с родителями ребёнка с ОПФР / фактором риска нарушений развития может пользоваться исключительно психологической терминологией.

Если педагог-психолог в ходе скрининга действительно обнаруживает факты, которые свидетельствуют о возможном нарушении в развитии у ребёнка, он направляет его вместе с родителями к специалистам ПМПК, которая функционирует в нашей стране на базе ЦКРОиР.

Б. Обращение за помощью в ЦКРОиР.

Семья ребёнка с ОПФР / фактором риска нарушений развития может обратиться в ЦКРОиР, получить там

помощь, поскольку будет определён диагноз, составлена и реализована программа РКП. Если такой возможности нет, то в учреждении дошкольного образования на основании заключения ЦКРОиР может быть реализована индивидуальная программа психолого-педагогического сопровождения, и ребёнок и его семья получают помощь по месту жительства.

Бывают ситуации, когда родители отказываются обращаться в ЦКРОиР. В этом случае необходимо уточнить, почему это происходит. Если при этом семья согласна получать помощь в УДО, то составляется и реализуется индивидуальная программа психолого-педагогического сопровождения ребёнка. Если же родители не идут на контакт с педагогами УДО, то необходимо искать референтных (значимых) для семьи лиц, которые могли бы объяснить необходимость коррекции нарушений в раннем возрасте.

2. Ребёнок поступает в УДО.

В. Ребенок при поступлении в УДО может уже иметь заключение ПМПК ЦКРОиР с определением образовательного маршрута, указанием, что он уже получает РКП. Как правило, в этом случае со стороны специалистов УДО уже нет необходимости в дополнительной поддержке. Однако если специалисты ЦКРОиР предлагают осуществлять совместные коррекционные мероприятия, то педагог-психолог УДО их выполняет.

Возможна ситуация, когда заключение ПМПК ЦКРОиР есть в наличии, но ребёнок не получает РКП, поскольку находится территориально далеко или в силу других причин. Тогда специалисты УДО составляют и реализуют индивидуальную программу психолого-педагогического сопровождения в УДО.

Г. Если при поступлении в учреждение дошкольного образования у ребёнка нет заключения ПМПК ЦКРОиР, то педагог-психолог интересуется у



психолого-педагогического сопровождения и реализует её, обращаясь по мере необходимости в ЦКРОиР за методической помощью.

При отсутствии возможности оказания ребёнку помощи в условиях ЦКРОиР (например, в силу территориальной удалённости центра) педагог-психолог совместно со специалистами УДО составляет индивидуальную программу

родителей, есть ли какие-то несоответствия в его развитии, трудности при воспитании, проблемы. Если есть запрос родителей, то осуществляется скрининговое обследование, на основании которого специалист определяет, необходимо ли консультироваться в ЦКРОиР или это возрастные особенности ребёнка.

В случае отсутствия запроса от родителей педагог-психолог интересуется у воспитателя, как осуществляется адаптация ребёнка в детском саду. При наличии её специфики специалист осуществляет скрининговое обследование, консультирование семьи, при необходимости предлагает родителям обратиться в ЦКРОиР.

3. Ребёнок посещает УДО.

Бывают случаи, когда проблема в развитии ребёнка становится очевидной только уже во время его нахождения в УДО. Родители получают возможность сравнить развитие своего ребёнка и остальных детей, начинают беспокоиться. Воспитатель понимает, что малыш не адаптируется к условиям УДО, не усваивает образовательную программу. В некоторых случаях нарушение может заподозрить педагог-психолог. Например, характерные для адаптационного периода состояния эмоциональной напряжённости, беспокойства, заторможенности, стремление к физическому контакту со взрослым либо его раздражённое отвержение, уход от сверстников или агрессивность, безучастность к игрушкам, падение уровня речевой активности и прочее могут быть как симптомами нарушений развития, так и спутниками тяжёлой адаптации к УДО.

В перечисленных случаях педагог-психолог проводит скрининговое обследование. В случае подозрения на наличие нарушений в развитии специалист приглашает родителей на консультацию, рекомендует обратиться в ЦКРОиР, кабинет раннего вмешательства в поликлинику.

Далее в зависимости от того, обратятся ли родители в ЦКРОиР, нужна ли ребёнку РКП, согласны ли родители на оказание помощи, малыш получит её в ЦКРОиР либо будет организовано психолого-педагогическое сопровождение в условиях УДО по месту жительства.

Таким образом, на наш взгляд, использование предложенного алгоритма работы педагога-психолога и педагога социального УДО с семьёй ребёнка младенческого и раннего возраста с ОПФР / фактором риска нарушений развития позволит максимально реализовать абилитационный потенциал таких детей.

Список цитированных источников

1. Об изменении Кодекса Республики Беларусь об образовании : Закон Респ. Беларусь, 14 янв. 2022 г., № 154-З. — URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=H12200154&p1=1> (дата обращения: 10.07.2022).
2. Инструкция о порядке социально-педагогической поддержки обучающихся и оказания им психологической помощи : утв. постановлением М-ва образования Респ. Беларусь от 20.09.2022 № 328. — URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22238867> (дата обращения: 30.03.2025).
3. Шаповал, И. А. Специальная психология : учеб. пособие / И. А. Шаповал. — М. : ТЦ «Сфера», 2005. — 224 с.
4. Нестерова, Г. Ф. Психолого-социальная работа с инвалидами: абилитация при синдроме Дауна / Г. Ф. Нестерова, С. М. Безух, А. Н. Волкова. — СПб. : Речь, 2006. — 120 с.
5. Ткачёва, В. В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие / В. В. Ткачёва. — М. : АСТ; Астрель, 2007. — 318 с.
6. Шаповал, И. А. Методы изучения и диагностики отклоняющегося развития / И. А. Шаповал. — М. : ТЦ «Сфера», 2005. — 320 с.

Материал поступил в редакцию 09.04.2025.