

№1 (5) 2006 г.

---

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

# Вестник Педагогических Инноваций



---

Новосибирск

**ВЕСТНИК ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ИННОВАЦИЙ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

Основан в 2002 г.

Выходит 4 раза в год

**УЧРЕДИТЕЛЬ:**

**ГОУ ВПО «НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

**П.В. ЛЕПИН** – главный редактор, доктор педагогических наук, профессор; **Л.А. БАРАХТЕНОВА** – зам. главного редактора, доктор биологических наук, профессор; **А.Ж. ЖАФЯРОВ** – доктор физико-математических наук, профессор; **Н.В. НАЛИВАЙКО** – доктор философских наук, профессор; **В.Я. СИНЕНКО** – доктор педагогических наук, профессор; **Г.Н. ПРОЗУМЕТОВА** – доктор педагогических наук, профессор (ТГУ, г. Томск); **И.Л. БЕЛЕНКО** – доктор педагогических наук, профессор; **Т.И. БЕРЕЗИНА** – доктор педагогических наук, профессор; **В.А. БЕЛОВОЛОВ** – доктор педагогических наук, профессор; **Т.Л. ПАВЛОВА** – кандидат педагогических наук, профессор.

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПО МАТЕРИАЛАМ КОНФЕРЕНЦИИ "ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО ОКАЗАНИЮ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С СИНДРОМОМ ДАУНА: ОПЫТ РОССИИ И НИДЕРЛАНДОВ"

К итогам Международной конференции "Инновационные технологии по оказанию ранней помощи детям с синдромом Дауна: опыт России и Нидерландов" .....	4
Лаутеслагер Петер Е.М. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. Проблемы и решения.....	8
Lauteslager P.E.M. Children with Down Syndrome Motor development and intervention.....	21
Вермеер Адри. Изменение подходов к оказанию поддержки людям с особенностями развития.....	33
Vermeer Adri. The role of the environment in the promotion of the well-being of persons with disabilities .....	38
Ютентус Эверт. Сотрудничество на благо детей с особенностями развития .....	41
Uitentuis Evert. Cooperation policy for the benefit of children with special needs .....	45
Баккер Берг. Гимнастика для детей с синдромом Дауна. Пояснения для родителей .....	49
Bakker Bert. Gymnastics for Children with Down syndrome. An explanation for Russian parents.....	53
Ригина Н.Ф. Роль общественных организаций в оказании ранней помощи детям с синдромом Дауна: Российский благотворительный фонд "Даунсайд Ап" .....	57
Жиянова П.Л. Семейно-центрированная модель ранней помощи: аспекты работы .....	67
Поле Е.В. Методические разработки и их адаптация к российским условиям.....	87
Нечаева Т.Н.. Использование метода Петера Лаутеслагера в пролонгированном консультировании детей с синдромом Дауна.....	98

### МОДЕЛИ И ТЕХНОЛОГИИ СИСТЕМЫ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Лепин П.В., Барахтенюва Л.А., Крашенинников В.В., Герасев А.Д., Кравцов В.М., Умбрашко К.Б., Добровольская Е.В. Специальность как объект менеджмента качества высшего образования. аналитический подход.....	106
Жуков В.К. Менеджмент качества в управлении непрерывным профессиональным образованием .....	118

### НОВЫЕ ПОДХОДЫ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Ряписов Н.А. Проверка знаний – важнейший элемент рынка образовательных услуг.....	127
Наши авторы.....	146



**К ИТОГАМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
"ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПО ОКАЗАНИЮ  
РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С СИНДРОМОМ  
ДАУНА: ОПЫТ РОССИИ И НИДЕРЛАНДОВ"**

В ноябре 2005 г. Новосибирскому государственному педагогическому университету исполнилось 70 лет со дня основания. В ознаменование этого события с 22 по 26 ноября на базе университета была проведена серия крупных научно-практических мероприятий в рамках Международной конференции "Инновационные технологии по оказанию ранней помощи детям с синдромом Дауна: опыт России и Нидерландов". Мероприятия проходили на базе факультета психологии и педагогики детства НГПУ при поддержке Администрации Новосибирской области.

Конференция и последовавшая за ней серия семинаров проводились совместными усилиями российско-голландской делега-



Приветственное слово участникам конферен-  
ции ректора НГПУ проф. П.В. Лещина

ции, в которую входили специалисты Благотворительного фонда “Даунсайд Ап” (г. Москва), Центра реабилитации и консультирования лиц с нарушениями интеллекта “s Heeren Loo Midden-Nederland”, Утрехтского Университета (Нидерланды): д-р Адри Вермеер, проф. специальной педагогики Утрехтского университета; г-н Эверт Ютентус – директор проектов; д-р Петер Лаутеслагер и г-н Берт Баккер – кинезотерапевты; Н.Ф.Ригина – директор проектов; Е.В.Поле – специалист по двигательному развитию; П.Л. Жиянова – педагог-дефектолог, специалист ранней помощи; Т.Н. Нечаева – педагог-дефектолог, специалист ранней помощи.

22 ноября состоялась Международная конференция “Инновационные технологии по оказанию ранней помощи детям с синдромом Дауна: опыт России и Нидерландов”. В ней приняли участие 500 специалистов системы здравоохранения, образования, социальной защиты населения из Новосибирской области, Красноярска, Томска, Барнаула, а также Бурятии, Башкортостана, Республики Алтай.

В ходе конференции специалистам Новосибирской области были представлены современные семейно-центрированные модели оказания ранней помощи детям с ограниченными возможностями, инновационные методы психолого-педагогической поддержки и социальной помощи детям с синдромом Дауна, пути адаптации зарубежного опыта к российским условиям. В рамках конференции состоялась презентация научно-методической литературы серии “Ребенок с синдромом Дауна и особенности его развития”, издаваемой Фондом “Даунсайд Ап”, в частности, книги П.Лаутеслагера “Двигательное развитие детей с синдромом Дауна. Проблемы и решения”, а также брошюры “Даун синдром: факты”, изданной “Даунсайд Ап” совместно с голландской родительской ассоциацией “Federatie Van Ouderverenigingen”, адресованной родителям и специалистам.

23–25 ноября состоялся тренинг для специалистов Новосибирской области по овладению новым методом двигательного развития детей с синдромом Дауна раннего возраста, разработанного голландским ученым Петером Лаутеслагером. По завершении тренинга все его участники получили сертификаты, позволяющие им использовать данный метод на практике.

26 ноября состоялся семинар для родителей детей с синдромом Дауна, который проводился с участием городской общественной организации инвалидов "Общество "Даун Синдром" г.Новосибирска. В нем приняло участие около 70 человек.

Впервые в Новосибирске проводились широкомасштабные мероприятия, целью которых было привлечение внимания специалистов и общественности к проблемам детей с синдромом Дауна и необходимость создания и развития системы ранней помощи в Новосибирской области. Интерес, проявленный специалистами Новосибирской области к инновационным технологиям по оказанию ранней помощи детям с синдромом Дауна, послужил основой для продолжения сотрудничества "Даунсайд Ап" с НГПУ, закрепленного двусторонним договором о сотрудничестве.

Совместный российско-голландский проект, носящий долгосрочный характер, вступает в следующую стадию своей реализации.

По окончании мероприятий в Новосибирске специалисты "Даунсайд Ап" получили эксклюзивное право преподавать метод П.Лаутеслагера на территории Российской Федерации с сертификацией данного тренинга. Это позволит большему числу российских специалистов обучиться работе с детьми с синдромом Дауна с применением этой инновационной технологии, способствуя их развитию и лучшей интеграции в общество.

Благотворительный фонд "Даунсайд Ап" является российской некоммерческой организацией, деятельность которой заключается в улучшении качества жизни российских детей с синдромом Дауна и их семей. Действующий на его базе Центр ранней помощи оказывает бесплатную педагогическую, социальную и психологическую поддержку 680 семьям, воспитывающим детей с синдромом Дауна в возрасте от рождения до 8 лет, в Москве, Московской области и других регионах России.

Важным направлением деятельности Центра является апробация и распространение в России опыта работы передовых зарубежных моделей ранней помощи детям с особыми потребностями и новых методов реабилитации и коррекционно-педагогической работы с детьми с синдромом Дауна. Сотрудничество с крупней-

шим Центром реабилитации и консультирования “s Hereen Loo Midden-Nederland” и знакомство с инновационными методами совершенствования двигательного развития детей с синдромом Дауна стало новым этапом в развитии практической и научно-методической деятельности “Даунсайд Ап”.

С 2002 г. “Даунсайд Ап” совместно с Центром реабилитации и консультирования лиц с нарушениями интеллекта “s Hereen Loo Midden-Nederland” реализует проект по внедрению в практику российских реабилитационных учреждений нового метода, разработанного голландским детским кинезотерапевтом Петером Лаутеслагером, который направлен на совершенствование двигательного развития детей с синдромом Дауна в возрасте от рождения до 4 лет. В настоящее время этот метод стандартизирован на территории Королевства Нидерландов и используется в реабилитационных учреждениях для детей с ограниченными возможностями.

Центр ранней помощи “Даунсайд Ап” стал первой российской организацией, сотрудники которой начали на практике применять предложенную автором систему оценки двигательных навыков ребенка и активно использовать результаты тестирования для составления программы его развития.

В 2002 г. силами Благотворительного фонда “Даунсайд Ап” при финансовой помощи голландской общественной организации “Up with Down” была переведена на русский язык и издана книга П.Лаутеслагера “Двигательное развитие детей с синдромом Дауна. Проблемы и решения”.

В марте 2003 г. в Москве в рамках данного проекта при поддержке Министерства труда и социального развития РФ состоялась Международная конференция “Новый подход к совершенствованию двигательного развития детей с синдромом Дауна средствами кинезотерапии”. В ней приняли участие более 150 специалистов из 29 регионов России.

На данном этапе реализации проекта была сформирована международная команда специалистов Центра ранней помощи “Даунсайд Ап” и “s Hereen Loo Midden-Nederland”, целью которой стало проведение сертифицированных тренингов для российских

специалистов по овладению этим методом, а также подготовке методистов для самостоятельной работы в данной области.

В 2003–2004 гг. семинары – тренинги были проведены автором метода и специалистами “Даунсайд Ап” для 100 российских специалистов в Москве, Санкт-Петербурге на базе Института раннего вмешательства, Самаре на базе Центра специализированного образования Самарской области и Нижнем Новгороде на базе городского Департамента социальной защиты населения.

Подводя итоги, хотелось бы отметить несомненную перспективность сотрудничества Благотворительного фонда, Центра реабилитации и консультирования и НГПУ. Как подчеркнул ректор НГПУ Петр Вольдемарович Лепин, именно в сфере воспитания и образования детей с особыми образовательными потребностями решаются наиболее острые проблемы общей педагогики и психологии развития.

## **ДВИГАТЕЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА. ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ**

**Петер Е.М. Лаутеслагер**

Статья посвящена обзору основных положений книги по новому методу оценки двигательного развития детей раннего возраста с синдромом Дауна, разработанному голландским специалистом Петером Лаутеслагером, а также методике оказания специализированной помощи таким детям.

### **ОБЗОР ОСНОВНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ КНИГИ\***

#### *Двигательное развитие*

Даже краткий обзор тематической литературы показывает, что в сфере двигательного развития детей с синдромом Дауна проводятся обширные исследования. Среди проблем, обусловленных

---

\* Перевод книги П.Лаутеслагера на русский язык и ее издание осуществлены Благотворительным фондом “Даунсайд Ап”, которому принадлежит право на ее распространение в России.





Рабочий момент семинара-тренинга по двигательному развитию детей раннего возраста с синдромом Дауна с участием д-ра Петера Лаутеслагера

этой хромосомной аномалией, отмечаются специфичность профиля двигательного развития, нарушения в последовательности освоения двигательных навыков и отставание в достижении возрастных двигательных “вех”. Кроме того, при синдроме Дауна, в отличие от других форм отставания умственного развития, двигательные нарушения превалируют над интеллектуальными. В литературе также описываются позы и паттерны движения, характерные для данного синдрома и не наблюдаемые у обычных детей.

Отмечаются многочисленные нарушения, определяющие характер развития движений. Так, могут играть определенную роль мышечная гипотония, порочное развитие рефлексов, нестабильный и излишний вес тела в совокупности с сопутствующими заболеваниями, такими как врожденный порок сердца или нарушенная деятельность щитовидной железы. Свою лепту вносят ограниченные способности этих детей в познавательной и социальной сферах.

В главе 2 книги представлены характерные для синдрома Дауна типы движений, которые наблюдаются у детей в период развития основных двигательных навыков. Анализ движений проводился с использованием соответствующей тематической литературы. Цель

анализа – показать особенности и ограничения двигательного развития. Выявлено, что при синдроме Дауна на развитие движений в раннем возрасте в большей степени влияет слабая фиксация суставов из-за недостаточной коконтракции, обусловленной пониженным мышечным тонусом. В результате у ребенка развиваются абнормальные образцы движения, для которых характерны чрезмерная симметричность и недостаточная вариативность. Ограниченное развитие реакций равновесия является одним из значительных факторов, осложняющих освоение правильных движений.

### *Содействие двигательному развитию*

Родители детей с синдромом Дауна выражают все большую потребность в постоянном профессиональном наблюдении за двигательным развитием своих детей в течение первых лет жизни. А в литературе все чаще отмечается важность раннего содействия двигательному развитию, во-первых, потому, что двигательная компетентность способствует лучшему взаимодействию в познавательной и социальной сферах; во-вторых, при удовлетворительном двигательном потенциале ребенок получает больше возможностей общего развития.

В главе 3 описывается стратегия терапии и эффективной компенсации патологических движений у детей при синдроме Дауна. На основе опубликованных данных двенадцати исследований различных авторов обсуждается эффективность ранней помощи в двигательном развитии. Продолжительность оказываемой помощи варьировалась от десяти дней до 2,5 лет. На фоне очевидного положительного, но кратковременного эффекта долговременные структурные изменения в основных движениях не демонстрируются.

Существенный недостаток всех исследований, как по теоретическому обоснованию методов содействия, так и по эффективности измерений уровня развития, заключается в отсутствии теоретической основы для интерпретации двигательных нарушений. В результате неадекватного понимания используемых подходов так и не появился обоснованный критерий для выбора метода терапии, что значительно ограничивает возможности специалистов, работающих в данной сфере.

В вышеназванных исследованиях наиболее эффективные измерения получены при использовании семнадцати различных инструментов. В трех исследованиях применялись шкала двигательного развития Гезелла (Gesell), шкалы развития Гриффита (Griffith), шкалы развития младенцев Стэнфорда-Бинета и Бэйли (Stanford-Binet & Bayley). Тринадцать других средств измерения не были специально адаптированы к особенностям двигательного развития при синдроме Дауна. И, к сожалению, при таком разнообразии измерительных средств не были выделены и обоснованы конкретные предпочтения одному из них.

Неожиданный недостаток определенно положительных результатов оказания содействия двигательному развитию означал, что ряд исследователей сомневались в использованных методах измерения. Это подтверждалось исследованием применимости шкалы развития младенцев Бэйли (Bayley) при синдроме Дауна. Было выявлено, что дети демонстрируют ряд навыков по разделам этого теста в последовательности, отклоняющейся от нормы, что фактически иллюстрировало нарушения двигательного развития. И это привело к заключению, что результаты тестирования детей с синдромом Дауна измерительными средствами, стандартизированными для обычных детей, неадекватны и указывают на необходимость разработки специального теста двигательного развития.

Многие ученые при исследованиях предпочитают не использовать контрольную группу детей, иногда из этических соображений. В этом случае для контроля берутся нормативы из тестов развития, стандартизированных для обычных детей, или нормативы развития, установленные в результате обследования определенной группы детей с синдромом Дауна. Однако сравнение с обычными детьми дает искаженную картину, потому что в этом случае никак не обозначается специфика проблем и игнорируется отличие развития в целом при синдроме Дауна. Не срабатывает должным образом и сравнение с нормативами при синдроме Дауна, потому что при данном синдроме не существует никаких единообразных, универсально применимых и стандартизированных норм.

Вторая проблема в формировании контрольных групп обусловлена сложностью двигательных нарушений у наблюдаемых детей с синдромом Дауна. Такие факторы, как индивидуальные отличия в степени мышечной гипотонии, в распределении мышечного тонуса, в уровне умственного развития, в социальном окружении и проблемах общего состояния здоровья (болезни сердца и органов дыхания), фактически исключают из экспериментальных исследований эквивалентную контрольную группу. Хорошая альтернатива в исследованиях по содействию двигательному развитию – временной ряд, в котором последующие достижения в развитии ребенка сравниваются с предыдущими. В этом случае по каждому ребенку требуются повторные измерения, контролируемые действия с экспериментальной переменной (двигательное содействие) и регулирование возможных внешних факторов.

При всей очевидности проблем двигательного развития детей с синдромом Дауна, требующих решения, столь же очевидна неадекватность и неуместность некоторых методов содействия этому развитию. Таким образом, адекватное решение возможно только при наличии надежного и валидного измерительного инструментария терапевтического метода, разработанного с учетом специфики проблем. Для этого важно, чтобы и инструмент, и метод были основаны на теории, отражающей характер и последствия патологии двигательного развития при синдроме Дауна.

### *Теоретические основы*

В главе 4 на основе опубликованных результатов исследований дано теоретическое описание “нарушений в системе постурального контроля” применительно к проблемам двигательного развития детей с синдромом Дауна. Выделено два основных фактора ограниченности в двигательном функционировании. Во-первых, сложность принятия и удержания различных поз при противодействии силе тяжести. Во-вторых, ограниченность набора движений в позе и несовершенство развития основных элементов движения (таких, как движения туловища и реакции равновесия), определяющих качество двигательного навыка (табл. 1).

## Нарушения в системе постурального контроля

Первичные	пониженный мышечный тонус
Вторичные	сниженная коконтракция сниженные реакции равновесия сниженная проприорецепция разболтанность суставов
Последствия	проблемы в принятии и удержании положений в позе и движении несовершенство развития двигательных навыков несовершенство освоенных двигательных навыков

Первое ограничение обусловлено рядом обозначенных расстройств в системе постурального контроля. Основой управления движением является координация всех частей тела, определяющих смену и удержание поз. Из-за мышечной гипотонии, наблюдаемой в той или иной степени у каждого ребенка с синдромом Дауна, появляются сниженные коконтракции и реакции равновесия, патологический проприорецептивный ответ на схему тела или движения, разболтанность суставов. В результате возникают проблемы в постуральном контроле, т.е. в управлении положением тела в позе или движении.

Второе ограничение в двигательном функционировании проявляется как следствие проблем в постуральном контроле. Из-за них недостаточно развиты качественные элементы двигательных навыков, таких как, повороты туловища, сохранение равновесия и разнообразие движений. Недостаточная стабилизация положений тела ведет к компенсаторным двигательным стратегиям, к статичности и симметричности поз и движения и, таким образом, к нарушению развития качественных двигательных элементов и снижению эффективности двигательных навыков. Следует помнить, что проблемы, возникающие на одной стадии двигательного развития, не изолированы, они развились из проблем предыдущих стадий и имеют последствия на последующих стадиях.

### *Средство измерения двигательного развития*

Стимулировать развитие движений предпочтительнее в период формирования основных двигательных навыков, когда закладываются основы будущей двигательной активности. Поэтому для исследований по содействию двигательному развитию в этот период требуется метод измерения уровня постурального контроля. Для этих целей был разработан “Тест основных двигательных навыков детей с синдромом Дауна” (ОДН-тест) на теоретической основе “нарушений в системе постурального контроля”:

1. Поднимание ног в положении лежа на спине.
2. Поднимание рук в положении лежа на спине.
3. Поднимание головы в положении лежа на спине.
4. Опора на локти в положении лежа на животе.
5. Переворачивание на спину из положения лежа на животе.
6. Переворачивание на живот из положения лежа на спине.
7. Сидение.
8. Ползание.
9. Ходьба с поддержкой.
10. Стояние с поддержкой.
11. Вставание с поддержкой.
12. Стояние без поддержки.
13. Переход в положение сидя.
14. Ходьба без поддержки.
15. Вставание без поддержки.

ОДН-тест – это измерительный инструмент, по пятнадцати разделам которого можно оценить уровень освоения пятнадцати основных двигательных навыков детьми с синдромом Дауна. Навыки расположены в последовательности их развития по возрастающей шкале. В свою очередь, каждый из них имеет собственную закономерность развития, определяемую по стадиям компетентности (или стадиям развития соответствующего двигательного навыка). Эти стадии (в виде подразделов теста) также располагаются в возрастающей последовательности их развития. В качестве примера приведем стадии освоения навыка сидения (7).

**Выполнение:** посадить ребенка на горизонтальную поверхность и без поддержки стимулировать его к разгибанию туловища, подниманию рук вверх. Перенос центра тяжести влево или вправо стимулируется отведением рук в стороны.

**Шкала:**

0. Ребенок сидит, но не демонстрирует ни одного из движений, описанных ниже.

1. При стимуляции ребенок сидит самостоятельно, с опорой на обе руки в течение 5 с.

2. При стимуляции ребенок сидит самостоятельно, с опорой на одну руку в течение 5 с.

3. При стимуляции ребенок сидит самостоятельно, без опоры на руки, с согнутой спиной в течение 2 с.

4. При стимуляции ребенок сидит самостоятельно, без опоры на руки, с выпрямленной спиной, без поясничного лордоза в течение 2 с.

5. При стимуляции ребенок сидит самостоятельно, без опоры на руки. По мере разгибания спины появляется поясничный лордоз, сохраняющийся в течение 2 с.

6. При стимуляции ребенок сидит самостоятельно, без опоры на руки. По мере разгибания спины и переноса общего центра тяжести тела влево или вправо наблюдается четко выраженный поясничный лордоз и наклон туловища в соответствующую сторону.

В главе 5 приведены результаты психометрического исследования на основе ОДН-теста. Цель исследования заключалась в нахождении одномерной переменной, измеряющей уровень пострального контроля основных двигательных навыков при синдроме Дауна и в определении надежности и конструктивной валидности теста. По ОДН-тесту было обследовано 42 ребенка с синдромом Дауна в возрасте от рождения до 4 лет со средним возрастом 2 года 7 месяцев. Тестирование проводилось в стандартных условиях под руководством одного и того же человека по инструкции, приведенной в описании теста. Каждое тестирование регистрировалось на видео. Видеозаписи просматривались и оценивались двумя экспертами независимо друг от друга. Спустя 3 месяца вновь оце-

нивались 10 произвольно выбранных тестов. Полученные данные анализировались по “модели частичного кредитования” (Partial Credit Model Wright & Linacre).

Выяснилось, что ОДН-тест имеет высокую степень надежности как между показателями двух экспертов ( $\kappa_{\text{inter}} = 0,85$ ), так и внутри показателей одного эксперта ( $\kappa_{\text{intra}} = 0,89$ , где  $\kappa$  – каппа Коэна) при  $\alpha = 0,94$  (альфа Кронбаха). Анализ соответствия показал линейную (одномерную) зависимость между разделами ОДН-теста и уровнями постурального контроля. Была подтверждена и гипотетическая последовательность подразделов (шкалы) в каждом из разделов теста. Также отмечалась значительная корреляция между возрастом и показателями ОДН-теста ( $r = 0,81$ ;  $p < 0,001$ ).

В заключение сделан вывод о том, что ОДН-тест является средством измерения уровня постурального контроля в основных двигательных навыках при синдроме Дауна у детей с момента рождения до трех лет.

#### *Исследование эффективности содействия двигательному развитию*

В главе 6 дано описание исследования эффективности физиотерапии применительно к развитию основных двигательных навыков детей при синдроме Дауна. Первоначально в исследовании принимала участие группа из 22 детей, живущих дома; четверо из них выбыли по болезни (возрастной диапазон в момент наблюдения – от 9 до 47 недель, средний возраст – 26,3 недель). Дети отбирались по возрасту, полу и возможности участия в исследовании в течение всего периода.

Исследование носило квазиэкспериментальный характер (простой временной ряд). Цель исследования заключалась в том, чтобы выявить положительное влияние двух курсов физиотерапии на развитие основных двигательных навыков детей сравнительно с начальным периодом и временем отдыха. Полученные данные анализировались с помощью программного пакета “Statistical Product and Service Solutions” (SPSS/PC). Все дети прошли курс физиотерапии. Данные по каждому ребенку использовались для контроля результатов терапии. Полное исследование состояло из



четырёх 3-месячных (13-недельных) периодов (табл. 2). В течение первого и третьего периодов один раз в неделю проводились сеансы физиотерапии, а родители получали назначения по работе с детьми дома. В течение второго и четвертого периодов дети отдыхали. На время отдыха родители не получали никаких назначений и занятий с детьми не проводилось. Перед первым курсом терапии обследовалось физическое развитие ребенка (исходные данные). В течение начального периода, который длился один месяц, физиотерапия не проводилась, но при необходимости давались некоторые рекомендации родителям.

Таблица 2

**График исследования: тестирование (Т1-Т6), начальный период (Р1), периоды проведения курсов терапии (Р2 и Р4) и периоды отдыха (Р3 и Р5)**

Т1	Р1 Начальный период (4 недели)	Т2	Р2 Первый курс терапии (13 недель)	Т3	Р3 Первый период отдыха (13 недель)
Т4	Р4 Второй курс терапии (13 недель)	Т5	Р5 Второй период отдыха (13 недель)	Т6	

За весь период исследования уровень двигательного развития детей измерялся с помощью ОДН-теста 6 раз. Поскольку литературные данные подтверждают корреляцию между двигательным и умственным развитием, одновременно (тоже 6 раз) проводилось тестирование детей по шкале умственного развития (шкала развития младенцев Бэйли – BOS 2-30). Также проверялись такие внешние факторы, как состояние здоровья, ежедневная активность, послушание и степень родительской заботы.

После первичной регистрации и тестирования двигательных и умственных способностей ребенка перешли к начальному периоду. По прошествии месяца было проведено вторичное тестирование по ОДН-тесту и по шкале умственного развития BOS 2-30. Затем согласно графику, приведенному в таблице 2, начался первый курс

терапии. Каждый трехмесячный период (терапии или отдыха) завершался тестированием по ОДН-тесту и шкале BOS 2-30.

Во время исследования применялся разработанный на теоретической основе метод, который учитывает особенности развития детей при синдроме Дауна. Используемая концепция описывает как двигательные нарушения, так и соответствующие им методы физиотерапии и рекомендации для родителей в период развития основных двигательных навыков. Концепция построена на предположении, что в этот период влияние нарушений в системе постурального контроля приводит к патологическим схемам и образцам движений. В основном при синдроме Дауна положения тела в позе и движении симметричны. Для детей характерны недостаточные реакции равновесия, недифференцированность и однообразность движений, а следовательно, и неадекватное двигательное функционирование.

При синдроме Дауна мышечный тонус, а с ним и уровень постурального контроля постепенно увеличиваются в нормативные сроки, но тем не менее развитие основных двигательных навыков проходит под влиянием пониженного тонуса мышц. В целом используемый подход к физиотерапии направлен на коррекцию развития и повышение функциональности основных двигательных навыков, зависящих напрямую от повышения тонуса мышц.

В частности, физиотерапия нацелена на совершенствование управления положением тела в каждой фазе движения, что достигается стимулированием адекватных сокращений для стабилизации положений частей тела в различных суставах. На начальных этапах двигательного развития обычно используются симметричные позы и поддержка. В дальнейшем добиваются того, чтобы ребенок выполнял те же движения менее симметрично и без поддержки. Для этого стимулируются смещение центра тяжести в сторону и подвижность туловища, реакции равновесия и дифференцированность движений, а также их вариативность и функциональность. И здесь очень важно, чтобы двигательные навыки развивались в некоторой определенной последовательности. Поскольку развитие каждого ребенка индивидуально, то цели и программа физиотерапии тоже должны быть индивидуальны, поэто-

му терапевтическая программа содержит не предписания, а лишь структуру терапии.

Терапия осуществлялась в больницах и в частном порядке детскими физиотерапевтами, которых предварительно обучили приемам применения разработанных программ физиотерапии и методов исследования. В течение первого и второго 3-месячных курсов терапии они получали результаты тестирования двигательного развития детей и определяли цели индивидуальной терапии на основе этих результатов. В течение обоих периодов (по 13 недель) с детьми занимались раз в неделю. Каждое занятие продолжалось от 30 до 45 минут. И каждую неделю на основе результатов тестирования, рекомендаций и программы терапии детский физиотерапевт определял содержание занятий и назначений для родителей.

Участие родителей и назначения для них рассматриваются как важный компонент терапевтического воздействия. Считается, что лечебная гимнастика может дать положительные результаты только в том случае, если родители смогут включить ее в повседневные дела по уходу за ребенком и в игру. Именно поэтому физиотерапевт дает назначения родителям. Каждый навык, с которым родителям предстоит работать, сначала объясняется и демонстрируется во время сеанса терапии, затем родителям предоставляется возможность сразу повторить увиденное. Для занятий с ребенком дома они получают краткое описание навыка. Таким образом, им предоставляется возможность стимулировать ребенка к освоению навыка в процессе повседневных дел (во время игры или ухода за малышом).

Занятия в периоды терапии P2 и P4 дали положительные результаты (рис.). В течение первого курса терапии (период P2) показатели двигательного развития значительно лучше, чем во время первого перерыва на отдых (период P3), а в течение второго курса терапии (период P4) – значительно лучше, чем во время второго перерыва на отдых (период P5). Во время проведения обоих курсов терапии (периоды P2 и P4) показатели двигательного развития, измеренные по ОДН-тесту, оказались лучше, чем в течение начального периода P1, которые, однако, не отличались существенно от показателей в

целом по периодам P2, P3, P4, P5. Зарегистрированные контрольные значения практически не влияли на полученные результаты.

В заключение было отмечено, что метод физиотерапии, учитывающий специфику двигательного развития при синдроме Дауна, способствует совершенствованию таких элементов пострурально-го контроля, как устойчивость и равновесие, в результате чего и достигалось значительное ускорение развития основных двигательных навыков в периоды терапии. Но пока для полноценного определения профиля двигательного развития детей раннего возраста с синдромом Дауна разработанного ОДН-теста явно не достаточно, поэтому на основе этого теста требуются дальнейшие исследования по развитию детей, по эффективности долгосрочной физиотерапии, направленной на двигательное развитие, и по структурообразующим результатам такого содействия.

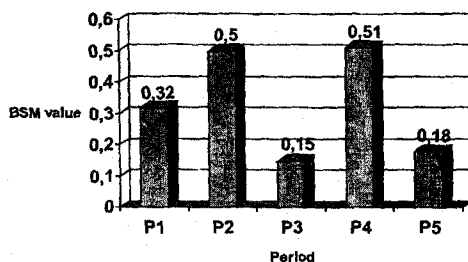


Рис. Распределение среднего значения показателя ОДН-теста по периодам P (n=18): P1 – начальный период, P2 – первый курс терапии; P3 – первый период отдыха; P4 – второй курс терапии; P5– второй период отдыха

# CHILDREN WITH DOWN SYNDROME MOTOR DEVELOPMENT AND INTERVENTION

P.E.M. Lauteslager

The paper reviews the main aspects of a book dedicated to a new method of motor development estimation for early age children with the Down's syndrome, which was developed by Dutch specialist Peter Lauteslager, as well as a strategy of rendering specialised assistance to these children.

## SUMMARY

### *Motor development*

Overview articles reveal extensive research into the motor problems of children with Down syndrome. These children have a disorder-specific motor development profile. Their motor ability is relatively slow to develop and they are late in achieving motor milestones. In addition, there is a different sequence in which motor skills are mastered. In comparison with people otherwise mentally disabled, there are specific motor problems. In fact, the motor disturbance seems relatively greater than the mental one. Finally, specific postural and movement patterns are described which are not observed in non-disabled children.

In addition, numerous disturbances are specified which may influence the characteristic development of motor behaviour. Hypotonia, abnormal development of reflexes, instability and excess weight can play a role. In addition, additional medical problems, such as congenital heart abnormality or a deviant thyroid gland function also play their part, in common with the cognitive and social limitations of these children.

Chapter 2 describes the characteristic movement patterns of children with Down syndrome with reference to observations made during the period of basic motor skills development. Their motor behaviour is analyzed with reference to the relevant literature. The aim is to gain insight into the specific manner in which these children's motor behaviour develops and into the factors which obstruct this development. The conclusion is that the development of movement of the child with Down syndrome is influenced to a large extent by an

insufficiency of stabilising co-contractions around joints, possibly as a consequence of reduced muscle tension. As a result, the child develops specific motor behaviour which is characterised by an exaggeratedly symmetrical manner of moving and by a lack of variety of movement. The restricted development of a Down syndrome child's balance reactions is one of the significant factors in the reduced appropriateness of the motor behaviour.

### *Motor intervention*

To an increasing degree, the parents of Down syndrome children have expressed the need for supervision of the specific motor development of their children during the first years of life. There are frequent indications in the literature of the importance of specific motor intervention. Competent motor abilities can support cognitive and social interactions. Satisfactory motor potential can offer the Down syndrome child more development opportunities in a broad sense.

The theme of Chapter 3 will be the definition of a therapy strategy with a demonstrably positive effect on the motor limitations of these children. There will be a discussion of twelve studies investigating the effect of intervention on the motor development of young Down syndrome children. The duration of the intervention varied from ten days to more than 2.5 years. Short-term effects are generally positive, but long-term effects, in the sense of structural development advantages in gross motor abilities, proved to be not demonstrable.

In any case, there is a significant dearth in these research studies, both in terms of the theoretical foundation of the intervention and of effect measurement: not one of them interprets motor problems effectively from a theoretical framework. As a result, a well-founded choice for a therapy method is not possible. In addition, inadequate insight is provided into the therapy methods used. Consequently, results presented have only restricted significance for the professionals involved.

In the investigations named previously, the effect measurement was carried out using seventeen different instruments. The Gesell Schedules of Motor Development, the Griffiths' Development Scales, the Stanford-Binet and the Bayley Scales of Infant Development were each used in

three studies. In addition, thirteen other measuring instruments were used. Not one of these measuring methods was specifically developed in order to register change in the motor problems of Down syndrome children. Besides, one of the consequences of the diversity of measuring instruments was that no clear preference was indicated.

The unexpected lack of definitively positive results as a consequence of intervention meant that a number of researchers had doubts about the measuring method they were using. This was substantiated by an investigation into the practicability of using the motor scales of the Bayley Scales of Infant Development for Down syndrome children. What emerged was that these children mastered several items of this test in a sequence which deviated from the norm. In fact, it illustrated the deviant motor development of Down syndrome children compared with non-disabled children. This led to the conclusion that the results of testing Down syndrome children with measuring instruments standardised for non-disabled children are less important and indicated the necessity for the development of a specific motor test.

Many research scientists prefer not to use a control group, sometimes because of ethical considerations. For reference, norms are then used from development tests, standardised for non-disabled children or development norms which are based on a specific group of Down syndrome children. In the comparison with non-disabled children, however, a distorted picture emerges because the specific problems are not indicated and the entire distinctive development of the Down syndrome child is ignored. Comparison with the norms of Down syndrome children does not work because there are no uniform, universally applicable, standardised norms available.

A second problem in the composition of control groups arises from the complexity of the motor problems experienced by Down syndrome children. Factors such as the degree of hypotonia, individual variation in tonus distribution, mental level, social background and general health problems, such as the frequent occurrence of heart disorders and respiratory diseases, actually make the composition of an equivalent control group in the context of an experimental research study impossible. For intervention research, a time series set-up, in which each child is treated and forms his own reference, might be a good alternative.

Repeated measurements per subject, monitored manipulation of the experimental variable (motor intervention) and monitoring for possible external factors are essential in this respect.

The obvious motor problems of Down syndrome children require intervention, but there is inadequate insight into the appropriateness of intervention methods. This can only be determined once researchers have a reliable and valid measuring instrument and a therapy method geared to the problems. It is important that measuring instrument and therapy method should be based on a theoretical framework relating to the nature and the background of the specific process of the motor development of Down syndrome children.

### *Theoretical framework*

In Chapter 4, on the basis of the literature research, the theoretical framework 'Disturbances in the system of postural control' for the motor problems of Down syndrome children is proposed. Two important restrictions are distinguished in the motor behaviour of these children. On the one hand, there are problems in adopting and maintaining postures against the force of gravity and on the other hand, there is the lack of a varied development of movements in a posture and the inadequate development of qualitative motor elements, such as trunk motor ability and balance reactions (table 1).

*Table 1*

**Disturbances in the system of postural control**

Primary	reduced postural tonus
Secondary	insufficiency of co-contractions insufficiency of balance reactions reduced proprioception increased mobility of joints
Consequences	problems in achieving and maintaining positions in posture and movement inadequate development of qualitative aspects of motor ability inadequate appropriate motor ability



The first restriction can be clearly explained by considering the problems as the result of a number of manifest disturbances in the system of postural control. Postural control signifies the coordination of the entire system of specific body processes, which are responsible for the adoption of posture during motor behaviour. It is clear that each Down syndrome child suffers from hypotonia to a greater or lesser degree. Reduced postural tonus results in an insufficiency of co-contractions, inadequate balance reactions, a defective proprioceptive feedback on posture and movement and in hypermobility of joints. Because of these disturbances, problems arise in the adoption and maintenance of positions in posture and in movement.

The second restriction in motor behaviour, clearly due to problems in postural control, can be placed in a developmental perspective. As a result of the problems in adopting and maintaining positions during posture and movement, qualitative elements of motor skills are insufficiently developed, such as trunk rotation, balance and variety of movement. Problems which occur in stabilising posture and movement lead to compensatory movement strategies, to static and symmetrical motor skills and thereby to a defective development of qualitative motor elements. This reduces the efficiency of the motor skills. The problems arising during a phase of motor development are not isolated, but have consequences for successive phases and have evolved in previous phases of the motor development.

#### *Motor measuring instrument*

Influencing motor development should preferably take place during the period of the development of basic motor skills. This is the period in which the foundations are laid for future motor development. In intervention research, therefore, an instrument is needed to measure the level of postural control in this period. Based on the theoretical framework 'Disturbances in the system of postural control' the 'Test of Basic Motor Skills for children with Down syndrome' (BMS) was developed.

#### *Fifteen BMS test items*

1. Raising legs when supine
2. Stretching when supine

3. Raising head when supine
4. Elbow support when prone
5. Rolling from prone to supine
6. Rolling from supine to prone
7. Sitting
8. Moving forward over the floor
9. Walking with support
10. Standing with support
11. Standing up with support
12. Standing without support
13. Sitting up
14. Walking without support
15. Standing up without support

The BMS is an evaluative instrument which measures the performances of Down syndrome children on fifteen basic motor skills based on fifteen corresponding test items (table 2). The fifteen skills are in a developmental sequence and form a rising scale. Each of the basic motor skills has a specific development. This development is described in defined levels of competence. The levels of competence are in a developmental sequence and likewise form a rising scale (table 3).

#### *Classification of test item 7, 'Postural control in sitting'*

##### **Execution**

The child is placed in the sitting position without support on a horizontal surface and is stimulated to stretch the trunk by coaxing him to reach upwards with the arms. He is stimulated to transfer weight laterally by coaxing him to stretch the arms out sideways.

##### **Scale**

0. The test item is administered correctly, but the child does not demonstrate any motor behaviour described in one of the level specifications below.

1. The child sits independently during stimulation for at least 5 seconds, while supporting the position with two hands.

2. The child sits independently during stimulation for at least 5 seconds while supporting the position with one hand.

3. The child sits independently during stimulation for at least 2 seconds without support from the arms and with a bent back.

4. The child sits independently during stimulation for at least 2 seconds without support from the arms and with a straight back with no lumbar lordosis.

5. The child sits independently during stimulation without support from the arms. In the course of stretching the back a clear lumbar lordosis is observable for at least 2 seconds.

6. The child sits independently during stimulation without support from the arms. In the course of stretching the back and transferring weight laterally a clear lumbar lordosis and a clear extended trunk are observable for at least 2 seconds.

Chapter 5 describes psychometric research, carried out using the BMS. The intention of this research is the construction of a unidimensional variable which can measure the level of a Down syndrome child's postural control in the period of development of basic motor skills. In addition, the instrument was tested for reliability and construct validity.

The BMS was administered to 42 subjects with Down syndrome, aged from zero to four years, with an average age of two years seven months. The test was carried out under standard conditions by one test leader according to the procedure indicated in the test. Each test was recorded on video. Each video tape was scored by two observers independently of each other. After three months, ten tests, chosen at random, were evaluated once again. The data were analyzed by means of the Partial Credit Model of Wright & Linacre.

The BMS has a high degree of inter-rater and intra-rater reliability, .85 and .89 (Cohen's kappa) respectively; Cronbach's alpha was .94. Fit analysis indicated that the test items measure the variable 'level of postural control' unidimensionally. In the classification of test items at the level of postural control, the postulated sequence was displayed. The hypothesized sequence of scale steps per test item was also confirmed. In addition, there was a significant correlation between age and BMS score ( $r=.81$ ;  $p<.001$ ).

It was concluded that the BMS is an instrument which can measure the level of postural control of basic motor skills of Down syndrome children aged from zero to three years.

### *Intervention research*

Chapter 6 describes the research into the effect of physiotherapy on the development of basic motor skills of Down syndrome children. The research group consisted initially of 22 children living at home; four children dropped out because of illness (age at intake nine to 47 weeks, average age 26.3 weeks). Participating children were selected on the basis of age, sex and on the expectation that co-operation would continue throughout the entire research period.

*Table 2*

*Research design; test moments (T1 to T6), baseline period (P1), treatment periods (P2 and P4) and rest periods (P3 and P5)*

T1	P1 Baseline period 4 weeks	T2	P2 First treatment period 13 weeks	T3	P3 First rest period 13 weeks
T4	P4 Second treatment period 13 weeks	T5	P5 Second rest period 13 weeks	T6	

The research has a quasi-experimental research design (simple time series). All the children had physiotherapy treatment, the data of each child were also used in order to monitor the results of the intervention. The research period consisted of four periods of three months (thirteen weeks) (table 2). In the first and third period of three months, the children received physiotherapy treatment once a week and parental guidance took place. Periods 2 and 4 were rest periods. During this time there was no treatment and no parental guidance. Before the first treatment period, the physical development of the child was registered (baseline specification). The baseline period lasted one month. In this period there was no physiotherapy treatment, but advice was given in some cases to the parents. The investigation was as to whether the applied physiotherapy treatment given in the two treatment periods had a positive influence on the development of the basic motor skills of

the children participating in comparison with baseline and rest periods. The data was analyzed using SPSS.

The development of the child participants was measured a total of six times with the BMS. Because the literature assumed a correlation between motor development and a child's mental ability, the mental scale of the Bayley Scales of Infant Development (BOS 2-30) was also administered six times. During the entire research period, possible external variables, such as health, care, daily activities and parental compliance, were monitored.

After registration, a child's motor and mental abilities were tested and the baseline period began. After one month, this period was concluded with a second test (BMS and BOS 2-30, mental scale). Subsequently, the first treatment period began, according to the schedule as above. Each period of three months (both treatment and rest period) was concluded by administering the BMS and the BOS 2-30.

The physiotherapy treatment was based on a therapy concept which, on the basis of the previously mentioned theoretical framework, had been specifically developed for Down syndrome children. The concept describes the motor problems of these children and the corresponding physiotherapy treatment and the parental assignment in the period of development of basic motor skills. A basic assumption in this concept is that this period is influenced by disturbances in the system of postural control, and that this leads to the development of specific motor behaviour. In general, Down syndrome children demonstrate a preference for symmetrical patterns of posture and movement. Their motor behaviour is characterised by a lack of movement dissociation, of balance reactions and of movement variation. It is inadequate both in terms of function and appropriateness.

The postural tonus of Down syndrome children does in fact increase in time and, with it, the level of postural control, but the development of basic motor skills, however, takes place under the influence of a reduced postural tonus. In a general sense, the physiotherapy treatment is intended to correct the specific development of basic motor skills and thereby to render motor behaviour more functional. The increasing postural tonus in principle ensures a better basis of corrected motor patterns.

More specifically, this treatment aims to improve the development of posture in every motor phase. What is important in this respect is the provision of adequate stability by stimulating the production of sufficient co-contractions. As usual in motor development, in the first place this takes place symmetrically and if necessary with support.

Subsequently, in each motor phase the aim is to achieve motor behaviour in which the child, preferably without support, can move away from the previously mentioned symmetrical postures. The children are stimulated to transfer body weight sideways and trunk motor ability, postural reactions (balance) and movement dissociation are practised, in addition to movement variation and functionality. What is important in this respect is that motor skills should have a developmental coherence. Obviously, each child develops in a different manner. The physiotherapy treatment takes place on the basis of individual objectives. The treatment programme therefore, does not provide the prescription but the framework for therapy.

The treatment was administered by paediatric physiotherapists in private practices and in hospitals. Participating physiotherapists had been trained in the application of the treatment programme and in the research methods. Prior to the two treatment periods of three months, they were given the results of motor tests and individual therapy objectives specified on the basis of the test. During both intervention periods the children were treated one time a week (two periods of thirteen weeks). Each treatment session lasted from thirty to 45 minutes. The paediatric physiotherapist defined every week the content of the treatment and parental assignment on the basis of the test results, the treatment recommendations and the treatment programme.

Parental assignment and participation is seen as an actual component of the treatment. Exercise therapy is only meaningful if parents can integrate the correction of motor patterns in the course of play and child care and thereby implement it in their child's motor behaviour. That is why the physiotherapist in attendance assigns aspects of the treatment to the parents. Each skill which is delegated to the parents is explained and demonstrated during treatment. They are given the opportunity to practise this in the course of the session. A short description of the skill

is available for home use. Parents are encouraged to stimulate the skills in everyday activities (play and child care).

The results of the physiotherapy treatment in the treatment periods P2 and P4 are definitely positive (figure 1). Motor development in the first treatment period P2 turned out to be significantly greater than in the first rest period P3 and the motor development in the second treatment period P4 turned out to be significantly greater than in the second rest period P5. Both in the first and second treatment periods (P2 and P4) the motor development measured by the BMS turned out to be significantly greater than in the baseline period P1. Motor development in the baseline period P1 however was not significantly distinguishable from motor development in the entire intervention period P2345. Registered control variables did not significantly influence these results.

The conclusion was that the methodical problem-specific physiotherapy treatment administered improved inadequate conditional elements in the area of postural control, such as stability and balance. As a result of this, in the treatment periods a significant acceleration was achieved in the development of basic motor skills of young Down syndrome children. Because not enough is known about the development profile of young Down syndrome children on the BMS, follow-up research is recommended into the development of these children on the BMS, into the effect of long-term physiotherapy treatment on motor development and into the structural results of this intervention.

### Literature

Lauteslager, P.E.M. (1991). Syndroom van Down; motoriek in ontwikkeling. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 101, 260-269.

Lauteslager, P.E.M., Vermeer, A., Helders, P.J.M. (1994). Houdingsregulatie stoornissen bij kinderen met het syndroom van Down; een literatuurstudie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 104, 160-169.

Lauteslager, P.E.M., Vermeer, A., Helders, P.J.M. (1995). Theoretische fundering van motorische interventie bij kinderen met het syndroom van Down; een literatuur-studie. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 21, 108-122.

Lauteslager, P.E.M. (1995). Motor development in young children with Down syndrome. In: Vermeer, A. & Davis, W.E. (eds). *Physical and motor development in mental retardation*. Basel: Karger AG.

Lauteslager, P.E.M., Vermeer, A., Helders, P.J.M. (1996). Motorische interventie bij kinderen met het syndroom van Down; een literatuur-studie. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 106, 52-61.

Lauteslager, P.E.M., Pennings, A.H., Vermeer, A., Helders, P.J.M. (1996). Motorische basis-vaardigheden bij kinderen met het syndroom van Down: de ontwikkeling van een meetinstrument. *Bewegen & Hulpverlening*, 13, 40-52, 65, 67.

Lauteslager, P.E.M., Vermeer, A., Helders, P.J.M. (1996). Motorische problematiek en interventie. In: Berger, R.M.F. & van Suijlekom-Smit L.W.A. (red.). *Het syndroom van Down, wat is optimale zorg?* Rotterdam: Sophia kindziekenhuis.

Lauteslager, P.E.M., Vermeer, A., Helders, P.J.M. (1998). Disturbances in the motor behaviour of children with Down's syndrome: the need for a theoretical framework. *Physiotherapy*, 84, 5-13.

Lauteslager, P.E.M., Bakker B.A., van den Heuvel, M.E. (1998). Physiotherapy for children with Down syndrome: the development of a method. In: de Graaf, E., Vermeer A., Heymans H.S.A. & Schuurman M.I.M. (eds). *Down syndrome behind the dykes*. Amsterdam: VU University Press.

Lauteslager, P.E.M., Pennings, A.H., Vermeer, A., Helders, P.J.M., 't Hart, H. (1998). Test van Basis-motorische Vaardigheden van Kinderen met het syndroom van Down: onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 108, 155-163.

Lauteslager, P.E.M., Vermeer, A., Helders, P.J.M. (1998). Zaburzenia zachowania motorycznego u dzieci z zespołem Downa-potrzeba opracowania teoretycznego (Disturbances in the motor behaviour of children with Down's syndrome: the need for a theoretical framework). *Rehabilitacja Medyczna*, Tom 2, nr 4, 47-55.

Lauteslager, P.E.M. (2000). *Kinderen met het syndroom van Down; motorische ontwikkeling en behandeling*. Amersfoort: 's Heeren Loo Zorggroep.

Lauteslager, P.E.M., Vermeer, A., Helders, P.J.M., 't Hart, H., Klugkist, I.G. (2000). Het effect van fysiotherapie op de ontwikkeling van basis-motorische vaardigheden van kinderen met het syndroom van Down. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 110, 12-21.

Engelbert, R.H.H., Lauteslager P.E.M. (2000). Aandoeningsgebonden motorische ontwikkelingsprofielen. In: Empelen, R. van, Nijhuis-van der Sanden, M.W.G., Hartman, J.E.M. (eds). *Kinderfysiotherapie*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Lauteslager, P.E.M., Bakker, B.A. (2003). Bezoek aan Downside Up Moskou. *Kinderfysiotherapie*, maart, 18-19

Lauteslager, P.E.M. (2003). Children with Down's syndrome: motor development and intervention. (Russian edition). Moscow: Downside Up.



Lauteslager, P.E.M. (2004). Children with Down's syndrome: motor development and intervention. (English edition). Amersfoort: 's Heeren Loo Zorggroep.

Lauteslager, P.E.M. (2005). Children with Down's syndrome: motor development and intervention. (Romanian edition). ALDO CET, Craiova.

## ИЗМЕНЕНИЕ ПОДХОДОВ К ОКАЗАНИЮ ПОДДЕРЖКИ ЛЮДЯМ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

Адри Вермеер

В статье автор проанализировал функциональный подход к проблемам инвалидности.

В истории формирования представлений о людях с особенностями развития и подходов к оказанию им поддержки можно выделить два концептуальных направления: переход от индивидуально ориентированного подхода к социально ориентированному, функциональная модель. В фокусе индивидуально ориентированного подхода находятся нарушения развития или ограниченные возможности человека, и поддержка состоит в лечении, коррекции нарушений или компенсации ограниченных возможностей. Эта парадигма основана на “медицинской модели” или “модели развития”. В центре внимания обеих моделей – изменения, происходящие в человеке. Оценки результатов оказания медицинской помощи, основанной на таком подходе, однако, оказались неудовлетворительными. Тот прогресс в развитии, который может наблюдаться, скорее, связан со случайными факторами окружающей среды\*, чем с какими бы то ни было конкретными направлениями медицинского воздействия как такового (Becher, 1997).

Социально ориентированная модель широко известна под названием “модели нормализации”. Принцип нормализации имеет правовую окраску: человек с особенностями развития имеет пра-

\* Термин “окружающая среда” здесь не означает предметную среду, людей или события. Здесь окружающая среда, скорее, эквивалентна понятию “контекст”, в котором человек ощущает возможности для действия, в то время как действия осуществляются благодаря информации, которая хранится в самом контексте. Если есть информация, соответствующая нашим возможностям и нашему желанию действовать, тогда мы действуем. Без этой информации мы ничего не делаем.



Выступление Адри Вермеера на конференции

во нормально жить в общественной системе. Изначально предполагалось, что нормализация жизненных обстоятельств, образования, работы и т.п. будет способствовать благополучию людей с особенностями развития. Проведение в жизнь модели нормализации налагает на общество тяжелый груз ответственности: наше общество должно обеспечить людей с особыми потребностями возможностями для участия в социальной жизни. Первым естественным следствием этого были попытки изменить отношение общества к людям с особенностями развития. Результаты, однако, оказались не вполне убедительными. Начались серьезные исследования в области влияния указанной парадигмы на социальную интеграцию, и результаты этих исследований показали, что, несмотря на достижение физической интеграции, социальная интеграция оказалось гораздо более сложным делом [van Genner, 1997]. Главная проблема заключается в том, что окружающая среда не всегда соответствует личным потребностям человека с особенностями развития и его социальным навыкам. Для того, чтобы человек не стал нормализованным как некомпетентный, одной нормализации недостаточно, необходима также поддержка индивидуального

типа. Поэтому van Genner представил новую парадигму, которую назвал “включение в общество в условиях поддержки”. Эту парадигму характеризует следующее: человек не обязан быть готовым к тому, чтобы его приняли во всевозможные места, где он может жить, работать, получать образование и проводить досуг. Наоборот, цель состоит в том, чтобы человек мог жить и набираться опыта в ситуации, которую выберет он сам. И в этой ситуации ему должна быть предоставлена та поддержка, которая соответствует его возможностям. Я бы связал эту парадигму с “функциональной моделью” оказания поддержки.

Для того чтобы пояснить свою точку зрения, приведу пару примеров.

Несколько лет назад мне, как участнику одного научного исследования, представилась возможность сопровождать группу, состоящую из 25 юношей и девушек с интеллектуальными нарушениями в их поездке в США на Параолимпийские игры. Чтобы добраться до места, нам необходимо было пересечь с одного самолета на другой в одном из крупнейших аэропортов США – в аэропорту г. Атланты. Чтобы легче было присматривать друг за другом и не потеряться, мы разделились на маленькие группы. Я отвечал за четверых юношей. У меня в кармане были их паспорта (почему, спрашивается, не у них в карманах?), а на лице – твердый взгляд лидера. Через сотню метров моя группа побежала вперед, оторвавшись от меня на 10 или 20 метров и показывая дорогу к нужному терминалу. Система цветных пиктограмм в этом аэропорту была настолько понятной, что путь можно было найти почти автоматически. Мои подопечные сразу же поняли и систему работы полностью автоматизированного вагончика, довозящего пассажиров до самолета. Они начали экспериментировать с расстоянием до дверей вагончика, пытаясь найти то место, где срабатывает датчик и голос диктора предупреждает, что вы стоите слишком близко к дверям, и они не смогут закрыться. Короче говоря, поведение ребят из моей группы подтверждало в высшей степени адекватное устройство систем аэропорта, которое подходит почти всем.

Однажды, правда, одна из систем дала сбой. Это обнаружилось, когда мы должны были подвергнуться таможенному досмотру.

Во-первых, в этой секции висело объявление, гласящее, что проходить досмотр вместе могут только супружеские пары, а остальные должны дожидаться своей очереди за желтой чертой. Я решил посмотреть, как все это будет работать на практике. Первый юноша (у него был синдром Дауна) один подошел к таможенному чиновнику, который посмотрел его паспорт и спросил, какова цель его поездки. В глазах парня я прочел полную растерянность. Он беспомощно смотрел на меня. Чиновник, кажется, тоже не понял, в чем дело, а может быть, не захотел понять. В общем, правила поведения в этой секции не подходили, как минимум, данной категории пассажиров, ежедневно прибывающих в этот аэропорт. Тогда возникает вопрос, мог ли этот юноша научиться вести себя должным образом в подобной ситуации? Исходя из опыта этой же поездки, я определенно ответил бы “да”.

После недельного пребывания в американской семье, в которой папа говорил по-английски, а мама по-голландски и эта же мама каждый день ездила с упомянутым юношей на тренировки по плаванию, между юношей и одним журналистом состоялся разговор. Журналист спросил его, что он должен будет делать во время Игр, и юноша ответил: “Я буду плавать брассом”. Именно это и есть социальная интеграция, осуществившаяся в результате 1) наличия адекватного контекста, соответствующего возможностям человека, и 2) соответствующей стимуляции.

Второй пример: ситуация, которую я наблюдал в реабилитационном центре для людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Там занималась девушка, получившая черепно-мозговую травму в результате дорожной аварии. Пересекая внутренний двор, она старалась идти по прямой, но теряла контроль, и у нее ничего не получалось. Не получилось и тогда, когда инструктор нарисовал мелом линию на асфальте. Ее движения были настолько хаотичны, что она вынуждена была останавливаться каждые два метра. Когда же инструктор пошел с ней рядом, ей удалось дойти до противоположного конца двора по прямой. Затем инструктор предложил ей хлопать в ладоши в такт шагам, и девушка опять-таки сумела пересечь двор, не отклоняясь от прямой линии.

Как можно объяснить это? В норме мозг функционирует гибко, приспособляясь к обстоятельствам. Он организует собственную работу в соответствии с ситуацией. В случае полученной травмы восприятие может остаться верным, но контроль, необходимый для того, чтобы действовать согласно воспринятому, может быть утрачен. И тогда для выполнения необходимых действий могут потребоваться внешние средства компенсации. Вышеприведенный пример показывает, что утраченная центральной нервной системой способность к контролю может быть скомпенсирована средствами периферийного или внешнего контроля.

Завершим перечень примеров отчетом о некоторых наблюдениях, сделанных мной во время Параолимпийских игр. На соревнованиях по спортивной гимнастике тренеру разрешается направлять выступление спортсмена словами в тех случаях, когда из-за нарушений в интеллектуальной сфере тот испытывает трудности с запоминанием цепочки действий. И из практики, и из теории мы знаем, что определенная часть людей с интеллектуальными нарушениями испытывает трудности с переходом от одной ситуации к другой, или, иными словами, с соединением одного упражнения с другим. Однако словесное руководство позволяет им участвовать в соответствующих видах состязаний, получать удовольствие от них, награды за успешное выполнение задания, а это, в свою очередь, повышает самооценку и усиливает мотивацию продолжить занятия.

Усиление мотивации после успешного выполнения задания становится не только важным стимулом к действию. Если в окружении человека есть что-то интересное, что придаст его действию смысл, этому человеку достаточно мотивации, чтобы начать действовать. Fogel (1990), занимающийся исследованиями в области раннего развития, утверждает, что функциональность процессов развития утрачена как в образовательной, так и терапевтической сферах, т.е. человек отделен от социального контекста тогда, когда, скажем, обучение каким-то навыкам происходит в отрыве от его отношений с той средой, в которой эти навыки должны использоваться.

# THE ROLE OF THE ENVIRONMENT IN THE PROMOTION OF THE WELL-BEING OF PERSONS WITH DISABILITIES

**Adri Vermeer**

In the paper the author has analysed a functional approach to invalidism problems.

## APPROACHES TO PERSONS WITH DISABILITIES

In the history of the care for persons with disabilities, two paradigmatic shifts could be discerned. The first shift concerns the change from an individual oriented approach to persons with disabilities toward a societal approach. The individual approach focused on the impairments or disabilities of the individual, with care aimed at the curing of the disorders or the compensation of the disabilities of the person. This paradigm is based on a medical model, or a developmental model. Both models focus on changes *in* the person. However, evaluations of health care based on this approach show unsatisfactory results. What progress is evident in the person's development would seem to be related to casual environmental factors in relation with the actual development of a person, rather than to any specific aspects of the health care itself (Becher, 1997).

The societal model is widely known as 'normalization'. The normalization principle implies that persons with disabilities have the right to live within the normal societal systems. The supposition is that normalization of the living circumstances, education, work, etc. will have positive effects on the well-being of persons with disabilities. This places a heavy burden of responsibility on society: our society has to provide disabled persons with the possibilities for social participation. The first consequence of this model was to lead to attempts to change social attitudes toward persons with disabilities. The results, however, have not been very convincing. Secondly, considerable research into the effects of this paradigm on social integration has shown that although physical integration has been attained, social integration is more difficult (van Gennep, 1997). The main problem is that the environment is not usually fitted to the personal needs and social capabilities of disabled persons. "Normalization alone is not sufficient, a personal kind of support is also

necessary to avoid being normalized as incompetent' (ibidem, p. 16). Van Gennep therefore introduced a new model, a new paradigm, which he called 'support'. It is characteristic of this paradigm 'that the person does not have to be ready to get admission to all kind of living-, work- and leisure time facilities. On the contrary, the aim is that the person can live and experience in the situation which he has chosen' (ibidem, p. 26). In this situation, support is provided according to the person's capacities. I shall refer to this paradigm as a 'functional' model.

### THE FUNCTIONAL MODEL

To explain this view, I would like to offer some examples.

A couple of years ago I had the opportunity to accompany a group of 25 boys and girls with mental retardation as a participant researcher on a trip to the USA to participate in Special Olympics Summer Games. During the journey we had to change planes in Atlanta, one of the biggest Airports of the USA. To take care of each other on this busy airport, the group was divided into smaller groups. I was responsible for four young man: with their passports in my pocket (why not in their own pockets?) and the firm look of a leader in my eyes. After less than a couple of hundred meters, the group was running 10 to 20 meters ahead, showing me the way to the other terminal. The system of coloured pictograms in the airport was so clear that you could find your way almost automatically. The way the fully automatic shuttle train operated was also immediately understood by the group. They started experimenting with the distance to the door of the shuttle, to find out when the speech chip warned that somebody was standing too close to the door for it to be able to shut. In short, the behaviour of the boys of my group proved highly adequate, governed by the rules of the systems of the airport, which were suitable to almost everybody.

However, this changed once we arrived at customs. First, there was a sign that only 'couples could approach together' and 'that others should wait behind the yellow line'. I decided to see how this would work out. The first boy, a boy with Down syndrome, went alone to the customs official who observed his passport and asked the boy 'what the purpose of his visit was'. Chaos appeared in the eyes of the boy. He looked at me helplessly. The custom official also seemed not to

understand the situation, or was not willing to understand. In short, the behavioural rules did not fit at least some part of the visitors who daily arrive at this airport.

The question now is, 'do I think, do we think, that this boy could have learned to cope with such a situation? My answer, also based on experiences during this trip, is 'yes'.

One week later, after a week's stay with a host family with an English speaking father and a Dutch speaking mother, who joined the boy daily for his swimming training, the boy answered a local journalist's question about what he had to do during the games; 'I shall swim the breaststroke'.

This is social integration as a result of (1) an adequate context, suitable to the capabilities of a person, and (2) a suitable stimulation.

The second example concerns a situation I have observed in a rehabilitation centre for persons with physical disabilities. The situation involves a young woman who had suffered brain damage as a result of a road accident. She was attempting to maintain a straight line while crossing an inner court, but lost control and failed. When the physical therapist drew a line on the pavement, she is unable to follow this line. Her movement pattern was so chaotic that she had to stop after a couple of meters. When the physical therapist walked beside her across the court, however, she could now walk in a straight line to the opposite side of the court. When the therapist then asked her to clap her hands in accompaniment to the rhythm of her steps, she walked straight to the other side.

How could this be explained? Normal brains are flexible and adaptive. They organise themselves according to the situation at hand. In case of brain damage, however, it may be that the perception is right, but that there is a failure in the control needed to act according to this perception. External compensation is needed to execute the desired behaviour. The two examples show that the lost central capabilities to control can be compensated by means of peripheral or environmental control. In the faculty of Human Movement Sciences of the Free University in Amsterdam, research is carried out to discover whether this kind of peripheral reorganisation of lost coordination and control could be used for therapeutic purposes.



I will conclude these examples of experience-based knowledge with a report of my observations during a Special Olympics event. In gymnastics, the coach or the trainer is allowed to guide the performance of an athlete verbally if the athlete has difficulties executing a sequence of exercises because of intellectual disability. We know from both practical experiences and research that a number of persons with an intellectual disability has difficulties with the transition from one situation to another, in other words, in coupling one exercise with another. By providing verbal guidance, such a person can participate in this event, enjoy have the reward of a task successfully executed, which enhances his or her feelings of competence and which, in turn, enhances the motivation to continue.

Increased motivation after a successfully performed task is not only an important factor in the motivation to act. A person is only motivated to start to act if there is something interesting in the environment to be involved with, something which will give significance to that action. Fogel (1990), who has investigated early development, claims that the functionality of developmental processes is lost, whether in education or treatment, when the person is separated from his or her environment, e.g. by giving training in skills divorced from the relationship with the environment in which the skills have to be used.

## СОТРУДНИЧЕСТВО НА БЛАГО ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

Эверт Ютентус

В данной статье обобщен опыт международного сотрудничества Центра "s Heeren Loo Midden"-Nederland (Нидерланды).

Фонд "s Heeren Loo Foundation" существует уже более 100 лет. Он был создан в 1891 г. в Нидерландах и имеет самую долгую историю из всех организаций, работающих с людьми с интеллектуальными нарушениями.

Опыт, накопленный нами за долгие годы работы, позволяет проводить серьезные научные исследования. Только за последние

10 лет было осуществлено 25 научно-исследовательских проектов. Их результаты были представлены как международным организациям, например, Всемирной организации здравоохранения, так и участникам международных конференций, таких как “Ассоциация научных исследований в области интеллектуальных нарушений”. Однако, учитывая интересы и потребности людей с ограниченными возможностями, мы считаем своим долгом делиться накопленными знаниями и опытом с организациями, которые еще находятся в процессе становления. Поэтому, в частности, мы сотрудничаем с нашим российским партнером – “Даунсайд Ап”. Предмет этого сотрудничества – передача опыта по использованию метода, разработанного одним из наших экспертов Петером Лаутеслагером. Это метод содействия двигательному развитию детей раннего возраста с синдромом Дауна.

Благодаря инициативе голландского фонда “Up with Down”, два сотрудника “Даунсайд Ап” Елена Поле и Полина Жиянова в феврале 2002 года посетили с ознакомительной целью один из наших центров в местечке Эрмело. После проведения Петером Лаутеслагером и Бертом Баккером пробного тренинга в ноябре 2002 г. в Москве наши организации пришли к заключению о важности и целесообразности сотрудничества. Конференция, которая прошла в марте 2003 г., положила начало осуществлению совместной программы.

К указанному мероприятию была приурочена публикация перевода на русский язык книги “Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. Проблемы и решения”. Эта книга содержит полную информацию об исследовании, проведенном доктором Лаутеслагером, о созданном им инструменте для измерения постурального контроля у детей с синдромом Дауна; в ней также представлены методы кинезотерапии применительно к работе с детьми этой категории.

И все же эта книга содержит информацию и ничего, кроме информации. В принципе, ее можно было распространять просто – по почте или через Интернет.

Но если принять во внимание то значение, которое мы придаем качеству жизни людей с особыми потребностями, станет

ясно, что эта информация нуждается в практическом подкреплении. Поэтому было решено, что выход книги будет сопровождаться практической демонстрацией того, как именно необходимо использовать метод Петера Лаутеслагера. Была составлена программа совместной работы, которая осуществлялась сначала в Санкт-Петербурге, затем в Самаре и Нижнем Новгороде, и вот теперь она продолжилась в Новосибирске. Мы рассчитываем на продолжение сотрудничества, в частности, по инициативе “Даунсайд Ап” на 2006 г. намечено проведение соответствующего тренинга в Калининграде.

**Очень важно делиться опытом.** Все знают, сколь многому можно научиться в процессе живого взаимодействия, например:

- во время утренней беседы с руководителем;
- на собрании, посвященном выработке стратегического плана развития организации;
- участвуя в составе мультидисциплинарной команды в решении вопроса о том, какой подход избрать в отношении того или иного клиента.

*Именно в таких ситуациях мы и получаем самые ценные уроки.* Когда мы усваиваем эти уроки, объединяя знания, полученные от других, с тем, что знаем сами, тогда и создается что-то новое. Во время обмена идеями и опытом, выработки определенных взглядов и понятий язык используется наиболее полно, происходит усвоение знаний в процессе социального взаимодействия. В работе с людьми, имеющими ограниченные возможности, этот процесс имеет особое значение.

Мы гордимся тем, что программа развивалась и продолжает развиваться успешно главным образом благодаря усилиям сотрудников “Даунсайд Ап”. Важным является и то, что русское издание книги Петера Лаутеслагера было первым, хотя на сегодняшний день его труд переведен уже на три иностранных языка.

Отметим, что осуществить все это было бы невозможно, если бы не финансовая поддержка фонда “Up with Down Foundation”. Хотелось бы выразить этой организации большую благодарность.

Приведем краткую информацию из истории “’s Heeren Loo Foundation”. Когда в 1888 г. священник о. Виллем ван ден Берг вы-

двинул идею о необходимости помочь детям с интеллектуальными нарушениями, которые жили в его округе, понятие “интеллектуальные нарушения” было мало кому знакомо (таких детей тогда называли “идиотами”). Существование подавляющего большинства таких людей было полностью скрыто от глаз общества. Они жили где-нибудь на задворках или на чердаке, их нередко привязывали к ножкам стола. Виллем ван ден Берг тем не менее настойчиво добивался осуществления своей идеи, и в 1891 г. была создана “Организация по обучению и уходу за идиотами и отсталыми детьми”. Это был небольшой приют на земле, принадлежавшей монашеско-рыцарскому ордену Иоаннитов “s Heeren Loo”, штаб-квартира которого находилась в Эрмело.

Известие о приюте “s Heeren Loo” быстро распространялось, и скоро количество его обитателей выросло с 26 человек до 450. Увеличение численности обитателей приюта оказалось таким резким, что было решено построить по соседству, в Лозенорде, второй приют – для девочек. Хотя изначально приют “s Heeren Loo” задумывался как стационарное заведение для детей школьного возраста, предложение о том, чтобы позволить и взрослым оставаться в нем, нашло поддержку. В 1902 г. приют в Лозенорде ввел для своих подопечных занятия в форме трудотерапии.

За 100 лет своего существования учреждение “s Heeren Loo” превратилось в самый крупный и многопрофильный в Нидерландах Институт, осуществляющий уход и консультирование людей с интеллектуальными нарушениями. Услуги, которые предоставляются Институтом, базируются на принципе уважения к желаниям и достоинству его клиентов независимо от их физических и интеллектуальных способностей. Желания и возможности каждого отдельного человека определяют форму и содержание той помощи, которая ему оказывается. Ниже представлены типы услуг, предоставляемых Институтом.

*Помощь в жизненном устройстве:*

- постоянное проживание в стационаре с полным обслуживанием;
- временное проживание в стационаре (в период каникул и т.п.);

- проживание в стационаре в кризисных ситуациях;
- уход на дому;
- различные варианты жизнеустройства с предоставлением постоянной помощи;
- платное проживание на правах гостей;
- помещение в патронатные семьи.

*Занятия в дневное время:*

- стимуляция, развивающие занятия;
- обучение профессиональным навыкам и трудотерапия;
- участие в тех или иных видах работ;
- отдых, развлечения;
- уход в течение дня.

*Лечение:*

- наблюдение;
- медицинская помощь;
- парамедицинская помощь.

Наш Центр проводит также консультирование, научно-практические исследования по обозначенным проблемам, а также применяет специальные аппараты и приспособления (в частности, ортопедические).

## COOPERATION POLICY FOR THE BENEFIT OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

### Evert Uitentuis

In the paper the international cooperation experience of the Centre "s Heeren Loo Midden-Nederland" is generalized.

The 's Heeren Loo Foundation is probably the oldest care provider for persons with mental disabilities in the Netherlands. 's Heeren Loo was set up in 1891 and so we have already been working for over a hundred years on the solidarity for this fellow human beings.

The mission of the 's Heeren Loo organization is to support persons with disabilities. Because of our considerable experience we have an

opportunity to carry out scientific research. In the last 10 years about 25 research studies have been completed and presented to international organizations like the World Health Organization and at international conferences like the conferences of the IASSID (the International Association for Scientific Studies on Intellectual Disabilities). But – for the benefit of people with disabilities – we also believe it is our duty to share the accumulated knowledge, expertise and experience with developing organizations.

And so we became involved in the cooperation with Downside Up, our Russian partner. A physiotherapy method of enhancing motor development in young children with Down syndrome developed by Peter Lautenslager, one of our experts, became the matter of this cooperation.

Due to an initiative of the Dutch organization “Up for Down”, two co-workers of Downside Up Elena Pole and Paulina Zhianova had made an exploring visit in February 2002 to one of our centres in Ermelo. And after a more or less try-out training session in Moscow in November 2002 run by our experts Peter Lautenslager and Bert Bakker, both organizations came to the conclusion that a cooperation would be valuable. And so the programme started with a conference in Moscow in March 2003.

By this first conference in Moscow the book “Children with Down Syndrome: Motor Development and Intervention” has been translated into Russian. This book contains complete information of Dr. Lautenslager’s research and the instrument of measuring postural control in children with Down syndrome as well as intervention methodology.

However, as I said this book contains information, and nothing but information. We could have sent it more easily by mail or put it on the Internet.

But taking into account the importance of the quality of life of people with disabilities this information has to become meaningful. Therefore the publication of the book in Russia was combined with sharing practical experience in using method developed by Peter Lautenslager. The program contained shared activities in Saint Petersburg, Samara and Nizhnij Novgorod. The program continued in Novosibirsk,

and we expect it will go on in 2006 on the initiative of Downside Up with training sessions in Kalingrad.

As I said: *sharing knowledge is important!* Everybody knows that we learn much from practical interactions such as:

- talking to our superiors in the morning;
- sitting in a task-force set up to develop the strategy of your organization;
- solving a treatment problem in a multidisciplinary team.

That is when we are learning a whole lot of valuable lessons. And we are learning them by building on other people's knowledge, which we use in combination with our own knowledge, to create something new. It is a process of sharing, exchanging ideas and experience, combining thoughts and concepts, using language to its fullest potential. This important process of human interaction is known as social learning and it is essential in the work with people with disabilities.

We are proud that it was and is a successful program especially due to the effort of the Downside Up staff. And I think we all can be proud that, although there are three foreign editions of Peter Lautenslager's book, the Russian edition was the first.

But all this would not have been possible without the support and funding of the "Up for Down" Foundation. We are grateful for it.

From the history of 's Heeren Loo Foundation

When in 1888 Reverend Willem van den Bergh put forward the idea of doing something for children with mental disabilities in his borough ("idiot children", as they were called), for most of the people children with mental disabilities were an unfamiliar concept. The great majority of the people with disabilities led their lives in complete anonymity, bound to table legs or locked away in outhouses or attics. Willem van den Bergh persevered in his endeavours, and in 1891 the "Association for Education and Care of Idiots and Backward Children" was launched with a small institution on the land belonging to the 's Heeren Loo Knights of St. John headquarters in Ermelo.

The name of 's Heeren Loo spread quickly, and the institution grew from 26 to 450 residents. The influx of new residents was so great that it was decided to build a second institution for girls in nearby Lozenoord. Although 's Heeren Loo was initially established as a residential care

institution for children of school age, it was decided that adult residents could also continue to live there. In 1902 's Heeren Loo-Lozenoord began to offer daytime activities in the form of occupational therapy.

For the hundred years that passed 's Heeren Loo institution has grown into the most comprehensive establishment in the Netherlands in the field of care and counselling for mentally disabled people.

The services the institution provides are based on the respect for wishes and dignity of its clients whatever their physical and intellectual abilities. The individual desires and abilities of the people determine both the manner in which care is organised and its substance. Following types of services are available:

Support for living:

- serviced accomodation;
- temporary accomodation (holiday, etc.)
- crisis/emergency accomodation;
- home care;
- assisted living schemes;
- paying guest accomodation;
- foster care.

Daytime activities:

- stimulation/development;
- occupational training and occupational therapy;
- work participation;
- recreation;
- day care.

Treatment:

- observation;
- medical treatment;
- paramedical treatment.

Consultancy and advice.

Practical scientific research.

Aids (particularly orthopaedic aids).



# ГИМНАСТИКА ДЛЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА. ПОЯСНЕНИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

**Берт Баккер**

В статье автор проанализировал возможности гимнастики как средства преодоления двигательных проблем у детей с синдромом Дауна. Автор представил современный взгляд на проблему развития двигательной активности у данной категории детей.

## *1. Почему важна гимнастика?*

Воспитывая детей с синдромом Дауна, важно внимательно следить за их двигательным развитием. В Нидерландах, как правило, в первые годы жизни ребенка за этой стороной его развития следит детский физиотерапевт. Двигательному развитию способствуют занятия, которые проводятся в соответствии со специальной программой, направленной на смягчение негативного влияния синдрома Дауна на эту сферу развития ребенка. Терапевтические занятия способствуют совершенствованию количественных и качественных показателей двигательного развития. В определенный период двигательные навыки и стремление ребенка двигаться достигают некоторого важного уровня. Детям нравится пользоваться этими навыками, и они хотят реализовать свои стремления, у них есть стимул двигаться.



Выступление Б. Баккера на конференции

Опыт показывает, что у детей с синдромом Дауна существует тенденция возврата к более ранним формам движений или снижения качества движений. Чтобы достичь своей цели, дети, как правило, стремятся каким-то образом скомпенсировать эти недостатки. Можно сказать, что избегание трудностей – вторая натура малыша с синдромом Дауна. Дети стараются преодолеть трудности обходным путем. Большинство из них находят возможность обеспечить себя какой-то опорой, например, взяться за дверной косяк, за руку мамы или другого человека, который за ними ухаживает, они прибегают к использованию симметричных поз и движений, например, держатся за опору обеими руками или шире, чем другие, расставляют стопы. Другой пример – использование способов передвижения, формирующихся на более ранних этапах развития, таких как передвижение в положении сидя или на четвереньках. Важным фактором всегда является недостаточный постуральный контроль.

Очевидно то, что качество движений во многом определяет дальнейшую динамику: развитие навыков мелкой моторики, координации глаз-рука, социальное и когнитивное развитие.

Таким образом, гимнастика необходима потому, что у детей с синдромом Дауна есть стремление двигаться, потому, что важно повышать качество их движений и поддерживать достигнутый уровень развития двигательных навыков. Детям важно научиться справляться с трудными ситуациями, полезно получать удовольствие от движения, а также обеспечивать условия для успешного выполнения других задач (участие в повседневной деятельности, в обучении и работе).

## **2. Что дает гимнастика?**

Один из способов преодоления вышеназванных трудностей – гимнастика. Она дает возможность справляться с двигательными проблемами. Детям важно получить опыт движения вообще, опыт пребывания в ситуациях, когда необходимо суметь сохранять равновесие, поддержать энергетический баланс, почувствовать схему тела, поддержать постуральный контроль. Им также необходимо приобрести уверенность в себе, стать менее уязвимыми и т.д.

## **3. О каких детях идет речь?**

Предлагаемый тип гимнастических упражнений подходит детям:

- для которых движение интересно вообще;
- которым интересны подвижные игры;
- которым от 3 до 12 лет;
- которые способны провести 1 ч без родителей или опекунов.

**4. Цель: содействие коррекции специфических образцов движений детей с синдромом Дауна.**

**5. Дополнительные цели:**

- внимание к индивидуальным задачам двигательного развития конкретного ребенка;
- индивидуальная поддержка;
- общение;
- рекомендации родителям.

**6. Позитивные моменты.**

Дети могут:

- учиться друг у друга;
- стимулировать друг друга;
- осуществлять социальные контакты;
- работать сообща;
- стать частью группы;
- развить представление о собственной личности;
- учиться ждать и соблюдать очередность;
- проявлять инициативу;
- реагировать на инициативу других;
- учиться делить внимание взрослого с другими.

Кроме того, ребенок может прочувствовать собственный успех в сравнении с другими детьми. Родители отмечают, что ребенок, у которого нет возможности взаимодействовать с детьми его возраста, испытывает разочарование и обиду.

**7. Негативные моменты:**

- в специализированных группах нет интеграции;
- общество не учится принимать этих детей;
- маленькие группы довольно дороги;
- большие временные затраты и участие большого числа сотрудников.

Если увеличить группу, то эффективность ее работы снизится и в плане достижения индивидуальных целей, и в плане достижения коллективных целей.

#### **8. Подходы:**

- работа осуществляется в рамках определенных тем; упражнения повторяются много раз;
- участвуют дети, уровни двигательного развития которых близки;
- группы маленькие: по 4-6 человек;
- обращается внимание на уровень интеллектуального и когнитивного развития;
- обращается внимание на интерес ребенка, на приспособленность его к участию в занятиях;
- занятия должны доставлять радость.

#### **9. Что необходимо для занятий:**

- подходящий спортивный зал;
- возможности варьировать виды деятельности: качаться, забираться на какие-нибудь горки и т.п., балансировать, становиться на ступеньку и спускаться с нее;
- материалы, мотивирующие ребенка к действию;
- музыка и пение;
- средства обеспечения гигиены и безопасности;
- комната ожидания.

#### **10. Навыки, которыми должны владеть сотрудники.**

Поскольку у детей с синдромом Дауна есть специфические проблемы в двигательном развитии, персонал должен быть соответствующим образом обучен. Сотрудники должны уметь анализировать паттерны движений каждого ребенка и предсказывать последствия тех или иных особенностей, ставить реалистические задачи и функциональные цели. Персонал должен пользоваться соответствующими средствами коммуникации с детьми и их родителями. И, наконец (но не в последнюю очередь), иметь опыт и должную уверенность в работе с людьми, имеющими нарушения в интеллектуальной сфере.

#### **11. Современный взгляд на проблему.**

Предпочтение отдается сочетанию терапевтического и педагогического подходов. Терапевтический подход осуществляется в виду тех функций, выполнению которых нужно научиться, чтобы справляться с различными ситуациями. Педагогический подход осуществляется путем предложения различных ситуаций и тем, стимулирующих выполнение соответствующих функций.

Детям с синдромом Дауна очень важно обеспечить структурированную программу развития, а двигательные функции должны осваиваться определенным образом. Полученные навыки станут хорошей предпосылкой для дальнейшего двигательного развития. Это подтверждено научно.

Однако, следует иметь в виду, что дети развивают свои двигательные навыки опытным путем, путем проб и ошибок, в процессе игры и т.п. Важно создавать такие непростые ситуации, которые могут дать возможность детям учиться самостоятельно. На профессиональном языке это называется "ландшафтным обучением". Другими словами, необходимо организовывать окружающую среду таким образом, чтобы она давала ребенку импульс и благоприятную возможность для развития. Конечно, среда должна быть адаптирована к возможностям ребенка, возможностям людей, которые его окружают, и т.д.

В интересах детей я настоятельно рекомендую использовать сочетание этих подходов, так как дети – это дети.

## **GYMNASTICS FOR CHILDREN WITH DOWN SYNDROME. AN EXPLANATION FOR RUSSIAN PARENTS**

**Bert Bakker**

In the paper the author has analysed possibilities of gymnastics as motor problems remedy for children with the Down's syndrome. The author presents a modern view on the motor activity problem of this category of children as well.

*Part 1. Why is gymnastics important for children with Down syndrome?*

For children with Down syndrome it is important to give attention to their motor development. In the first years of their lives, in the Netherlands, it is common practice that a physiotherapist guides them. The children are guided with a specific motor intervention programme. To diminish the negative consequences of the physical aspects of the handicap. The motor development is stimulated in a quantitative and qualitative manner. At a certain moment in their development the motor skills and the ambition in moving reaches a particular level. The children like to use those skills and want to give expression to their ambitions; they have a drive to move.

We have experienced that there is a tendency to a fallback, or diminishing of the quality of movement. They tend to use the compensations in order to achieve the objectives. It is almost a form of second nature of the children to avoid difficult situations. They try to solve those difficulties in another way. Mostly they chose the use of some kind of support. Support is used for instance by holding doorposts, holding the hand of the guardian, using symmetrical movement patterns like two-hand support or putting the feet more wide. Using lower level of motor development stages like sitting and crawling. The lack of postural control is always an important factor.

It is evident that quality of movement also gives more opportunities in a broader perspective. Things like; fine motor skills, eye-hand co-ordination, and pedagogical, social and cognitive development.

Summary:

Drive to move, quality of movement, maintain motor skills, Manage difficult situations, enjoy movement, precondition for other tasks (activities in daily life, education, work).

### ***Part 2. What does gymnastics give the children?***

One possibility to give an answer to these aspects and items is gymnastics. To create the possibility for the children to manage motoric challenges. Important for them is experiencing; movement in general, balance situations, body schedule, energy balance, postural control, stimulation of self-confidence, less vulnerable, etcetera.

### ***Part 3. Who can be involved in gymnastics sessions?***

This kind of gymnastics is suitable for children with the following preconditions. They have to be interested in general movement, in

playing movement games, between 3 and 12 years of age and to be able spending 1 hour without their parents/caretaker.

**Part 4. Objective**

Contribution to the specific motor development of children with Down syndrome.

**Part 5. Sub objectives**

Attention for individual motoric objectives, individual support, communication with and giving advice to parents

**Part 6. Positive aspects**

Children can learn from each other

Stimulate each other

Get social contacts

Working together

Belong to a group, develop their own identity

Wait and take your turn

Take initiative

React on initiative from others

Sharing the attention

Indirect attention

Child is able to have success for his own good or in comparison to others

Parents mention frustration in the child not being able to match with children of the same age.

**Part 7. Negative aspects**

No integration, child doesn't learn to stand in society

The society doesn't learn to accept these children

Extra confirmation 'being different'

Small group is relatively expensive

Large time, staff investment,

Larger group diminish the effectiveness on individual and collective objectives

**Part 8. Approach**

Work in themes, rehears a lot

Comparable motor development level

Small groups 4 – 6 children

Take notice of the mental and cognitive level

Take notice of the compassion, the interest of the child, adjust to participation

Have fun.

***Part 9. Means and materials***

Suitable gymnastic room

Possibilities to vary situations for instance rocking climbing, balancing, step on and off.

Challenging materials

Music and singing

General means like hygienic and safety

Waiting room

***Part 10. Demanding skills for staff.***

Because there are specific problems in motor development staff should be educated. They have to be able to analyse the moving patterns of the individual child. And be able to predict consequences, make conclusions and make realistic targets and functional goals. The staff has to use proper communication to the children and to the parents. And last but not least having experience and affinity in working with mental handicapped people

***Part 11. Recent development.***

Combination of therapeutic approach with the educational one.

Therapeutic; by means of functions learn to manage different situations

Educational: by means of different situations and themes stimulate functions.

For children with Down syndrome is very important that the development is structured and the motor functions have to be learned in a proper way. These skills are good conditions for father motor development. The scientific arguments are evident.

But Children also develop motor skills by experiencing their abilities, by exploration, by trail en error, by playing etcetera. It is important to provide a challenging situation to give children a chance to learn by themselves. In technical terms; landscape teaching. In other words create an environment that gives the child the impulse and the opportunity to develop.



Of course the situations must be adapted to the possibilities of the children, the possibilities of the people around the children etcetera.

On behalf of the children I strongly recommend a combination of these approaches, because your children are children.

## **РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОКАЗАНИИ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С СИНДРОМОМ ДАУНА: РОССИЙСКИЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД “ДАУНСАЙД АП”**

**Н.Ф. Ригина**

Статья посвящена анализу проблемы деятельности общественных организаций в оказании ранней помощи детям с синдромом Дауна. Автор показала пути реализации модели ранней помощи детям с синдромом Дауна в России на примере деятельности благотворительного фонда “Даунсайд Ап”.

Сегодня в России складывается благоприятная ситуация для становления и развития системы поддержки детей раннего возраста с ограниченными возможностями и их семей. Эффективность вложения средств в организацию помощи семье и вследствие этого необходимость сокращения сиротских учреждений осознана и поддержана всеми уровнями государственной власти.

Ни у кого уже не вызывает сомнений, что только при условии раннего вмешательства удастся достичь максимально возможного уровня развития ребенка и обеспечить его успешную интеграцию в общество. Отсутствие действующей государственной системы ранней помощи в России заставляет специалистов обращаться к опыту других стран, где данный вид помощи ребенку с особыми потребностями существует уже более полувека.

В нашей стране дети с ограниченными возможностями здоровья, особенно с тяжелыми пороками развития и генетическими аномалиями, становятся социально уязвимыми, едва появившись на свет. Среди социальных сирот, отказ от которых был оформлен

во время пребывания матери в родовспомогательном учреждении, особую группу составляют именно эти дети.

Ежегодно в России рождается более 40 тысяч детей с врожденными пороками развития, из которых около 2 тысяч детей с хромосомной патологией – синдромом Дауна. Эти дети по давно сложившемуся медицинскому и общественному мнению считаются ограниченно жизнеспособными и не подлежащими обучению, в связи с чем их родителям еще в родильном доме предлагают оставить ребенка на попечение государства. Во многих родильных домах детей с синдромом Дауна размещают отдельно от матери, не предлагая начать грудное вскармливание. Результаты анкетирования, проведенные Центром ранней помощи “Даунсайд Ап” среди родителей, показали, что в большинстве случаев матерям было рекомендовано передать детей на государственное обеспечение и это переживалось родителями крайне тяжело. В медицинской среде доминирует точка зрения, согласно которой, отказавшись от ребенка, мать сможет вернуться к полноценной жизни, не испытывая всех тех сложностей, которые выпадают на долю семьи, воспитывающей ребенка с особыми потребностями. Такой взгляд является ошибочным. Согласно данным НИИ профилактической психиатрии НЦ ПЗ РАМН в 80% случаев у матерей, отказавшихся от своих новорожденных, наблюдаются впоследствии различные психологические нарушения. На первое место выступают аффективные расстройства, преимущественно тревожного и депрессивного характера [1].

В то же время именно на этапе пребывания в родильном доме закладываются взаимоотношения ребенка и матери, которые могут повлиять на его судьбу и дальнейшее развитие. Отказ от ребенка наносит прямой вред здоровью и психическому развитию малыша, лишенного необходимых ему контактов с матерью. Существующая практика поддерживает высокий уровень социального сиротства среди детей с синдромом Дауна. Согласно статистике в нашей стране около 85% рожденных детей с синдромом Дауна передаются родителями в государственные учреждения. В то же время эти дети являются наиболее жизнеспособными среди новорожденных с другими генетическими аномалиями и при соот-

ветствующем уходе и обучении достигают хороших результатов в своем развитии.

Зарубежный опыт показал, что своевременно оказанная медперсоналом помощь родителям в преодолении первоначального психологического стресса при сообщении им диагноза новорожденного и проведение медико-педагогических реабилитационных мероприятий на раннем этапе развития младенца оказывают положительное влияние на принятие ребенка семьей и способствуют впоследствии его интеграции в общество.

Многие европейские государства законодательно закрепили право матери на получение психологической помощи при рождении ребенка с особыми потребностями на этапе ее пребывания в родильном доме. Закон также обязывает медперсонал родовспомогательного учреждения обеспечить ее информацией об организациях, которые могут оказать семье социальную помощь и предоставить весь спектр коррекционно-педагогических услуг. На этом этапе происходит первый контакт матери со специалистами центров ранней помощи детям с ограниченными возможностями, которые впоследствии осуществляют реабилитацию ребенка. Так, в Великобритании в 90-х годах XX века ни один новорожденный ребенок с синдромом Дауна не был направлен в детский дом: 85% таких детей оставались в своих семьях, а 15% усыновлялись с рождения.

С конца 50-х – начала 60-х гг. во многих странах Западной Европы и Америке активизировались общественные движения за интеграцию в общество людей с ограниченными возможностями. В результате этой деятельности люди с синдромом Дауна, относящиеся к группе лиц с интеллектуальными нарушениями, получили возможность жить полноценной жизнью. Подавляющее большинство детей с данной генетической аномалией посещают массовые детские сады и школы, значительно расширились и перспективы для трудоустройства молодых людей с синдромом Дауна. Увеличилась продолжительность жизни людей с этой генетической аномалией. По статистическим данным, представленным на VI Международном симпозиуме по синдрому Дауна, проходившем в феврале 2005 г. в Испании, продолжительность жизни людей с синдромом Дауна в Европе составляла в 1947 г. – 12 лет, в 1970 – 54 года, а в 2004 г. – 65 лет.

Появление Благотворительного фонда «Даунсайд Ап» в России было связано с желанием коренным образом изменить сложившуюся ситуацию, способствовать увеличению количества детей с синдромом Дауна, растущих в кровной семье, предоставляя ей комплекс услуг, качественно улучшающих жизнь, способствовать максимальной интеграции детей с особыми потребностями в общество. Изучение зарубежного опыта работы с такими детьми, его творческое осмысление и адаптация к российским условиям, создание уникальной модели ранней помощи детям с синдромом Дауна и их семьям легли в основу десятилетней деятельности указанного фонда в России.

При создании фонда его цели были сформулированы следующим образом:

- Создать уникальную модель негосударственного учреждения, осуществляющего комплексное развитие детей с синдромом Дауна в возрасте от рождения до 8 лет, включающее психолого-педагогическую помощь и социальную поддержку детей и их семей.
- Предоставить возможность родителям обрести необходимые знания, навыки и умения для полноценного воспитания своего ребенка в семье при сохранении ими социальной активности.
- Изучить и адаптировать к российским условиям зарубежный опыт работы с детьми с особыми потребностями, оказывать консультативную помощь специалистам системы образования, здравоохранения и социальной защиты по внедрению в практику новейших зарубежных и отечественных технологий и методик комплексной реабилитации детей с синдромом Дауна, позволяющих максимально реализовать их потенциал.
- Влиять на изменение общественного отношения к детям с особыми потребностями, способствовать интеграции людей с синдромом Дауна в общество.

С 1996 г. в Великобритании уже действовал благотворительный фонд под таким же названием, деятельность которого ограничивалась только просветительской работой и сбором средств на благотворительные цели. Важной отличительной чертой российской организации является практическая работа созданного в Москве в 1998 г. на базе Фонда Центра ранней помощи «Даунсайд

Ап". Сегодня Центр реализует бесплатные обучающие и развивающие программы для детей с синдромом Дауна в возрасте от рождения до 8 лет, проживающих в семьях в Москве, Московской области и других регионах России.

В "Даунсайд Ап" сложился коллектив высококвалифицированных специалистов – педагогов-дефектологов, логопедов, специалистов ранней помощи, специалистов по когнитивному и двигательному развитию, психологов, что позволяет обеспечивать комплексный подход к обучению и реабилитации ребенка с синдромом Дауна.

При создании Центра активно использовался опыт специализированной педагогической помощи Великобритании и Бельгии, а также других стран мира, при этом западные методики тщательно отбирались и адаптировались к российским условиям. Большую помощь в подготовке специалистов Центра на начальном этапе его существования оказали Оксфордская служба "Даун Синдром" графства Оксфордшир (Великобритания), Ассоциация "Даун Синдром" (Великобритания), а также Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства [2].

С момента начала работы Центра количество детей, получающих помощь, увеличилось с 45 до 650. Ежемесячно в Центр обращается 10-15 новых семей.

В зависимости от возраста и потребностей дети участвуют в различных программах Центра. Для новорожденных и детей до 2,5 лет действует программа **домашнего визитирования**. В ней состоит на сегодняшний день более 60 московских семей. Это направление работы призвано восполнить отсутствующее в нашей стране звено системы педагогической поддержки детей от рождения до трех лет, воспитывающихся в семьях. Специалисты по раннему развитию 2 раза в месяц посещают семью, разрабатывают совместно с родителями программу развития ребенка, обучают мать навыкам ухода за младенцем с синдромом Дауна.

Примерно с 18 месяцев и до трех лет дети начинают посещать занятия **адаптационной группы**, проходящие на базе Центра. Это создает возможность перейти от условий домашнего воспитания к обучению в группе детского сада. Родители присутствуют на за-

нениях и выполняют роль ассистентов педагога. Дома они имеют возможность отработать и закрепить навыки, приобретенные детьми на занятиях.

По достижении 3 лет дети имеют возможность посещать **групповые и индивидуальные занятия**. Для каждого ребенка разрабатывается своя программа обучения, учитывающая его особенности, уровень развития и потребности семьи, которая впоследствии реализуется совместными усилиями специалистов Центра и родителей.

Индивидуальные занятия по когнитивному развитию, формированию навыков речи, психологическому и эмоциональному развитию тесно связаны с групповыми, т.к. в естественной среде общения со сверстниками закрепляются навыки, основы которых заложены педагогом в ходе индивидуального занятия.

Для жителей Подмосковья и других регионов России существует **программа иногороднего консультирования**. Семьи также могут посетить медицинского консультанта, ведущего прием в центре в рамках договора о сотрудничестве, заключенного между “Даунсайд Ап” и Российским государственным медицинским университетом.

В какую бы программу ни входил ребенок важным элементом реабилитационного процесса является семья, постоянно находящаяся в центре внимания специалистов. В “Даунсайд Ап” работает координатор семейной поддержки, являющийся первым лицом, с которым сталкивается семья, обращаясь за помощью в Центр и который ведет семью, оказывая ей психологическую, а также организационную поддержку до последнего дня участия ребенка в программах Центра.

Семье предлагается широкий спектр психологической помощи: индивидуальное консультирование, группы психологической поддержки родителей. Одна из таких групп стала ядром для образования самостоятельного общественного объединения родителей, недавно зарегистрированного в Москве. Фондом постоянно издается методическая литература для родителей – книги, брошюры и буклеты, а также периодический журнал “Сделай шаг”.

Активизация внешних контактов и развитие профессионального сотрудничества определяют сегодня новое направление деятельности “Даунсайд Ап”. Центр ранней помощи постоянно расширяет и укрепляет контакты с министерствами и ведомствами, неправительственными организациями в России, поддерживает и активизирует профессиональные связи с зарубежными специалистами и международными организациями. Весь этот спектр деятельности позволяет Центру распространять новейшие методики работы с детьми с синдромом Дауна в нашей стране и не остаться в стороне от процесса организации служб ранней помощи детям с особыми потребностями и их семьям.

Важным направлением деятельности Фонда “Даунсайд Ап” является научно-методическая работа, обобщение и распространение накопленного за 10 лет существования практического опыта. В рамках договоров о сотрудничестве с Министерством здравоохранения и социального развития РФ, Институтом коррекционной педагогики РАО осуществляется издание авторских разработок специалистов фонда, а также переводных зарубежных методик в серии научно-методической литературы “Ребенок с синдромом Дауна и особенности его развития”.

Данная литература безвозмездно передается Фондом в учреждения здравоохранения, образования, социальной защиты населения в 45 регионах России, с которыми “Даунсайд Ап” имеет партнерские связи.

В перспективе Фонд планирует начать издание периодического научно-практического журнала “Синдром Дауна. XXI век”, который позволит познакомить российских специалистов с новейшими мировыми достижениями в области медицины, педагогики, социальной защиты людей с синдромом Дауна. Важное место на страницах журнала будет отведено отечественному опыту и перспективам интеграции в общество людей с данной генетической аномалией в нашей стране.

Фондом регулярно проводятся конференции, семинары и тренинги для коллег из реабилитационных учреждений, детских садов, интернатов в области реабилитации и социальной адаптации детей с синдромом Дауна как в Москве, так и других регионах России.

Фондом также реализуется серия долгосрочных проектов с привлечением партнеров из государственного и общественного сектора, направленных на улучшение жизни семей, воспитывающих детей с синдромом Дауна и повышение качества услуг, оказываемых данной категории населения в нашей стране.

Осознавая важность профилактики минимизации отказа от детей с синдромом Дауна на этапе нахождения матери в родильном доме, Фонд с 2002 г. реализует проект “Профилактика социального сиротства среди детей с синдромом Дауна в родовспомогательных и детских лечебных учреждениях г. Москвы”. Целью проекта является создание модели взаимодействия родовспомогательного учреждения и Центра ранней помощи “Даунсайд Ап”, обеспечивающего условия для своевременного оказания психолого-педагогической помощи родителям, решившим воспитывать ребенка в семье, а также сохранения преемственности в проведении медико-педагогических коррекционных мероприятий. Проект был поддержан Минздравом России и рекомендован к внедрению в деятельность родовспомогательных учреждений г. Москвы.

По согласованию с Департаментом здравоохранения г. Москвы специалисты “Даунсайд Ап” совместно со специалистами РГМУ издают информационную литературу для врачей, проводят просветительно-образовательные семинары в роддомах и детских больницах, медицинских высших учебных заведениях. Цель семинаров – изменить отношение к проведению первой врачебной консультации в родильном доме семье ребенка с синдромом Дауна, повысить информированность врачей о потенциальных возможностях таких детей, которые максимально реализуются только в семейной среде. Эти семинары также помогают врачу по снятию психологического стресса матери при сообщении ей диагноза новорожденного.

Важным компонентом проекта является деятельность выездной психологической службы для оказания экстренной помощи семьям, находящимся в кризисной ситуации в связи с рождением ребенка с синдромом Дауна. На базе Центра психологом службы ведется также работа с членами семьи, нуждающимися в поддержке в момент нахождения матери в родовспомогательном учреждении, когда решение о судьбе ребенка семьей еще не принято.



Принявшая положительное решение о судьбе ребенка семья незамедлительно может получить психолого-педагогическую помощь в “Даунсайд Ап”.

Сегодня по растущему количеству новорожденных детей, ежегодно входящих в службу домашнего визитирования Центра, можно оценить эффективность его реализации. Особое значение имеет тот факт, что свыше 50% детей младенческого возраста, вошедших в программу Центра, в 2004–2005 гг. были направлены в “Даунсайд Ап” непосредственно роддомами и детскими лечебными учреждениями в течение первого месяца жизни.

Говоря о реабилитации и воспитании ребенка-инвалида в семье, нельзя забывать о детях с синдромом Дауна, находящихся в домах ребенка и домах-интернатах. Сегодня государство значительно улучшило материальную базу специализированных сиротских детских учреждений, однако остаются проблемы повышения квалификации персонала, методического оснащения реабилитационного процесса и в решении их также задействован Центр ранней помощи “Даунсайд Ап”.

На протяжении ряда лет Центр в рамках сотрудничества с Департаментом здравоохранения Москвы поддерживает постоянный контакт с московскими домами ребенка. Педагоги ранней помощи проводят семинары и тренинги для персонала домов ребенка, осуществляют индивидуальное консультирование детей. Подобная практика существует и для региональных интернатных учреждений. Результатом сотрудничества становится активизация развития ребенка, что положительно сказывается на перспективах его социальной адаптации, увеличивает шансы вернуться в родную семью. За историю существования “Даунсайд Ап” 19 детей были взяты из домов ребенка биологическими родителями.

Важной проблемой для семьи ребенка с особыми потребностями становится реализация его права на образование. Управлением образования центрального округа г. Москвы реализуется программа “Равные шансы для всех”, цель которой – обеспечить доступ к качественному образованию для каждого ребенка в соответствии с уровнем его развития и потребностями.

В рамках данной программы “Даунсайд Ап” на протяжении ряда лет является базой непрерывной образовательной вертикали для детей с синдромом Дауна, подготавливая детей к вхождению в среду обычных сверстников в детском саду. На данный момент 40% воспитанников Центра посещают интегративные и обычные муниципальные сады, расположенные как в ЦО, так и других районах Москвы. Специалисты дошкольных образовательных учреждений, принимающих таких детей, получают научно-методическую помощь в Центре в рамках постоянно действующих семинаров, мастер-классов, индивидуальных консультаций. Это позволяет сохранить преемственность коррекционно-педагогической работы и максимально реализовать потенциал ребенка.

Сегодня в Центральном административном округе реализуется уникальный для нашей страны проект, когда в профильный психолого-педагогический класс одной из обычных московских муниципальных школ уже второй год принимают детей с синдромом Дауна. Изучение результатов данного проекта дает уверенность в том, что в будущем массовая школа также станет доступной для таких детей.

Пройдя за 10 лет существования путь от практического учреждения до ресурсного центра, “Даунсайд Ап” готов сегодня передавать опыт по созданию модели ранней помощи детям с особыми потребностями в другие регионы Российской Федерации. Руководство фонда надеется, что сотрудничество с Новосибирской областью, начало которому несколько лет назад положил контакт с Новосибирским государственным педагогическим университетом, получит свое дальнейшее развитие и выйдет на качественно новый уровень, расширится круг партнеров, включая Администрацию Новосибирской области, учреждения здравоохранения, социальной защиты населения, образования, а также общественные организации, всех специалистов, кто заинтересован в создании и развитии услуг ранней помощи в регионе.

Мы уверены, что наши объединенные усилия, безусловно, принесут положительный результат, улучшая качество жизни каждой семьи, воспитывающей ребенка с синдромом Дауна как в Новосибирской области, так и Сибирском регионе в целом.

### **Библиографический список**

1. Психологические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности. М.: Просвещение, 2002.
2. Рождение ребенка с синдромом Дауна: В помощь медицинскому персоналу родовспомогательных и детских лечебных учреждений. Благотворительный фонд "Даунсайд Ап". М., 2002.

### **THE PART OF FUND ACTIVITIES IN RENDERING EARLY ASSISTANCE TO CHILDREN WITH DOWN'S SYNDROME: RUSSIAN CHARITABLE FUND "DOWNSIDE UP"**

**N.F. Rigina**

The paper is dedicated to the analysis of fund activities in rendering early assistance to children with Down's syndrome. The author has shown realisation ways for the model of early assistance to children with Down's syndrome by the example of the activity of the Charitable fund "Downside Up".

---

### **СЕМЕЙНО-ЦЕНТРИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ РАННЕЙ ПОМОЩИ: АСПЕКТЫ РАБОТЫ**

**П.Л. Жиянова**

В статье раскрываются особенности семейно-центрированной модели оказания ранней помощи детям с синдромом Дауна. Автор выделяет и анализирует основные аспекты этой работы – социально-психологическая поддержка семьи и организация коррекционно-педагогической помощи в условиях семьи.

Для оптимального развития каждого ребенка необходимо соблюдение обязательных условий: во-первых, он должен жить в семье и, во-вторых, если это ребенок с особыми потребностями, то важным условием является поддержка семьи, в которой он воспитывается. Эти две простые и, казалось бы, неоспоримые истины долго завоевывали место в умах и сердцах людей. Длительная борьба

родителей, воспитывающих детей с особыми потребностями, а также серьезные исследования, подтвердившие отрицательное влияние депривации на развитие всех органов и систем ребенка, привели к признанию правоты приведенных выше утверждений.

Эти и другие положения, сформулированные в концепции нормализации в 1976 году, нашли свое отражение в законодательстве различных стран, в том числе в “Конвенции о правах ребенка” (1989), которую в 1990 году подписала и наша страна. Эта конвенция, названная “Всемирной хартией вольности”, “Конституцией прав ребенка”, положила начало нового вида помощи – сопровождения семьи, воспитывающей “особого ребенка”. В отличие от уже существующей модели ранней помощи, центрированной на ребенке, новая модель центрирована на семье.

Особенности семейно-центрированной модели мы проиллюстрируем на примере организации работы с детьми раннего возраста с синдромом Дауна. Модель помощи, созданная детским Центром “Даунсайд Ап” с учетом опыта работы зарубежных служб и общих тенденций развития ранней помощи, в то же время максимально сориентирована на реальные условия нашей страны.

Начиная работать с ребенком раннего возраста с особыми потребностями, прежде всего, задаешься рядом вопросов, ответы на которые, в сущности, определяют основную методологию работы.

- Кто будет заниматься с ребенком раннего возраста?
- Как должны быть организованы занятия с ребенком раннего возраста?
- Кто и как сможет помочь родителям создать условия для развития “особого” ребенка?
- В какой помощи нуждаются родители ребенка с особыми потребностями?

Ответы на эти вопросы не так однозначны, как это кажется на первый взгляд. Прежде всего, становится ясно, что занятий с педагогом, которые происходят дважды в месяц, явно недостаточно для стимуляции развития младенца. Скорее всего, такие занятия должны происходить ежедневно. В этом случае, по-видимому, их будут проводить родители малыша, которые, в свою очередь, будут следовать рекомендациям специалистов.

Сама организация занятий также заставляет задуматься – очевидно, что здесь совершенно не подходит классическая форма, хорошо известная педагогам.

По-видимому, создание развивающей среды, включение необходимых мероприятий в уход за ребенком и игра с ним будут наиболее адекватны при организации таких занятий.

Все эти идеи и были реализованы нами в занятиях с детьми раннего возраста с синдромом Дауна. Однако мы сразу столкнулись с тем, что лишь немногие родители следовали нашим рекомендациям. Анализируя данные зарубежных исследований и свои собственные наблюдения, мы пришли к выводу, что причина этого кроется в переживаниях родителями стресса, вызванного рождением ребенка с синдромом Дауна, что, в свою очередь, ведет к **нарушению детско-родительских отношений**. Майкл Дж. Гуральник, американский психолог, подытожив исследования последних лет, делает вывод о неблагоприятном влиянии факторов, вызывающих стресс (стрессоров) на стереотипы прямого взаимодействия с ребенком с синдромом Дауна в семье. В обзоре работ по изучению влияния семейных особенностей на развитие ребенка он выделил *следующие группы стрессоров*, связанных с наличием отклонений в развитии ребенка:

- Обеспокоенность здоровьем и развитием ребенка.
- Межличностные и семейные проблемы, социальная изоляция семьи.
- Нарушение привычного ритма жизни семьи из-за появления дополнительных ресурсных потребностей (временных, информационных и материальных).

Постоянное воздействие этих стрессоров может привести к снижению уверенности родителей в собственной состоятельности как "хороших родителей", способных обеспечить ребенка всем необходимым для его развития. Эти последствия можно считать четвертой группой стрессоров, воздействующих на семью. Весь комплекс семейных особенностей, который в случае рождения обычного ребенка был бы направлен на заботу о нем, на формирование теплых эмоциональных взаимоотношений, организацию развивающей среды и социальных контактов, оказывается неоптимальным в случае рожде-

ния ребенка с особыми потребностями. Иными словами, мы имеем дело с *комплексом психологических и социальных стрессоров, которые выражаются в изменениях поведения всех членов семьи на физиологическом и психологическом уровнях.*

Работая с семьями, мы выделили дополнительные факторы, относящиеся к обстоятельствам, сопровождающим сообщение о диагнозе:

- Диагноз ставится уже в роддоме и матери сообщают о том, что у малыша предположительно имеется синдром Дауна еще до того, как сделан анализ на кариотип, причем часто это происходит в первые часы жизни ребенка.

- В момент сообщения диагноза мама обычно оказывается одна, без поддержки близких ей людей. В подавляющем большинстве случаев ей еще предстоит сообщить эту тяжелую весть родственникам.

- Матери ребенка и другим членам семьи настойчиво предлагают отказаться от ребенка, аргументируя это тем, что малыш не будет развиваться и что специалисты в домах ребенка окажут ему более квалифицированную помощь, чем родители, – уговоры передать малыша на попечение государства. По данным опроса, проведенного нашим Центром совместно с Институтом раннего вмешательства (Санкт-Петербург) в 2001 г. только пятерым из сотни опрошенных врачи не советовали отказаться от ребенка.

- Маме не приносят малыша для кормления, встречаются случаи использования медикаментов с целью подавления лактации.

- Многие матери долго помнят презрительное или брезгливое отношение окружающих к себе и своему малышу.

- И сама мать, и окружающие ее люди имеют неверные представления как о причинах рождения ребенка с синдромом Дауна, так и о возможностях ребенка и перспективах его развития.

Все это отрицательно влияет на формирование первичных отношений в диаде “мать-дитя”. Фактически оказывается искаженным формирование настраивающего поведения, являющегося началом привязанности. Помимо этого, необходимо учитывать, что социальная среда ребенка с синдромом Дауна оказывается нарушенной на всех уровнях, начиная с микросистемы (семьи) и заканчивая макро

системой (отношение общества к данной проблеме, отсутствие однозначных законов, гарантирующих прием малыша в детский сад, отсутствие в стране системы служб ранней помощи и т.д.).

Рассмотрим механизм нарушения взаимодействия в диаде “мать – младенец с синдромом Дауна”. При формировании первичного взаимодействия матери и новорожденного немаловажными являются особенности младенца. Малыш с синдромом Дауна, как и любой другой ребенок, не только нуждается к близости взрослого, но и готов к установлению первичного взаимодействия. Однако не следует забывать, что психофизические особенности его развития находят свое отражение в его эмоциональных реакциях, которым присуще определенное своеобразие. Можно выделить следующие особенности сигнального поведения ребенка с синдромом Дауна:

- контакт глаз появляется несколько позже;
- длительность контакта глаз менее продолжительна;
- позже появляется улыбка, которая также менее выражена;
- несколько замедленна реакция на стимулы;
- менее активна вокализация.

Умение считывать сигналы взрослого затруднено за счет:

- снижения темпа восприятия;
- возможных дополнительных сенсорных нарушений (снижение слуха и зрения встречаются чаще, чем в обычной популяции).

Кроме того, поведение младенца с синдромом Дауна в процессе взаимодействия с взрослым характеризуется как менее активное и менее предсказуемое. Проблемы кормления, такие как, например, нарушение сосания, также могут стать помехой для взаимодействия ребенка с матерью. Наряду с этим мы сталкиваемся с *нарушением поведения матери*, которое вызвано её эмоциональным состоянием и сложностями обработки сигналов ребенка. Отсроченную или менее заметную реакцию малыша мама может не увидеть, а потому считать, что она у малыша полностью отсутствует. Её ответное поведение, основанное на этом неверном предположении, в свою очередь, становится препятствием к установлению гармоничного взаимодействия. Наиболее часто мы встречали такие варианты поведения матери, как избегание контакта с ребенком или его гиперстимуляция. Рассмотрим эти варианты поведения подробнее.

### *1. Избегание контакта с ребенком.*

Иногда это заметно даже постороннему наблюдателю, например, мать не хочет кормить ребенка, держа его на руках, и поэтому пристраивает бутылочку ему в кроватку. В других случаях мама вроде бы активно играет с малышом, но при наблюдении становится понятно, что взаимодействие матери с младенцем практически отсутствует, а то, что на первый взгляд выглядит как совместная игра, на самом деле является воздействием матери на ребенка, манипулированием без учета ответных реакций малыша. Для такого поведения характерно отсутствие у взрослого желания установить зрительный контакт с ребенком, а также быстрый темп действий и речи, не предполагающий пауз для ответного реагирования малыша. Даже во время кормления, когда мама держит ребенка на руках, она не смотрит на него, а читает книгу или смотрит телевизор.

### *2. Гиперстимуляция ребенка.*

Мама активно взаимодействует с ребенком, она добивается контакта глаз, старается продлить его как можно дольше, и малыш практически лишен возможности регулировать длительность и интенсивность контакта. Такие дети быстро истощаются и начинают избегать общения с взрослым.

В обоих случаях матери не умеют считывать сигналы ребенка, принимая специфичность сигналов за их отсутствие. При этом они не поддерживают инициативу детей, либо уклоняясь от общения, либо полностью руководя поведением младенца.

На наш взгляд, ярким примером вышеизложенного является способ, каким одна из мам мальчика с синдромом Дауна занималась его двигательным развитием: она охотно и очень активно делала ему массаж, но не выполняла рекомендаций по проведению гимнастики активного типа (кинезиотерапии), потому что эта методика предполагает игру с малышом, разговор с ним. Так, например, педагог предлагал ей “вести ребенка глазами”, то есть добиваться его двигательной активности, используя зрительный контакт. Подобные рекомендации внимательно выслушивались, но никогда не выполнялись. Предпочтение отдавалось тем методам, которые сводили контакты с малышом, причиняющие ей боль, к минимуму. Подобных примеров можно привести множество. Для



нас важен вывод, который кардинально меняет отношение к происходящему. Сталкиваясь с тем, что предлагаемые рекомендации не выполняются родителями, нужно помнить, вряд ли они “не хотят”, скорее всего, они “не могут”. И только когда станет понятно, почему они не могут, можно будет надеяться, что помощь окажется действенной, а работа – более результативной.

Для наглядности приведем таблицу, где зарубежные данные\* о развитии детей с синдромом Дауна сравниваются с показателями, полученными в нашем Центре по результатам обследования более пятидесяти детей раннего возраста, включенных в Службу ранней помощи. Сравнение этих показателей свидетельствует о том, насколько важно своевременно подключиться к работе с семьей и помочь ей преодолеть полученную психологическую травму.

Навык	Нормативные данные	Синдром Дауна	
		Зарубежные данные	Данные Центра ДСА
	Возраст, мес.		
Улыбается	1	2	2,9
Переворачивается	5	8	6
Сидит самостоятельно	7	10	8,5
Ползает на животе	8	10	8,7
Ползает на четвереньках	10	15	12,5
Стоит без опоры	11	20	14,5
Ходит	13	24	18,2
Говорит слова	10	16	14,7

\* Приводятся по книге: Dmitriev V. Time to Begin. Greenbank. WA: Penn Cove Press, 1993. – P. 47.

Даже при беглом взгляде на таблицу видно, что семьи, входящие в наши программы, добиваются хороших результатов в обучении ребенка. Возраст появления навыков почти всегда опережает возраст, являющийся средним для детей с синдромом Дауна. Исключением стал возраст, когда появляется улыбка: она отмечалась на месяц позже, чем в данных зарубежных исследований. Не имеет принципиального значения, то действительно ли малыш стал улы-

баться позже или мама с опозданием отметила этот факт, в обоих случаях мы имеем дело с нарушенным общением, нормализация которого потребовала значительных усилий.

Все изложенное выше приводит к выводу о том, что *коррекционно-педагогическая работа с семьей может быть успешной лишь в том случае, когда ребенок рассматривается в контексте семьи, а стимуляция его развития становится частью сопровождения или патронирования семьи.*

Таким образом, при семейно-центрированной модели ранней помощи мы можем выделить следующие аспекты работы.

### I. Социально-психологическая поддержка (сопровождение) семьи

При всем существующем многообразии форм оказания психологической помощи можно выделить два основных пути реализации социально-психологического сопровождения семьи:

1. *Специализированная психологическая помощь*, реализуемая психологом. Способы и методы подобной помощи чрезвычайно разнообразны. В Центре – это консультации с психологом, при необходимости возможность длительной индивидуальной психологической помощи, группы поддержки родителей, встречи родительского клуба. Большой интерес представляют исследования Л. Панариной (2004 г.) посвященные психологической коррекции взаимодействия младенцев с синдромом Дауна и их близких взрослых. В исследовании этого автора принимали участие 30 диад “мать – нормально развивающийся младенец”, 10 диад “мать – младенец с синдромом Дауна”, причем все матери решились на принятие ребенка лишь после разлуки с ним (не менее одного месяца). Автором выделены особенности взаимодействия матери с младенцем с синдромом Дауна: недостаточное понимание физиологических возможностей ребенка, доминирование отрицательно окрашенных эмоциональных состояний в ситуациях взаимодействия с младенцем, неадекватная оценка и некорректная стимуляция матерью эмоционального состояния ребенка. Л.Ю. Панариной предлагается система коррекционно-психологической работы в семье, которая состоит в воспитании адаптивного стиля взаимодействия

матерей с младенцами с синдромом Дауна. Автор использовала групповые занятия с матерями, где основным методом коррекции являлась психодрама. После достижения результатов психологической коррекции в структуре личности матерей и формирования у них положительного образа ребенка использовался этап формирования адекватных отношений в диаде “ребенок-взрослый”. Исследование подтвердило необходимость ранней психологической поддержки матери и младенца и показало результативность такой работы.

2. *Реализация социально-психологической поддержки семьи.* Возвращаясь к автору обзора зарубежных данных о стрессорах, влияющих на родителей ребенка с особыми потребностями. Выход из данной ситуации М. Гуральник видит во всесторонней поддержке семьи, воспитывающей ребенка с синдромом Дауна, причем значительная роль здесь отводится ее участию в хорошо выстроенной программе ранней помощи.

Каковы же должны быть требования к организации и содержанию работы подобной службы?

В практической психологии выделяется ряд условий, выполнение которых дает возможность сделать психологическую помощь действенной и эффективной:

- Раннее начало работы. Чем короче временной период между травмирующей ситуацией и началом оказания помощи, тем лучших результатов мы вправе ожидать.
- Работа с диадой. Одновременная работа с матерью и ребенком, учет особенностей матери и ребенка помогает формированию привязанности. Особого внимания требует первый этап работы – помощь в появлении настраивающего поведения.
- Постепенное снижение степени поддержки необходимо для стимуляции собственных ресурсов семьи и для предупреждения формирования зависимости семьи от специалиста, оказывающего ей поддержку.
- Избегание множественности контактов. Зарубежные исследования, посвященные эффективности работы служб ранней помощи особо отмечают необходимость избегания на первых этапах работы множественности контактов семьи со специалистами.

- В предлагаемой модели службы (детский центр “Даунсайд Ап”) можно выделить две особенности, отвечающие требованиям оптимальной модели и позволяющие обеспечить социально-психологическое сопровождение семьи:

*А. Наличие в службе последовательных этапов работы от рождения ребенка до поступления в школу.* Характеризуется снижением уровня поддержки семьи. Индивидуальная работа в семье → этап малой социализации (адаптационные группы) → помощь в устройстве в детские сады (посещения неспециализированных детских садов сочетаются с продолжением занятий в Центре) → помощь в подборе школы.

*Б. Мультидисциплинарная команда и специалист широкого профиля* – специальный педагог, обеспечивающий системный подход в реализации коррекционной программы. Специалист, который знает закономерности развития детей раннего возраста, особенности развития младенцев при конкретном нарушении и обладает умением устанавливать межличностные помогающие\* отношения.

## **II. Организация коррекционно-педагогической помощи в условиях семьи. Особенности коррекционной работы с детьми раннего возраста**

Семейно центрированные технологии ранней помощи имеют ряд особенностей, которые диктуются как возрастом ребенка, так и его проживанием в семье. Эти особенности касаются и более традиционной части работы – коррекционно-педагогической помощи в условиях семьи. Прежде всего, необходимо отметить, что раннее начало коррекционно-педагогической помощи ребенку с особыми потребностями создает уникальную возможность для формирования навыков в сензитивные для их возникновения периоды, что, в свою очередь, дает возможность малышу следовать естественной логике развития. Такой превентивный подход к коррекционной работе\*\* позволяет воздействовать на первичные на-

---

\* Речь идет об основных коммуникативных навыках, необходимых специалисту для того, чтобы сформировать и поддерживать позитивный и продуктивный контакт с семьей. Данные навыки становятся психологической составляющей педагогической техники.

\*\* В понятие “коррекционная работа” мы включаем и направление, предполагающее предупреждение нарушения.

рушения, помогая тем самым избежать появления вторичных отклонений развития, иными словами, мы можем реально говорить не о реабилитации, а об абилитации особого ребенка.

Мы уже отмечали, что еще одна особенность семейноцентрированных технологий состоит в том, что коррекционно-педагогическая программа в основном реализуется родителями, тогда как специалист, посещающий семью, обследует ребенка, разрабатывает эту программу и оказывает семье поддержку в её осуществлении. Подобный подход к обучению ребенка позволяет максимально включить необходимые корригирующие мероприятия в повседневную жизнь. Вместе с тем необходимо представлять себе сложности и ловушки, которые могут поджидать специалиста при организации работы в семье. Первая ловушка – это желание родителей перепоручить обучение ребенка педагогу. В принципе, они правы: мама – это мама, а не учитель. Задача педагога – помочь семье, не нарушая привычного семейного уклада, создать условия, максимально стимулирующие развитие ребенка. Наблюдаются и противоположные случаи, когда родители начинают организовывать занятия с таким пылом, что малыш превращается в ученика еще в грудном возрасте. Такой семье нужно помочь увидеть иные, более адекватные возрасту возможности для стимуляции ребенка. Попытки же сделать из матери педагога создают опасность формирования у нее объектного оценочного отношения к малышу вместо необходимого безусловленного субъектного. Иными словами, попав в позицию педагога, мама начинает относиться к ребенку как к объекту педагогического воздействия, а оценка деятельности малыша подменяет принятие его как личности, обладающей своими неповторимыми чертами и особенностями.

Оптимальной является такая организация помощи семье, при которой педагог участвует в создании развивающей среды как эксперт, вырабатывающий специальные требования и правила по уходу за ребенком с учетом всех присущих ему особенностей. Он помогает членам семьи включать необходимые для развития ребенка задания в быт и игру, а также контролирует ход развития малыша. Следует подчеркнуть, что при правильной организации развиваю-

щей среды лишь небольшая часть обучающей программы реализуется во время специально организованных занятий с ребенком.

При организации педагогической работы важно придерживаться принципа единства диагностики и коррекции. Проведенное обследование с последующим анализом результатов не является самоцелью, а служит базой для определения оптимальных условий, в которых потенциал ребенка будет реализован наиболее успешно. Составляя программу для малыша от рождения до двух-трех лет, следует иметь в виду, что главное место в планировании работы занимает предупреждение возможных отклонений в развитии. Используя представления о системности развития ребенка, мы получаем возможность ориентироваться на причины отклонений, а не на симптомы. Важно также, чтобы работа с малышом не сводилась к тренировке навыков, а представляла собой целостную систему стимуляции с учетом актуального уровня развития, зоны ближайшего развития и мотивации ребенка.

Как же реализовать системный и комплексный подходы при составлении программы работы?

В основе развития ребенка лежит система межфункциональных связей, обеспечивающая сбалансированность формирующихся навыков. Дисбаланс, который возникает в случае нарушений отдельных функций, ведет к появлению вторичных, третичных и других нарушений. Нужно отметить, что такая картина наблюдается не только при отсутствии педагогической помощи. В ряде случаев при симптоматическом подходе к развитию ребенка, несмотря на коррекционные мероприятия, система связей остается дисфункциональной, структура дефекта усложняется за счет "обрастания" вторичными дефектами. Простейшим примером является нарушение развития мелкой моторики из-за несформированности позы сидя. Смысл системного подхода заключается в том, что в фокусе работы находится не нарушенный навык, а вся система навыков, свойственная данному возрастному этапу, что позволяет создавать условия для максимального возможного следования логике этапов развития в норме.

Десятилетний опыт работы с детьми раннего возраста позволил выделить ряд принципов, соблюдение которых дает возмож-

ность предупреждать вторичные нарушения, а следовательно, перейти от реабилитации к абилитации младенца:

- ***Нормативность и периодизация психического развития***

Для составления программы коррекционно-педагогической работы с ребенком с особенностями развития необходимо представлять закономерности и последовательность развития обычных детей соответствующего возраста.

В психологии и педагогике существуют различные виды периодизации развития, помогающие структурировать организацию психолого-педагогической помощи. Используемая нами стратегия целостной системы воспитания базируется на основе системы периодизации, предложенной Л. С. Выготским и развитой в трудах его учеников и последователей – Д. Б. Эльконина, П. Я. Гальперина, А. Н. Леонтьева, А. В. Запорожца, Д. И. Фельдштейна. В её основе лежит закон неравномерности детского развития, согласно которому каждому возрастному периоду присуще оптимальное сочетание условий для развития определенных психических качеств и процессов. Так, например, возраст до 1 года сензитивен для развития восприятия и общения, с 1 года до 3 лет – для развития речи, а с 2 до 4 лет – для развития предметного восприятия, позволяющего ребенку выделять свойства и качества окружающих предметов.

- ***Горизонтальная иерархичность***

Этот принцип позволяет применять причинно-следственный подход к оценке развития ребенка.

Поясним подробнее. Всем известна последовательность появления навыков, относящихся к одной сфере развития, которая представляет собой вертикальную иерархию. К примеру, развитие речи вначале предполагает появление гуления, затем лепета, а после этого – появление простых слов и так далее. Примером горизонтальной иерархии в этом случае будет взаимная зависимость появления у малыша слов-названий, возникновения разделенного внимания и возможности осуществления совместной предметной деятельности с взрослым.

- ***Амплификация и регресс***

В основе этого принципа лежит концепция А. В. Запорожца, согласно которой развитие ребенка представляет собой амплифи-

кацию, т.е. наполнение каждого этапа процесса развития наиболее значимыми для него формами и способами деятельности. Педагог, работающий с учетом этого принципа, старается максимально реализовать сензитивные возможности каждого конкретного этапа, создавая благоприятные для этого условия. Наблюдаемый у ребенка в некоторых случаях регресс может быть следствием несвоевременного “перескакивания” на более высокий уровень с помощью неадекватно интенсивного обучения и является сигналом, свидетельствующим о появлении дисбаланса в процессе развития. С этой точки зрения, регресс указывает на необходимость вернуться на более ранний уровень развития и пройти его с учетом горизонтальной иерархии. Так, например, если у ребенка параллельно со специфическими манипуляциями наблюдается желание длительное время ощупывать предметы, брать их в рот, это может свидетельствовать о недостатке сенсорного опыта. Подобное ограничение сенсорного опыта могло возникнуть по целому ряду причин (снижение зрительной функции, нарушение эмоционального развития, снижение порогов тактильной чувствительности, неадекватная стимуляция развития и многое другое) и которое ему необходимо восполнить.

- **Адаптивный подход**

Принцип адаптивного подхода дополняет предыдущий принцип, делает его более гибким. Адаптивный подход позволяет в случае стойкого отставания в появлении какого-либо навыка оказать ребенку поддержку в нарушенном звене, дать ему возможность реализовать свои потребности и перейти к следующему этапу развития.

Опишем более подробно стратегию *временного замещения* отсутствующего навыка, которая, собственно, и составляет суть адаптивного подхода. Для этого обратимся к ранее приведенному примеру, где развитие мелкой моторики и, соответственно, предметной деятельности нарушается из-за задержки в формировании позы сидя. При синдроме Дауна навык сидения без опоры довольно часто начинает складываться только к году, в то время как к развитию предметной деятельности, сотрудничеству с взрослым, без которых, в свою очередь, невозможно развитие понимания



речи, малыш бывает готов гораздо раньше. В этом случае стратегия поведения, основанная на адантивном подходе, может быть следующей:

1) выделяется нарушенный или отсутствующий навык, в данном конкретном случае – поза сидя;

2) ребенку оказывается поддержка за счет создания замещающих условий, которые помогают сохранять позу сидя (это можно сделать, например, за счет использования специального креслица, позволяющего высвободить руки малыша);

3) параллельно проводится работа по формированию у ребенка правильного умения самостоятельно сохранять позу сидя.

Приведем примеры по умению ползать и формированию речи и общения:

- Сниженный мышечный тонус у детей с синдромом Дауна приводит к задержке в формировании ползания, что препятствует освоению ребенком пространства, тормозит развитие исследовательской деятельности, отрицательно влияет на общее развитие. Замещающим навыком в данном случае будет любой способ передвижения – перекатом, в позе сидя и т. д. Одновременно идет обучение малыша ползанию, которое является не только средством передвижения, но и основой для развития координации движений и переноса веса тела, а также одним из необходимых условий для развития межполушарного взаимодействия.

- У детей с синдромом Дауна наблюдается более значительный, чем в норме, разрыв между объемом активного и пассивного словаря. Это диктует необходимость использования ребенком временных средств общения, позволяющих избежать проблем поведения, нарушения когнитивного развития, социализации и т. д. Замещающим навыком в данном случае будут невербальные способы общения, например жесты. Одновременно ведется работа по активизации вербальной формы экспрессивной речи.

Не менее существенным разделом работы каждого педагога, помимо составления программы, является её реализация. Это особенно важно в отношении детей раннего возраста, живущих в семье, где условия для их развития создают родители. Использо-

ние принципов, приведенных ниже, помогает эффективно решить эту непростую задачу:

- *Принцип деятельностного подхода.*

Этот подход, подробно разработанный в трудах А. Н. Леонтьева, А. В. Запорожца, Д. Б. Эльконина, В. В. Давыдова, основан на том, что развитие ребенка происходит в процессе усвоения различных видов деятельности. Именно поэтому помощь родителям в создании условий, вовлекающих малыша в различные виды деятельности, которые соответствуют его психологическому возрасту, является одной из главных задач педагога.

- *Принцип учета мотивации ребенка.*

Сравнительный анализ ведущих видов деятельности помогает понять основную мотивацию и последовательность её смены у ребенка раннего возраста. Например, в первый год жизни ребенка ведущей мотивацией является эмоционально-положительное подкрепление его действий. В этом же возрасте значимым мотивом становится и интерес к окружающему миру, который можно обозначить вопросами “Кто это?” и “Что это?”, а вот во второй год жизни ребенка ведущим становится интерес, выражающийся вопросом “Что с этим можно делать?”

Чтобы лучше понять взаимосвязь различных сторон развития деятельности и мотивации детей на первом и втором-третьем годах жизни, рассмотрим отдельные примеры. Мотивация и деятельность тесно связаны с центральными линиями развития и во многом определяют появление различных видов внимания и способов общения. Так, например, пока основной интерес малыша лежит в сфере эмоционального общения, субъектное и объектное внимание не пересекаются, но уже позже, когда ребенка в первую очередь начинает интересовать способ действия с предметами, появляется референтное внимание и возникает ситуативно-деловое общение. Помимо общей мотивации, характерной для детей определенного психологического возраста, существует личная мотивация, присущая каждому конкретному ребенку. Так, например, годовалый малыш может сделать шаг не только по направлению к маме, что закономерно, но и для того, чтобы достать папины очки. Очевидно, что социально-эмоциональная значимость данного предмета

напрямую связана с основной мотивацией (привязанность к отцу) этого малыша и является сугубо индивидуальной. При реализации педагогической программы в правильном определении индивидуальной мотивации ребенка основную роль играют его близкие.

- **Принцип непрерывности обучения**

Данный принцип основан на том, что дети учатся постоянно, и этот процесс можно определить как сочетание спонтанного и организованного обучения. Для нас важно соотношение обоих способов познания окружающего мира. Обычный малыш получает много информации, обучаясь спонтанно, наблюдая и исследуя всё происходящее вокруг него, в то время как ребенок с особенностями развития может испытывать значительные сложности, препятствующие спонтанному обучению. Например, для малыша с синдромом Дауна неумение передвигаться в пространстве или трудности в понимании смысла происходящего из-за того, что события происходят слишком быстро, могут стать факторами, отрицательно сказывающимися на его развитии. Взрослые, замечая нарушение спонтанного обучения такого ребенка, стараются восполнить пробелы непомерным увеличением организованного обучения. Между тем совсем несложно организовать условия для спонтанного обучения малыша с особенностями развития, создав необходимую развивающую среду, обеспечив максимальное включение малыша в жизнь семьи. Если помочь ребенку добраться до интересующего его предмета или места, с которого он может наблюдать за любопытными для него событиями, снизить темп своих действий и сопровождать свою деятельность краткими понятными комментариями, то можно добиться от малыша активного внимания. Когда у малыша возникнет заинтересованность в происходящем и он захочет включиться в совместную деятельность, важно удержаться от позиции учителя, продолжая исполнять роль продвинутого партнера. Всё это позволит ребенку учиться в процессе собственной деятельности и наблюдений за окружающим, как это происходит у его обычно развивающегося сверстника.

- **Принцип комплексного подхода при подборе видов деятельности**

Этот принцип позволяет создавать программу развития на ближайшие две недели, не перегружая её чрезмерным количеством целей. Согласно этому принципу, прежде всего, определяется *целевой навык*, формирование которого является целью ближайшего периода времени, и подбирается игра, позволяющая этот навык сформировать. Важно учитывать, что игра организуется таким образом, чтобы только целевой навык находился в зоне ближайшего развития, в то время как остальные навыки, необходимые для её реализации, находились в зоне актуального развития малыша, то есть были хорошо освоены им. Обычно на две недели – промежуток времени между визитами – выделяется три целевых навыка, на основании которых реализуется комплексное планирование задания.

Приведем пример такого задания для работы с девочкой с синдромом Дауна в возрасте 11 месяцев.

*Целевой навык:* тянуться и захватывать предмет, находящийся выше уровня груди ребенка.

*Актуальные навыки:* умения самостоятельно сохранять позу сидя, тянуться и брать игрушку на уровне груди.

*Мотивация:* желание взаимодействовать с взрослым, интерес к деталям, к лицу взрослого.

*Закрепление имеющихся навыков:* поддержание равновесия в позе сидя, стимулирование щепотного захвата и зрительно-двигательной координации, поощрение понимания вопроса “Где...?”, расширение импрессивного словаря.

*Описание игры.* Мама и малышка сидят на полу лицом друг к другу. Мама дает дочери поиграть интересным для нее предметом, например, пластиковыми очками, беретом или яркой игрушкой. Затем мама просит девочку дать ей этот предмет, сопровождая просьбу жестом “Дай!”, и помещает этот предмет выше уровня груди ребенка. Взрослый может надеть очки и шапку, а затем дать ребенку стащить их с себя, а игрушку просто поднять на необходимую высоту. Игра сопровождается примерно следующими репликами: “Где очки?” – “Ну-ка достань очки”. – “Потянись, потянись!” – “Вот молодец, достала очки”. Далее нужно дать малышке поиграть очками, затем опять попросить их у нее, используя жест и слово “дай”, и повторить эту игру снова. Чтобы игра не надоела,

можно её разнообразить, подбирая другие игрушки, например, игрушечную обезьянку, которая "залезла" маме на плечо (прикрепляется прищепкой).

*Дополнительная помощь:*

1) если малышке трудно дотянуться до игрушки, можно наклониться на доступную для неё высоту, а потом постепенно прикреплять игрушку всё выше;

2) если девочка боится упасть, потеряв равновесие, необходимо сесть так, чтобы нога взрослого "страховала" малышку сзади. Следует помнить, что девочка уже умеет сидеть сама и легкое прикосновение ноги должно лишь придать ей уверенность, а не служить опорой.

Таким образом, мы попытались коротко рассказать об особенностях семейно-центрированной модели работы с семьями детей с синдромом Дауна. Центр существует уже десять лет и сейчас в наших программах участвуют более шестисот семей. За помощью обращаются не только из Москвы и Подмосковья, но и из всех регионов России, нередко обращения и из ближнего зарубежья. Мы рады их приезду и стараемся помочь, но в то же время убеждены, что только активное создание региональных служб ранней помощи может разрешить проблему медико-психолого-педагогического сопровождения семей, в которых растут дети с особыми проблемами, а также дети, относящиеся к группе риска. Мы надеемся, что наш опыт работы в этой области окажется полезным специалистам разных направлений, работающим с детьми раннего возраста.

### Список литературы

1. Авдеева, Н.Е. Вы и младенец: у истоков общения / Н.Е. Авдеева, С.Ю. Мещерякова. – М: Педагогика 1991.

2. Айвазян, Е. Любовь по правилам и без, или Особые ли матери у особых детей? / Е. Айвазян, Г. Одинокова, А. Павлова // Дошкольное воспитание. – 2005. – №9.

3. Винникотт, Д.В. Маленькие дети и их матери / Д.В. Винникотт; пер. с англ. Н.М. Падалко. – М.: "Класс", 1998.

4. Гуральник, Майкл Дж. Связь между общим представлением о развитии ребенка и системой ранней помощи детям с синдромом Дауна // 6-й Всемирный конгресс по синдрому Дауна. – Мадрид, 1997.

5. **Жиянова, П.Л.** Социальная адаптация детей раннего возраста с синдромом Дауна: Организация, содержание и методика работы адаптационных групп / П.Л. Жиянова, М.Ф. Гимадеева. – М.: Монолит, 2002.

6. **Лисина, М.И.** Проблемы онтогенеза общения / М.И. Лисина. – М.: Просвещение, 1986.

7. **Мухамедрахимов, Р.Ж.** Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 1999.

8. **Панарина, Л.Ю.** Психологическая коррекция взаимодействия младенцев с синдромом Дауна и их близких взрослых: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Л.Ю. Панарина. – М., 2004.

9. Психология аномального развития ребенка / Под ред. Лебединского В.В., Бардышевской М.К. – М.: Высшая школа, 2004.

10. **Боулби, Дж.** Как оценивать нанесенный ущерб // Психология аномального развития ребенка / Под ред. Лебединского, В.В. Бардышевской М.К. – М.: Высшая школа, 2004.

11. **Мухамедрахимов, Р.Ж.** Мать и младенец: психологическое взаимодействие // Психология аномального развития ребенка. – М.: Высшая школа, 2004.

12. **Шпиц, Р.А.** Поведение депривированных детей // Психология аномального развития ребенка. – М.: Высшая школа, 2004.

13. Развитие общения у дошкольников / Под ред. А.В. Запорожца, М. Лисиной. – М.: Педагогика, 1974.

14. **Разенкова, Ю.А.** Игры с детьми младенческого возраста / Ю.А. Разенкова. – М.: Школьная Пресса, 2000.

15. Ранняя помощь в Европе. Организация служб и деятельность по поддержке детей и их семей: доклад Европейского агентства по развитию специального образования (European Development in Special Needs Education) [Электрон. ресурс]. – 1998. Режим доступа: World Wide Web. URL: <http://www.european-agency.org/>

16. **Юртайкин, В.В.** Семейный педагог... каковы его функции? / В.В. Юртайкин, П.Л. Жиянова // Дошкольное воспитание. – 2000. – № 3.

17. **Dmitriev, V.** Time to Begin. Greenbank, WA: Penn Cove Press, 1993. – P. 47.

18. Early Intervention Services / Written and Compiled by Myfanwy Edwards.- Down Syndrome Society of South Australia Inc., 1999.

19. Understanding Behavior. A Guide for Parents and Caregivers. – Down Syndrome Society of South Australia, Inc., 1999.

20. **Guralnick, Michael J.** Second-Generation Research in the Field of Early Intervention in The Effectiveness of Early Intervention / edited by M.J. Guralnick. Paul Brookes Publishing, 1997. – P. 3–20.

## **FAMILY-CENTRAL MODEL OF EARLY ASSISTANCE: WORKING ASPECTS**

**P.L. Zhiyanova**

The paper discloses the features of the family-central model for rendering early assistance to children with the Down's syndrome. The author distinguishes and analyses the basic aspects of this work such as socio-psychological family support and organisation of corrective pedagogical assistance in family conditions.

---

## **ЗАРУБЕЖНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ И ИХ АДАПТАЦИЯ К РОССИЙСКИМ УСЛОВИЯМ**

**Е.В. Поле**

В статье обобщается опыт работы Центра ранней помощи при Российском Благотворительном фонде "Даунсайд Ап" по адаптации зарубежных технологий раннего развития детей с синдромом Дауна к условиям России.

В последнее десятилетие в России наблюдается растущий интерес к проблеме психолого-педагогической помощи семьям, где есть ребенок с особыми потребностями. Мы наконец-то отходим от привычного мнения, что начинать коррекционную работу можно только с трех лет. Специальная психолого-педагогическая помощь детям раннего возраста становится предметом деятельности психологов и педагогов, а традиционно сложившееся мнение, что такими детьми могут заниматься только медики, уходит в прошлое. Все чаще на конференциях, специальных семинарах и вообще в педагогической среде речь идет о том, что приоритетом современной коррекционной педагогики становится ранняя помощь.

У нас в стране почти отсутствует подготовка специалистов для служб ранней помощи, которые занимались бы детьми, проживающими с родителями дома. Учреждения, работающие с детьми раннего возраста и тем более с детьми с особыми потребнос-

тями, будь то реабилитационные центры или организованные в последнее время психолого-медико-социальные службы, как правило, используют модель, центрированную на ребенке, т.е. сохраняют отношения, по сути своей вписывающиеся в форму “пациент-доктор”. При этом специалист занимает активную позицию, он дает назначения, а родителям предписывается точно следовать его указаниям. Крайне редко, например, педагог-дефектолог пытается активизировать родителей и не “назначать лечение”, а обсудить с ними, как лучше и успешнее ввести специальные задания в повседневную жизнь так, чтобы они стимулировали развитие ребенка и не выглядели организованным уроком за столиком, а стали бы игрой. Сейчас можно говорить, что когда речь идет о развитии ребенка раннего возраста, проживающего в семье, отношения, построенные в рамках модели “пациент-доктор”, не эффективны, поскольку они практически не учитывают особенностей семейной ситуации и бытового уклада семьи. Что толку, к примеру, говорить о выполнении дефектологических заданий, если семья находится в тяжелом материальном положении или в стадии острого переживания горя в связи с рождением особого ребенка.

В наши дни все отчетливее проступает тенденция работы со всей семьей в целом, то есть работа с семьей через ребенка, которая нацелена не только на развитие малыша, но и на успешное формирование положительных и продуктивных детско-родительских отношений. В этой модели специалист и родители постепенно становятся партнерами, совместно способствующими развитию ребенка.

Поскольку работа с семьей, где есть ребенок раннего возраста с особенностями развития, для нашей страны явление новое, поскольку мы только делаем первые шаги, направленные на становление такого рода системы ранней помощи, естественно, есть потребность в опыте наших зарубежных коллег, уже около 40 лет работающих в таких системах, которые могут быть организованы по-разному, но их деятельность направлена на работу с семьей в целом.

В статье обобщается работа нашего Центра ранней помощи, который почти десять лет успешно работает в Москве на базе Благотворительного фонда “Даунсайд Ап”. С самого начала свое-



го существования Центр имел реальную возможность обращаться к зарубежному опыту, заимствовать новые для нашей страны технологии, методики и практически опробовать и применять их на практике.

Прежде всего хотелось бы подчеркнуть, что наш Центр никогда не представлял и не представляет собой аналог зарубежных служб. Он создавался с максимальным учетом условий нашей страны, во-первых, и с учетом условий такого мегаполиса, как Москва, во-вторых. С первых дней было решено, что основной целью нашей работы станет поддержка и психолого-педагогическое сопровождение семей, которые воспитывают детей с синдромом Дауна. Проанализировав российскую систему помощи детям раннего возраста с особыми потребностями, мы поняли, что семьям, в которых есть малыши с синдромом Дауна, обращаться практически некуда. Именно это направление работы – организация психолого-педагогического сопровождения семей с маленькими детьми – и стало содержанием работы на первом этапе существования фонда и Центра.

В структуре службы ранней помощи Центра постепенно, шаг за шагом сформировались два основных направления работы с семьей: домашние визиты, которые мы теперь называем патронажем семьи на дому, и адаптационные группы.

*Домашние визиты* – традиционная форма работы целого ряда зарубежных служб ранней помощи. Суть этого направления заключается в том, что семью посещает специальный педагог (педагог-дефектолог), владеющий знаниями о развитии ребенка раннего возраста вообще и о развитии детей с особыми потребностями, в частности. В нашем случае – это семьи детей с синдромом Дауна, но в принципе такая форма работы подходит для семей, где есть малыши с какими-то другими отклонениями в развитии.

Помимо программы домашнего визитирования, началась организация так называемых *адаптационных групп* детей с полутора до трех лет. Такой вид помощи, новый как по форме, так и по содержанию, представляет собой промежуточное звено между работой в домашних условиях и поступлением ребенка в детское дошкольное учреждение – будь то группа временного пребывания

или детский сад. Благодаря обучающим занятиям в адаптационных группах, дети приобретают социальные навыки, необходимые для того, чтобы успешно взаимодействовать в группе сверстников, соблюдать определенный режим, участвовать во фронтальных занятиях. Поскольку такие малыши участвуют в занятиях вместе с мамой (с папой или бабушкой), то родители, с одной стороны, имеют возможность познакомиться друг с другом, а с другой – быть полноправными участниками группового занятия, выполняя роль ассистентов своих детей.

В связи с тем, что детских садов, владеющих методикой работы с такими детьми, пока еще не так много, довольно часто малыши, поступившие в детские сады, продолжают раз в неделю посещать групповые и индивидуальные занятия, и это стало следующим этапом развития согласно программам нашего Центра. После адаптационных групп дети переходят в обучающие группы. Параллельно с групповыми комплексными занятиями каждая семья получает регулярные консультации логопеда, специалиста по когнитивному развитию и кинезиотерапевта. Кроме того, как только ребенок сможет самостоятельно (без присутствия мамы) участвовать в групповом занятии, родители имеют возможность посещать психологические группы поддержки, работающие параллельно с детскими группами. Таковы программы, предназначенные для москвичей.

В ходе практической работы довольно скоро выяснилось, что в наших услугах нуждаются не только москвичи, но и семьи из Подмосковья, а также из других регионов России. Для этих целей была организована программа консультирования иногородних семей.

Таким образом, развитие наших программ всегда основывалось на практической деятельности, и это позволило создать центрированную на семье модель службы ранней помощи.

Эта модель обеспечивает оптимальные условия для успешного продвижения наших малышей и, что не менее важно, позволяет организовать психотерапевтическую поддержку семьи, поскольку отвечает трем основным требованиям, предъявляемым к подобным моделям: ранняя диагностика и коррекция, продолжительное время поддержки, работа со всей семьей, формирование взаимо-

действия “мать-дитя” при одновременной работе с матерью и ребенком с учетом их особенностей.

Сегодня мы смело можем сказать, что созданная нами модель оказалась жизнеспособной и что она оптимальна благодаря двум факторам: во-первых, **создана в соответствии с конкретными условиями и потребностями, а во-вторых**, достаточно пластична, ее структура позволяет **вносить изменения** в ответ на изменение обстоятельств, **потребностей и запросов**. К примеру, совсем недавно мы сочли целесообразным **дополнить нашу модель** еще одним звеном – индивидуальными консультациями для детей, выбывших из программы домашнего **визитирования** и посещающих только адаптационные группы. Это решение было реализовано на практике, что позволило **организовать непрерывность** индивидуальных консультаций детей, **проходящих параллельно с групповыми занятиями**.

Как уже говорилось **выше**, с самого начала деятельности мы активно пользовались **возможностью** изучения богатого зарубежного опыта, по мере **необходимости** заимствуя и адаптируя его к нашим условиям. На **основе** нашего практического опыта отметим несколько важных моментов, которые, возможно, будут полезны при организации подобных служб.

Прежде всего, **необходимо** учитывать, что в любой стране, в каждом отдельном регионе так или иначе существует определенная система помощи детям с особыми потребностями. Ее полная или частичная замена не только невозможна, но и нерациональна. А вот **встраивание отдельных звеньев**, которые органично дополняли бы ее, вполне возможно и полезно. В нашем примере это – все звено ранней помощи.

Если рассматривать программу домашнего визитирования, то здесь мы заимствовали **формы организации помощи**, но при этом сочетаем их со своими: работой с персоналом родовспомогательных учреждений, адаптационными группами, длительным поддерживающим обучением после поступления детей в детские сады, методической помощью детским садам, в которые ходят дети из наших программ, регулярным проведением семинаров для специалистов. Необходимость перечисленных форм работы диктуется конкретными российскими условиями.

В нашей стране делаются лишь первые шаги по организации системы поддержки семей с детьми раннего возраста с особыми потребностями. Только кое-где работают службы ранней психолого-педагогической помощи, принимающие детей раннего возраста, и достаточно большие регионы нашей огромной страны, особенно небольшие города и сельские местности, могут только мечтать о прибытии к ним в дом специалиста. Гораздо чаще они не имеют ни возможности, ни средств, чтобы посетить специалистов областного или районного центра. Те семьи, которые приезжают за помощью в наш Центр, часто рассказывают об этом. С удовлетворением отмечаем позитивный характер данной работы.

В России нет межведомственных организаций, координирующих действия медицинских, педагогических и социальных институтов. До сих пор в родильных домах подчас оказывают давление на мать и других членов семьи, вынуждая отказаться от ребенка, поскольку, к сожалению, медперсонал часто бывает искренне уверен, что “делает благое дело”, стремясь избавить родителей малыша от лишних переживаний, связанных с рождением особого ребенка. Винить этих людей не стоит, поскольку они лишь повторяют то, что им сказали в институте или медучилище: не будет узнавать родных, ходить, говорить и т.д., а вот рассказывать им, как обстоят дела на самом деле, несомненно, нужно!

Практически отсутствует и серьезная подготовка специалистов по раннему развитию детей с особыми потребностями. В этой области тоже только делаем первые шаги, но мы их все таки делаем!

И в Москве, и в других регионах России очень мало детских садов и школ, согласных и готовых принять детей с синдромом Дауна. Наш опыт показывает, что педагоги и воспитатели детских садов мало знакомы с особенностями работы с данной категорией детей и поэтому часто просто боятся принять на себя ответственность, а между тем дети с синдромом Дауна вполне успешно могут посещать детские сады. Среда обычных детей способствует их развитию, а для остальных детей в таких случаях есть прекрасная возможность приобрести лучшие человеческие качества.

И, наконец, наиболее эффективно с точки зрения использования опыта наших зарубежных коллег заимствование новых технологий и методик работы с детьми с особыми потребностями. Сочетание отечественных и зарубежных исследований, использование опыта зарубежных специалистов по ранней помощи, несомненно, дает возможность оптимизировать процесс становления новых структур и их практической деятельности.

В качестве примеров практической адаптации и использования зарубежных методов работы хотелось бы остановиться на двух случаях. Нам думается, что данные примеры послужат хорошей иллюстрацией того, насколько по-разному это может происходить. Речь пойдет о достаточно известной в педагогических кругах системе Портэдж и о методике стимуляции двигательного развития детей с синдромом Дауна раннего возраста, разработанной голландским физиотерапевтом Петером Лаутеслагером.

В начале практической деятельности «Даунсайд Ап» педагогический состав решил привлечь известные разработки Портэдж. В нашу организацию были приглашены преподаватели Портэдж, и состоялся обучающий семинар, в процессе которого наши специалисты познакомились с этой системой работы. Уже в процессе семинара стало понятно, что данная система отличается от нашей, поскольку основана на бихевиористском подходе, который во главу угла ставит наработку навыков путем многократного повторения. У нас создалось впечатление, что при работе в ключе Портэдж внешним педагога остаются психологические составляющие – детско-родительские отношения, необходимый, с нашей точки зрения, профессионально выверенный плодотворный контакт с родителями. В то же время эта система привлекала очень четкой структурой, использованием комплексных заданий, которые к тому же представлены в удобной для работы форме. Во время семинара мы пришли к соглашению, что можем использовать этот метод частично, т.е. взять на вооружение те его элементы, которые органично вписываются в наши собственные практические подходы и в ту модель, которая проходила в то время фазу становления.

После окончания семинара провели эксперимент: попытались использовать эту систему, как говорится, «по полной программе»;

но быстро пришли к выводу, что это для нас неприемлемо. Тогда было решено остановиться на практическом использовании контрольных таблиц, которые представляют собой перечни навыков во всех сферах развития ребенка. Эти таблицы достаточно удобны для первичной оценки уровня развития, когда нужно определить, с чего начинать работу, к тому же в них нет строгой привязки к возрасту. Структурно навыки в таблицах следуют друг за другом, в порядке их формирования, поэтому ими можно пользоваться как для оценки уровня развития малыша, так и для того, чтобы родители могли вместе с педагогом отмечать, как идет развитие и как ребенок постепенно осваивает все новые и новые умения. Дважды в год педагог вместе с родителями просматривает, чему ребенок научился, делая отметки в контрольных листах. Ну а знаменитые карточки Портэдж, в которых описаны задания, тренирующие каждый необходимый навык, мы можем использовать как справочное пособие, особенно оно полезно молодым педагогам. Исключения составляют только таблицы, связанные с развитием речи, поскольку наши дети говорят все-таки по-русски, а не по-английски. Надо признаться, что и контрольные таблицы мы тоже доработали и несколько видоизменили: тщательно выверили перевод и выделили в отдельный раздел навыки тонкой моторики, никоим образом не нарушив общий порядок развития навыков.

Следует оговориться, что мы не предлагаем совсем отказаться от бихевиористского подхода и сами используем его элементы, когда проходит научение ребенка социально-бытовым навыкам: одеванию, туалету, какой-то регулярной домашней работе, которую можно разбить на цепочки действий и стремиться, чтобы малыш осваивал их постепенно, путем многократного повторения.

Таким образом, получилось, что педагогический коллектив "Даунсайд Ап", согласовав свои действия с представителями Портэдж, на практике использует элементы методики, адаптировав их к условиям работы в нашем Центре.

Другая ситуация сложилась с апробацией метода Петера Лау теслагера.

Это одна из немногих методик, рассчитанная на детей с синдромом Дауна. В отечественной педагогике практически нет сво

их наработок такого рода. У нас была книга по развитию крупной моторики детей с синдромом Дауна Патрисии Уиндерс, но нам показалось, что целесообразнее обратить внимание на свой, особый путь развития двигательных навыков наших малышек, и “Даунсайд Ап” – организация уникальная, углубленно занимающаяся помощью детям с синдромом Дауна.

Метод представляет собой функциональный подход к стимуляции развития детей. И это отлично подходило к нашей системе работы, поскольку мы очень заинтересованы в том, чтобы подопечные как можно полнее и качественнее вливались в окружающую жизнь, привыкали быть активными исследователями и обретали самостоятельность, а для этого необходимо двигательное развитие.

Метод голландского коллеги предлагает *качественный анализ* двигательных навыков детей с синдромом Дауна, что позволяет составлять детальные программы работы с детьми, подходить к делу индивидуально, учитывая и общие для всех детей с синдромом Дауна особенности развития, и индивидуальные особенности ребенка, и особенности семейной ситуации, условий проживания и т.д.

Существенное место в данном подходе занимают способы предупреждения и коррекции отклонений двигательного развития малыша, а тестирование, используемое автором, *не является самоцелью*, оно органично служит лишь необходимой частью работы, позволяющей специалисту и родителям следить за успехами ребенка.

И, наконец, важным является то, что метод предполагает *совместную работу с родителями ребенка*.

Если сопоставить возможности использования этого метода с теми принципами работы, которых мы неизменно придерживаемся, становится очевидно, что он соответствует каждому из них.

**1. Формировать активную позицию родителей.** Благодаря тому, что метод предполагает реализацию выработанной на основе тестирования программы в домашних условиях, родители принимают на себя роль партнеров терапевта, которые являются полноправными участниками процесса развития малыша, могут сами заниматься с ним и следить за его успехами.

**2. Видеть ребенка. Работать с ним, а не с проблемами.**

**3. Не воздействовать на ребенка, а взаимодействовать с ним. Ребенок всегда занимает активную позицию.** Эти два принципа перекликаются друг с другом. Важно понимать, что едва ли можно добиться настоящего успеха, если рассматривать малыша с особенностями развития только как больного или как объект лечения. Метод голландского специалиста предполагает сотрудничество с ребенком. Взрослый организует взаимодействие с малышом таким образом, чтобы способствовать проявлению его активности, поддерживая положительный эмоциональный контакт, организуя игру так, чтобы стимулировать ребенка совершить очередное движение. Это – полноценное сотрудничество!

**4. Встраивать работу с малышом в повседневную жизнь.** В каждой нашей программе обязательно напоминаем родителям, что если упустить из виду этот принцип, то ребенку просто нечего будет делать с тем, чему он научился. Об этом очень важно помнить, как и то, что всегда в любом распорядке жизни семьи найдутся подходящие моменты для обучения ребенка. В большинстве случаев необходимые игры можно органично вписать в повседневную жизнь, причем сделать это так, что от такой игры получают удовольствие и родители, и ребенок. В этом смысле методика Пета Лаутеслагера тоже соответствует нашим принципам.

**5. Учитывать в работе закономерности и особенности развития ребенка раннего возраста.**

**6. Принимать во внимание особенности развития ребенка при конкретной патологии.** Здесь комментарии не нужны. Методика отвечает и тому, и другому.

**7. Руководствоваться принципом комплексного подхода к формированию навыков во всех сферах развития ребенка.** Начиная осваивать метод, мы тщательно продумали, как он впишется в нашу систему. Важно было определить, может ли использоваться этот метод в службе ранней помощи. Несмотря на то, что метод сконцентрирован на развитии двигательных навыков, мы поэтапно включили его в комплексные занятия, проводимые дома, и в структуру адаптационных групп. Начав внедрять его пару лет назад, сейчас мы широко используем полный цикл кинезотерапии, который органично включается в программу домашнего визитирования.



а двигательные занятия, организованные по методу Петера Лаутеслагера, – в групповую работу. Специалисты используют метод во время консультаций иногородних семей. Кроме этого, имея такую обширную практику работы с детьми с синдромом Дауна, мы решили, что метод необходимо распространять своими силами и начали совместно с голландскими коллегами проводить семинары. Таким образом, мы практически полностью адаптировали метод Петера Лаутеслагера и встроили его в нашу работу, что дает, на наш взгляд, хорошие результаты.

В заключение хотелось бы отметить, что в случае знакомства, изучения и практической адаптации зарубежного опыта никогда не следует забывать о том, что мы живем в реальной российской ситуации, которая, хотим мы этого или нет, накладывает свой отпечаток на работу специалистов, работающих с людьми. Нет никаких сомнений, что в мировом опыте существуют и отдельные элементы, и целые направления работы, очень полезные для отечественной педагогики, но использование их в российских условиях “в чистом виде” далеко не всегда целесообразно. К тому же ни в коем случае не следует забывать, что наше отечество располагало и располагает огромным педагогическим арсеналом! Только сочетание отечественного и зарубежного опыта с учетом специфики каждого отдельного региона может дать положительные результаты при организации и практическом функционировании педагогических служб, реабилитационных и образовательных учреждений, работающих с особыми детьми.

## **FOREIGN METHODOLOGICAL DEVELOPMENTS AND THEIR ADAPTATION TO RUSSIAN CONDITIONS**

**E. V. Pole**

In the paper the work experience of the Early Assistance Centre at the Russian Charitable fund “Downside Up” on adaptation of foreign technologies of early development of children with Down’s syndrome to Russian conditions is generalized.

---

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПЕТЕРА ЛАУТЕСЛАГЕРА В ПРОЛОНГИРОВАННОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Т.Н. Нечаева

В статье автор показала возможности использования метода Петера Лаутеслагера по двигательному развитию детей с синдромом Дауна в пролонгированном консультировании данной категории детей.

Вскоре после начала практической деятельности “Даунсайд Ап”, направленной на оказание помощи семьям, проживающим в Москве, к нам стали обращаться родители с детьми из других городов и регионов. Мы старались помочь им, насколько это было возможно: консультировали детей, составляли для них программы на длительный срок. В каждом отдельном случае ориентировались на возможности семьи: подмосковные семьи получали программу на месяц, те, кто жили далеко, – на полгода или даже на год.

Таких семей становилось все больше, и вскоре стало ясно, что необходимо организовать новую программу – *консультирование иногородних семей*. Эта программа реализуется с 1998 года. Участвовать в ней могут семьи, в которых растет малыш с синдромом Дауна (СД), проживающие за пределами Москвы.

По мере приобретения опыта выделилось два этапа регулярного (пролонгированного) консультирования: для семей с детьми от рождения до 3 лет и с детьми от 3 до 7 лет.

В данной статье речь идет о консультациях на первом этапе (от рождения до 3 лет), которые проводит специалист по раннему развитию.

Психолого-педагогическая помощь в нашем Центре оказывается в рамках семейно-центрированной модели. Консультирование является своеобразным аналогом домашнего визитирования, поэтому для нас важно соблюдать принципы работы, согласно которым помощь ребенку оказывается в контексте семьи, а в поле зрения педагога попадают не только особенности развития ребенка, но и социальная ситуация семьи в целом. Консультирование –

достаточно традиционный способ работы, и главная роль в этом процессе обычно отведена педагогу, психологу, физиотерапевту и т.д. Наши консультации построены таким образом, чтобы их активными участниками стали родители малыша.

В процессе консультации педагог охватывает все стороны развития ребенка: эмоциональную, двигательную, речевую, развитие восприятия. Обсуждаются также особенности ухода за малышом, проблемы кормления, обучение навыкам самообслуживания. Педагог не только рассказывает, какими навыками должен овладеть ребенок, но и объясняет, как этого можно достичь в домашних условиях, правильно организовав игру ребенка и его быт. Специалисту важно предложить родителям такие задания, которые органично вписывались бы в привычный уклад жизни, т.е. он должен *адаптировать* свои рекомендации к социальной ситуации конкретной семьи. Иногда бывает необходимо переключить внимание родителей с дидактики на необходимость включения необходимых заданий или мероприятий в повседневный быт. Например, у ребенка во время консультации получилась сортировка предметов. Педагог для такого задания использует специально подобранный дидактический материал, а с мамой важно обсудить, как такого рода задачи можно включить в повседневную жизнь (раскладывать продукты, белье после стирки и т.д.). Таким образом, взаимодействие с ребенком, его обучение и адаптация становятся более эффективными.

Работа специалиста по раннему развитию данной категории детей постоянно направлена на поиск путей включения семьи в программы ранней помощи. Важно учитывать запрос семьи: часто это не только программа обучения ребенка, но и расширение социального окружения семьи. Родители приглашаются на различные мероприятия, собрания. Приезжая на консультацию, они могут посетить с малышом занятие адаптационной группы, контактируют с другими педагогами, психологом. Семья знакомится не только с отдельным педагогом, но и в целом с работой Центра. Таким образом, Центр ранней помощи выступает как единая структура, поддерживающая семью.

Кроме этого, родители получают возможность контакта с другими семьями. В Центре они встречаются с московскими семьями

(на родительском клубе, собраниях), а иногородним педагог может дать информацию о том, есть ли в их городе другая семья, воспитывающая малыша с СД. Такая практика (Центр как связующее звено) очень успешна и важна для психологической поддержки семьи, формирования активной позиции родителей. У нас есть примеры создания родительских ассоциаций и групп поддержки в разных городах: Самара, Нижний Новгород, Пермь, Казань, Чебоксары и т.д. Консультации могут быть нескольких типов: ежемесячные, как правило, на такие встречи охотно приезжают жители Подмосквы и соседних областей или встречи со специалистом могут происходить несколько раз в год и, соответственно, таким видом помощи чаще пользуются семьи из городов и регионов России и постсоветского пространства. Эти семьи приезжают по мере своих возможностей - 1 раз в 4-6 или 12 месяцев.

Специалисты "Даунсайд Ап" выделяют следующие цели консультации:

- *Информационная\** – это подбор литературы, объяснение особенностей развития ребенка с синдромом Дауна, возможностей его развития. В так называемый "пакет первичной информации" входит литература, подготовленная специалистами нашего Центра, в частности, брошюра "Синдром Дауна. Факты", которая содержит краткую информацию о синдроме Дауна с описанием его специфики, о двигательном развитии. В ней собран материал о взаимосвязи различных областей развития ребенка и даются практические советы, как помогать развитию навыков крупной и мелкой моторики, самообслуживания и др. Родителям предлагаются также хрестоматия, которая представляет собой сборник статей, написанных специалистами Центра, и переводы некоторых зарубежных материалов. В дальнейшем родители могут пользоваться теми книгами и журналами, которые есть в библиотеке Центра.

- *Диагностическая* – определение текущего уровня развития ребенка

---

\* Отметим, что к предлагаемой информации важно относиться с осторожностью, дозировать ее. Для семьи необходимо донести положительную перспективу развития малыша, поддержать членов семьи в стремлении помочь своему ребенку. Слишком большой объем информации может негативно отразиться на представлении родителей о возможностях детей с синдромом Дауна, что не может не влиять на развитие малыша.

- *Поиск ресурса с опорой на возможности ребенка* (педагог показывает возможности ребенка, опираясь на актуальный уровень развития и зону его ближайшего развития) – определение ближайших задач развития малыша.

- *Выяснение семейной ситуации, возможности включения занятий с ребенком в привычный уклад семьи.* Семейная ситуация выясняется не с целью сбора социологических данных, а как база для педагогической работы: состав семьи (вплоть до любимой двоюродной тети!), кто будет заниматься с малышом, возможности организации пространства, режимные моменты – уход за ребенком, игра и специально организованные занятия. Специальные занятия может проводить и сам родитель, и педагог или логопед, кинезиотерапевт и др. Следует выяснить и возможности социализации, необходимость посещения занятий узких специалистов и дошкольных групп.

Несмотря на ограниченность во времени, техника проведения консультации реально позволяет прояснить и обсудить все эти вопросы. Педагог выступает в роли активного, заинтересованного слушателя, дает обратную связь, использует технику постановки открытых и закрытых вопросов и т.д. Родители с их впечатлениями, эмоциями, мнением для педагога важны так же, как важен ребенок со своими трудностями и возможностями развития.

В результате каждой консультации составляется протокол с данными диагностики ребенка и программа занятий на ближайший период (или долгосрочная программа). Эти рекомендации носят комплексный характер и включают в себя такие игры и упражнения, которые учитывают и развивают активность ребенка (социальную, двигательную, познавательную, речевую). Обсуждается и назначается дата следующей встречи. Возможно составление программы занятий для педагога, логопеда, кинезиотерапевта или составление специального приложения к индивидуальной программе реабилитации ребенка.

Поскольку время консультационной встречи строго ограничено, а целей достаточно много и предполагается исследование всех сторон развития ребенка, специалистам необходим такой метод двигательного развития, который был бы лаконичным, структурированным, четким, достаточно подробным и органично вписывался

бы в структуру консультации. Также важно, чтобы используемый метод был понятен для родителей, легким для объяснения и обучения, чтобы его можно было использовать в быту и во время игры.

Всем этим требованиям отвечает метод Петера Лаутеслагера. Во-первых, этот метод рассчитан на работу с детьми раннего возраста. Во-вторых, он направлен на решение одной из главных проблем детей с синдромом Дауна – *специфическое двигательное развитие* и его цель – развитие качественных, функциональных движений. Движение лежит в основе познавательной активности ребенка раннего возраста. Своевременное появление необходимых двигательных навыков создает базу для развития сенсорики и познавательной активности ребенка. Развитие качественных движений расширяет функциональные возможности ребенка (он овладевает навыками мелкой моторики, игры и т.д.) К дошкольному возрасту это важно для социализации ребенка, участия в групповых занятиях, коммуникации со сверстниками.

В-третьих, он позволяет *предупреждать вторичные нарушения*. Метод основывается на изучении структуры характерных трудностей двигательного развития ребенка с синдромом Дауна. Для педагога важно понять, какие нарушения первичны, какие – вторичны и какие последствия они имеют или будут иметь для дальнейшего развития ребенка. Поскольку мы говорим о ребенке раннего возраста, недостаточно развитые движения могут быть причиной задержки в овладении манипулятивными навыками, предметными действиями и т.д. Иногда даже такие простые вещи, как выбор правильной позы и адекватная помощь взрослого в овладении определенным движением, могут оказать существенное влияние на формирование интереса малыша к окружающему (например, своевременный переход к положению сидя). Во время консультации педагог показывает, как ребенок может играть с поддержкой взрослого, как можно использовать и развивать умения и навыки малыша в повседневной жизни.

Детальное изучение двигательных возможностей ребенка позволяет осуществлять *индивидуальный подход* к составлению программы развития, учитывающей специфические нарушения детей с СД, а понимание причин двигательных нарушений помо-

гает правильно оценить возможности ребенка, показать родителям пути помощи в его развитии, в овладении им конкретными двигательными и функциональными навыками, в увеличении активности (это ресурс, на который родители опираются в повседневной жизни). Метод доктора Лаутеслагера предполагает не только занятия со специалистом, но и *активное включение родителей* в процесс реабилитации ребенка. Особую значимость имеет опыт, который приобретает сам ребенок, и поэтому необходимо стимулировать развитие навыков в привычных, естественных для него условиях. Вот почему важно участие родителей в программе. Именно они способны перенести результаты занятий в повседневную жизнь.

Данный метод основан на *активной позиции ребенка*. Это является одним из принципов нашей работы. Метод голландского физиотерапевта также предполагает, что упражнения выполняются не пассивно, малыш включается в игру, предлагаемую взрослым.

Очень важно, что метод предполагает выполнение пошаговой программы (задания рассчитываются на конкретный период, обычно – 4 мес.). Это помогает составить *доступную, понятную программу*, включающую небольшое число конкретных упражнений. Родители могут осуществлять ее в повседневной жизни, а также привлекать специалиста (специалист ЛФК, тренер фитнес – центра, педагог группы по двигательному развитию и т.д.). Наконец, составление подробного отчета о состоянии ребенка позволяет проследить *динамику развития*, оценить эффективность работы. Составляется подробный план дальнейшей работы. Если возможно, собираются видеоматериалы о развитии ребенка.

Хотелось бы отметить, что очень привлекательна возможность включения обследования по методу П. Лаутеслагера и занятий по двигательному развитию в структуру консультации. Консультация специалиста ранней помощи обычно строится следующим образом. Педагог подбирает игрушки, необходимые для обследования и игры с ребенком данного возраста, организует пространство в комнате. Важно выделить место, где будет играть ребенок, где будут располагаться родители во время занятия. Им должно быть удобно наблюдать за тем, что происходит, пространство должно

объединять малыша, родителей и педагога, который может предложить маме включиться в игру или самой попробовать сделать с малышом какое-нибудь упражнение. Как правило, педагог сразу начинает играть с ребенком. Он подбирает такие игры и помещает ребенка в такие позы, в которых малыш будет демонстрировать свои возможности и трудности.

В методе двигательного развития П. Лаутеслагера указаны те положения тела и переходы из одной позы в другую, на которые необходимо обратить внимание. Например, войдя в комнату, мама уложила малыша на коврик. Педагог переводит его в положение “сидя”, наблюдая за тем, как он может поднимать голову из положения, лежа на спине. Далее педагог предлагает малышу игрушку, держа ее определенным образом, и наблюдает за тем, как малыш умеет сидеть – выпрямляет ли он спинку, может ли “переносить вес” и т.д. Ребенок берет игрушку и начинает играть с ней, в это время специалист обращает внимание на движения его кисти и пальчиков. У мамы можно спросить, любит ли малыш сидеть, в какие моменты мама его сажает – во время кормления, одевания, игры и т.д. Родители рассказывают о том, как развивается у малыша умение сидеть. Педагог предлагает им виды деятельности, которые позволяют развивать этот навык и дальше, рассказывает об играх, требующих умения сидеть, но малыш при этом будет занят другим, например, он может выбирать одну игрушку из двух по просьбе взрослого, подражать звукам взрослого (игра, направленная на развитие речи). Маме можно предложить самой поиграть с малышом. Во время консультации бывает, что ребенок хочет пить или его нужно переодеть: в этом случае мама может сделать это, используя рекомендации педагога (например, надеть на ребенка штанишки, посадив к себе на колени и побуждая сохранять равновесие, когда она приподнимает одну его ножку). Таким же образом исследуются и другие навыки ребенка и предлагаются способы стимуляции их развития.

Включение метода двигательного развития, разработанного П. Лаутеслагером, в структуру консультации, происходит следующим образом:

- игра плавно переходит в обследование и рекомендации;



– во время двигательной активности предлагаются игры и задания, направленные на другие области развития – речь, мелкую моторику и т.д.;

– мама включается в консультацию, с ней постоянно обсуждается происходящее, даются практические советы и рекомендации;

– задания по развитию навыков двигательного развития вводятся в игру и уход за ребенком. Родители могут попробовать это сделать прямо на консультации, а затем использовать полученные рекомендации в домашних условиях по составленной для них программе.

Как показывает практика, консультации, организованные так, как было описано выше, достаточно эффективны. Специалист использует различные методы диагностики и на их основе предлагает родителям практическую программу. Рекомендации педагога направлены на включение родителей в процесс воспитания и обучения малыша. Кроме того, консультирование позволяет оказать психолого-педагогическую поддержку большому количеству семей, что очень важно сейчас, когда реабилитационные центры, детские сады и другие организации в нашей стране не имеют достаточного опыта работы с детьми с синдромом Дауна.

## THE USE OF THE PETER LAUTESLAGER METHOD AT PROLONGED COUNSELING CHILDREN WITH DOWN'S SYNDROM

T.N. Nechaeva

In the paper the author has shown possibilities to use the Peter Lauterslager method on motor development of children with Down's syndrome at prolonged counseling the given category of children.

---



## СПЕЦИАЛЬНОСТЬ КАК ОБЪЕКТ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

**П.В.Лепин, Л.А.Барахтенова, В.В.Крашенинников, А.Д. Герасев,  
В.М.Кравцов, К.Б.Умбрашко, Е.В.Добровольская**

Предложен аналитический подход к описанию специальности как основного процесса модели системы менеджмента качества. Это позволяет выделить и проанализировать организационные (структура ↔ взаимосвязи) и функциональные характеристики (или индикаторы) процесса, а в дальнейшем провести сравнительные оценки отклонений как каждого индикатора, так и их совокупности от стандарта (ГОСТ, ИСО) в реальном времени.

*Ключевые слова и словосочетания:* специальность, модель системы менеджмента качества, структурные и функциональные характеристики, индикаторы.

На фоне интенсивного реформирования социально-экономической сферы в нашей стране понятие “качество высшего образования” приобретает все большую остроту и актуальность. Традиционно оно ассоциируется с понятиями “результат”, “процесс”, “система” и рассматривается в двух аспектах:

– сбалансированное соответствие высшего образования разнообразным требованиям потребителей (обучаемые, родители, работодатели, государство);

– качество подготовки специалистов с высшим образованием.

Как известно, Берлинское коммюнике, с момента подписания которого в сентябре 2003 г. Россия “вошла” в Болонский процесс, подчеркивает: “Качество высшего образования лежит в основе построения европейского пространства высшего образования”. Министры образования пришли к соглашению, что к 2005 г. в каж-

дой из сорока стран – участниц должны существовать национальные системы обеспечения качества, отвечающие требованиям европейских стандартов [1-4] (рис.1):

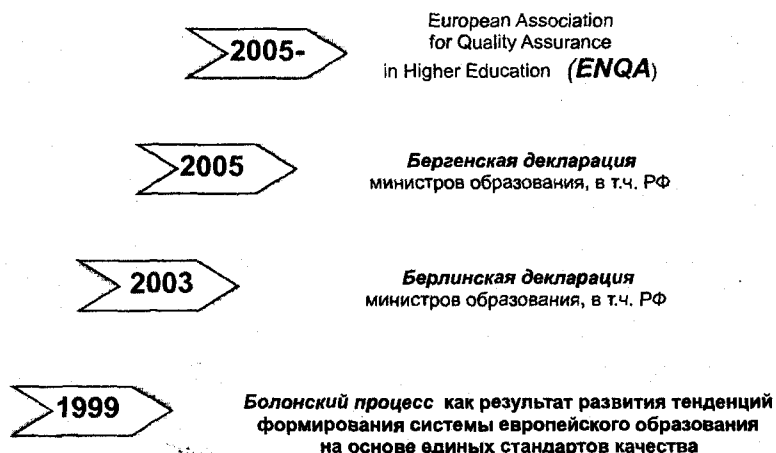


Рис.1. Динамика развития европейской системы обеспечения гарантий качества образования

Основные положения European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA):

- *Заинтересованность* студентов, сотрудников и общества в целом в высоком качестве высшего образования.
- *Ответственность* поставщиков высшего образования за гарантию его качества.
- *Защищенность интересов* общества, касающихся качества высшего образования.
- *Непрерывное улучшение и развитие* качества образования.
- *Эффективность организационных структур*, обеспечивающих качество образования.
- *Прозрачность и использование* внешней экспертизы процессов гарантий качества.
- *Необходимость соответствия* внешней оценки качества своим целям.

В Российской Федерации построение современной системы обеспечения качества высшего образования началось с принятия Закона “Об образовании” (от 10 июля 1992 г. №3266-1), а также

Закона «О высшем и послевузовском образовании» (от 29 августа 1996 г. №125-ФЗ), где были даны понятия лицензирования, аттестации и аккредитации вузов, заложены основы для разработки процедур, документально прописанных в Положении «О государственной аккредитации высшего учебного заведения» (утверждено Постановлением Правительства РФ от 2 декабря 1999 г. №1323) и Положении «О лицензировании образовательной деятельности» (утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2000 года № 796) (рис.2).

Как известно [5], к настоящему времени в России сложилась необходимая инфраструктура органов, вовлеченных в процесс государственной аккредитации вузов, определены сферы их ответственности:

- *Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки* (Рособрнадзор) – функция стратегического управления всей системой оценки качества образования в РФ.



Рис.2. Динамика развития российской системы обеспечения гарантий качества образования

- *Управление лицензирования, аттестации и аккредитации* – управленческие функции, обеспечение работы Аккредитационной коллегии и экспертных комиссий.

- *Экспертные комиссии* – внешняя оценка деятельности вузов на основе результатов самообследования.

- *Аккредитационная коллегия* – общественно- государствен- ный орган, рассматривающий материалы, представленные вузами к аккредитации.

- *Главный экспертный центр* – сопровождение работы экс- пертных комиссий по лицензированию и аттестации.

- *Центр государственной аккредитации* – информационно- методическое обеспечение процедуры государственной аккреди- тации вузов.

- *Информационно-методический центр по аттестации ву- зов и центр тестирования* – экспертиза соответствия учебных планов и качества подготовки студентов требованиям государ- ственных стандартов.

Основными этапами обеспечения гарантий качества образо- вания являются:

- *Лицензирование* – оценка гарантии образовательного уч- реждения (ОУ) на организацию и обеспечение ведения образова- тельной деятельности.

- *Аттестация* – оценка гарантии ОУ обеспечить достаточ- ный уровень качества реализации образовательных программ и их соответствия требованиям ГОС.

- *Аккредитация* – оценка гарантии ОУ обеспечить достаточ- ный уровень аккредитационных показателей, обеспечивающий подтверждение вида и типа ОУ – свидетельство о государственной аккредитации ВУЗа (с.33 “Закон об образовании”).

Гарантии качества в системе образовании обеспечиваются че- рез различные виды деятельности:

- *планирование* – формирование стратегии, политики и свя- занных с ними целей и требований к качеству образования;

- *управление* – решение оперативных задач по выполнению требований к качеству образования;

- *оценка* – формирование уверенности в том, что требова- ния к качеству образования будут выполнены;

- *улучшение* – повышение способности выполнить требова- ния к качеству образования.

Согласно последним требованиям Рособрнадзора РФ (Пр. № 1938 от 30 сентября 2005 г. Зарегистрировано в Минюсте РФ 19.10.2005 г. рег. № 7092) при проведении аттестационной экспертизы вуза обязательно определяется уровень развития системы качества образовательного учреждения и оценка ее эффективности. Основные принципы, на которых строится система менеджмента качества (СМК) вуза, совпадают с основными принципами менеджмента серии ГОСТ Р ИСО 9000-2000 [6-8], а также имеющимися рекомендациями [9-11] и заключаются в следующем:

- *Ориентация на потребителя* – вузы зависят от своих потребителей (обучающиеся, родители, работодатели, общество, государство). Это определяет необходимость учета их требований и ожиданий, а также организацию и проведение мониторинга удовлетворенности.

- *Ответственность (лидерство) руководства* – обеспечение единства цели и направлений деятельности вуза, создание внутренней творческой среды, где сотрудники в полной мере могут реализовать свой творческий потенциал, будучи вовлеченными в достижение целей и решение задач ОУ в области качества образования (обмен опытом, информацией, анализ и др.).

- *Вовлечение всех сотрудников* – опора на профессиональные и технологические компетенции сотрудников, их мотивацию по вовлечению в улучшение деятельности и рациональному использованию имеющихся ресурсов.

- *Процессно-ориентированный подход* – управление всеми видами деятельности как процессом. Это влечет за собой менеджмент всего комплекса ресурсов (обеспечение, кадры, инфраструктура, среда), выделение и описание основных процессов. В последнем случае необходимы регламентация ответственности, инвентаризация, документирование процессов.

- *Системный подход к менеджменту* – выявление, понимание и управление взаимосвязанными процессами (жизненный цикл продукции) как системой, выделение организационного, пространственно-временного и функционального элементов структуры системы.

- *Постоянный мониторинг* (измерение ↔ анализ ↔ улучшение) является ключевым фактором регуляции СМК с целью раз-

работки корректирующих мероприятий по управлению несоответствиями, постоянного улучшения и принятия управленческих решений на основе анализа получаемых результатов.

В обобщенном виде СМК можно представить в виде модели (рис.3), где четко обозначены основные элементы, которые согласно стандартам серии ГОСТ Р ИСО ассоциируются с понятием “процесс”. К каждому процессу составляется соответствующая карта описания, где представлены виды и уровни требований (табл.1).

В настоящее время в НГПУ интенсивно реализуются следующие виды работ по созданию СМК и развитию отдельных ее элементов:

1. *Формирование организационной структуры СМК (“вертикаль”)*:

- создан Координационный совет по аккредитации при Ректоре;
- назначен проректор по аккредитации, отвечающий за обеспечение гарантий качества подготовки специалистов;
- назначены заместители руководителей – менеджеры по качеству.



Рис.3. Модель СМК

Карта типичного процесса в СМК

Требования	
Вид	Уровни
Требования к владельцу (руководителю процесса)	Полномочия Ответственность Профессиональная компетентность
Границы процесса	Организационная структура Функциональная структура Пространственно-временная структура Информационная структура
Регламентирующие документы	Законодательная и нормативная база Локальная нормативная база (внутренние стандарты) Должностные инструкции Методическая база Система актуализации документов
Выходы из процесса (выпускник)	Определение границ пользователей Требования к продукции Спецификация требований Регламентация и закрепление ответственности на этапах выхода Система контроля качества на выходе
Входы в процесс (абитуриент)	Определение границ пользователей Требования к поставщикам продукции Спецификация требований Регламентация и закрепление ответственности на этапах входа Система контроля качества на входе
Ресурсы	Типология и регламентация ресурсов Спецификация требований к каждому типу ресурсов Закрепление ответственности



Основные показатели	Типология, регламентация и постоянное использование на практике Типология и регламентация услуг процесса Типология и регламентация показателей процесса Система сбора, анализа и использования данных удовлетворенности потребителей процесса
---------------------	--

2. *Формирование пространственной структуры СМК* (“горизонталь”):

- многоуровневое обучение персонала, в том числе: всеобуч для всех, тестологи, менеджеры по качеству, внутренние аудиторы.

3. *Формирование функциональной структуры СМК* (“деятельность”):

- разработка доктрины качества;
- методическое сопровождение – “библиотека качества”;
- обучающие семинары по разработке компьютерных тестов;
- система измерения показателей основных процессов;
- нормативная база (стандарты качества на рабочее место, в т.ч. рабочее место преподавателя, учебные ресурсы (УМК) и др.).

4. *Формирование фонда качества и развитие материальной базы:*

- сеть специализированных компьютерных классов для тестирования и автоматизированного анализа потоков информации;
- внутреннее образовательное пространство (Интранет);
- система автоматизированного управления (электронный документооборот);
- система материального поощрения персонала.

5. *Информационная поддержка:*

- на страницах журнала “Вестник педагогических инноваций” организована специальная рубрика “Модели и технологии менеджмента качества образования”;
- открытое обсуждение на форумах:

- II Международная научно-практическая конференция “Пути к совершенству через менеджмент качества” (Москва, 2006);

- рабочее совещание проректоров вузов Сибирского федерального округа “Типовая модель качества и проблемы формирования единого образовательного пространства педагогических вузов Сибири” (2006 г.).

Согласно требованиям стандартов серии ГОСТ Р ИСО в СМК объектами изучения и оценки выступают те или иные процессы деятельности вуза, когда собственно процесс рассматривается как совокупность видов деятельности. Это дает основание выделить основные процессы деятельности и считать их основными объектами СМК. Логика функционирования вуза убеждает в том, что основным процессом в нем является реализация гарантий качества подготовки по специальности. Из этого следует, что специальность выступает как важнейший объект СМК.

Основные характеристики объекта СМК (в данном случае специальности) – те характеристики ресурсов, условий и содержания (хода реализации) процессов, на основании которых оцениваются и этапы, и гарантии обеспечения качества подготовки специалистов (о чем было сказано выше).

Нами предложен метод построения модели СМК на основе комплексного анализа специальности (*аналитический подход*). В основу метода положено определение ключевых характеристик объекта, которые являются индикаторами качества; каждый индикатор имеет количественное выражение (% , балл). Такой подход позволяет выделить и проанализировать организационные (структура и взаимосвязи), пространственно-временные и функциональные (с учетом критерия минимизации) элементы, что дает основание провести сравнительные оценки отклонений как каждого индикатора, так и их совокупности от стандарта в реальном времени на основе корректных статистических методов (рис.4).

Описание каждого индикатора согласуется с требованиями описания процесса по стандартам серии ГОСТ Р ИСО и логикой модульно-рейтинговой оценки; верхнее значение определено стан-

дартом. Ниже приведены некоторые типичные примеры описания индикаторов специальности (табл.2).

В заключение следует отметить, что представленная в статье модель и технология ее реализации отражают единые подходы при комплексной оценке деятельности вуза, а потому при определенной доработке и апробации могут использоваться в процедуре как оценки, так и сертификации СМК, что особенно значимо для гуманитарного образования. Спецификой гуманитарного образования является сложность определения критериев качества в части конкретности, измеряемости, стандартизации. Это обусловлено предметом исследования гуманитарного знания, множеством вариантов описания одного и того же явления. В этой связи необходима выработка особых моделей менеджмента качества гуманитарного образования с учетом вышеназванных подходов и методов, а также более глубокий содержательный анализ конкретных дисциплин в соотношении с системой измерителей.



Рис.4. Специальность как объект СМК

## Карта описания индикаторов специальности

Индикатор	Параметры
Условие подготовки	ППС НИР Другое
Организация подготовки	Учебно-лабораторная база Технологии Инновации НИРС Практика Другое
Структура подготовки	Лицензированные/ аттестованные специальности Прием/выпуск Форма обучения/уровни/ДПО Формы финансирования (бюджет/внебюджет) Специальность/специализации Другое
Содержание подготовки	УМК Образовательная программа Рабочая программа УМК Другое
Анализ рынка (абитуриент)	Базовые знания Грамотность Аддикции Технологическая компетентность Коммуникативная компетентность Другое
Управление подготовкой	Нормативная база подразделения Эффективность системы управления в подразделении Другое
Нормативная база	Организационно-правовое обеспечение образовательной деятельности Лицензии Свидетельства об аккредитации

Ориентация на потребителя (выпускник)	Базовые знания Аддикции Технологическая компетентность Коммуникативная компетентность Востребованность выпускников Удовлетворенность работодателя Другое
---------------------------------------	--

### Библиографический список

1. Зона европейского высшего образования. Совместное заявление европейских министров образования. Город Болонья. 19 июня 1999 г.
2. Берлинская декларация министров стран участниц Болонского процесса. 19 сентября 2003 г.
3. European Association for Quality Assurance in Higher Education (ENQA): Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area.
4. Бергенская декларация министров стран – участниц Болонского процесса. 20 мая 2005 г.
5. **Геворкян, Е.Н.** Болонский процесс и сотрудничество в области обеспечения качества образования: опыт Российской Федерации / Е.Н. Геворкян, Г.Н. Мотова // Вопросы образования. – 2004. – № 4. – С. 150-165.
6. ГОСТ Р ИСО 9000-2001. Системы менеджмента качества: Основные положения и словарь. – М.: Изд-во стандартов, 2001.
7. ГОСТ Р ИСО 9000-2001. Системы менеджмента качества: Требования. – М.: Изд-во стандартов, 2001.
8. ГОСТ Р ИСО 9000-2001. Системы менеджмента качества: Рекомендации по улучшению деятельности. – М.: Изд-во стандартов, 2001.
9. **Пузанков, Д.В.** Совершенствование деятельности образовательных учреждений с позиций менеджмента качества / Д.В. Пузанков, С.А. Степанов // Вопросы образования. – 2004. – № 4. – С. 42-65.
10. **Нуждин, В.Н.** Информационные технологии и качество образования (региональные аспекты) // Высшая школа. – 1997. – №1.
11. **Аниськина, Н.Н.** Справочник разработчика системы менеджмента качества: Учебно-методическое пособие / Н.Н. Аниськина, Е.А. Белкова, Ю.В. Васильков, Л.Е. Ковалева. – Ярославль: Изд-во ГОУ ДПО ЯрПИК, 2005. – 56с.
12. **Лепин, П.В.** Краткий аналитический обзор методических материалов по проблемам качества обучения специалистов: Модели, инструментарий оценки / П.В. Лепин, Л.А. Барахтенова. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2006. – 45с.
13. **Соловьев, В.П.** Мониторинг удовлетворенности преподавателей и сотрудников деятельностью вуза: Аналитический отчет по опросам

преподавателей и сотрудников МИСиС. / В.П. Соловьев, А.И. Кочетов, О.В. Богданова, А.А. Рощина. – М.: Изд-во “Учеба”, 2005. – 59с.

14. Пузанков, Д.В. Типовая модель системы качества образовательного учреждения / Д.В. Пузанков, С.А. Степанов, В.В. Азарьева, В.С. Соболев, И.В. Степанов, В.В. Яценко // Модели инновационных вузов. М., 2005,— 145 с.

## **SPECIALITY AS A QUALITY MANAGEMENT OBJECT OF HIGHER EDUCATION, ANALYTICAL APPROACH**

**P.V. Lepin, L.A. Barakhtenova, V.V. Krasheninnikov, A.D. Gerasiov, V.M. Kravtsov, K.B. Umbrashko, E.V. Dobrovolskaya**

An analytical approach to the description of a speciality is proposed as the basic process of the quality management system model. This allows to distinguish and analyse organisational (structure ↔ interconnections) and functional characteristics (or indicators) of a process and further to carry out comparative estimations of deviations both for each indicator and for their totality from a standard (GOST, ISO 9000-2000) in real time.

*Key words:* speciality; quality management system model; structural and functional characteristics; indicators.

---

## **МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА В УПРАВЛЕНИИ НЕПРЕРЫВНЫМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ**

**В.К. Жуков**

Обоснована необходимость создания системы менеджмента качества в вузах. Предложена многоуровневая схема показателей качества образованности личности. Выделены основные этапы создания рабочей документации, которая охватывает и регламентирует прежде всего учебную деятельность вуза.

*Ключевые слова:* система менеджмента качества, непрерывное и профессиональное образование, система показателей, этапы создания.

В моделях качества высшего профессионального образования выделяют, как правило, три составляющие: *качество содержания*

*образования* – кадрового и учебно-методического обеспечения, *качество решения заданий и задач; качество методов обучения и воспитания* – мотивации познавательной деятельности, контроля за осуществлением и результатом учебной деятельности; *качество образованности личности* – усвоения знаний, *качество умений и навыков*, *качество усвоения правовых и нравственно-этических норм*) [1 – 3].

В соответствии с выделенными элементами можно предложить многоуровневую схему критериев качества образованности личности:

- оценка знаний учебных курсов;
- уровень системной компетентности (умения корректировать и улучшать системы, осуществлять мониторинг и коррекцию деятельности, понимать взаимосвязи социальных, органических и технических систем);
- уровень компетенции в распределении ресурсов (умения распределять время, деньги и материалы, пространство, кадры);
- уровень технологической компетенции (умения выбирать оборудование и инструменты, осуществлять технический уход и диагностику, применять технологии для выполнения конкретных задач);
- уровень компетентности в работе с информацией (умения приобретать и оценивать знания, работать на ПК, интерпретировать и передавать информацию и использовать сложные компьютерные системы);
- оценка базовых навыков (умение писать, читать, говорить, слушать);
- оценка качества личности (личная ответственность, самоуправление, коммуникабельность, самоуважение и др.);
- оценка мыслительных навыков (умение творчески мыслить, принимать решения, прогнозировать, учиться);
- оценка навыков межличностного общения (умение работать в группах, обучать других, вести переговоры, лидировать и быть ведомым).

В работе [1] используют для каждого элемента качества два количественных измерения – оценка в диапазоне от 0 до 5 и пока-

затель класса (рейтинг). Очевидно, что в пределах одной учебной дисциплины не представляется возможным охватить весь диапазон качества. Каждая учебная дисциплина, модуль, лабораторная работа или деловая игра могут быть ориентированы на достижение только части показателей качества. Поэтому разработчик соответствующего учебного модуля должен планировать не только те показатели качества, которые могут быть достигнуты студентом при работе с этим модулем, но и способы их вычисления (определения).

Круг вопросов, касающихся этой проблематики, и явился предметом первоочередных разработок. В их числе – создание и внедрение принципов непрерывности и многоуровневости обучения, претворение в жизнь акмеологического подхода в становлении и развитии личности. Сюда же относится модернизация практики оценки знаний студентов и их всесторонней личностной диагностики, прогнозирование профессионализма и оптимизация планирования. Определённый удельный вес занимают разработки по созданию программной системы модульного профессионального образования [2 – 5].

Одним из направлений, обеспечивающих такое управление, является непрерывность обучения. Рассматриваются две модели: "школа – вуз" и "школа – образовательное учреждение начального или среднего профессионального образования – вуз". Каждая из этих моделей предполагает диагностику профориентационных устремлений учащихся на базе преподавания курсов "Основы выбора профессии" и "Основы экономических знаний".

Другим способом, обеспечивающим управление качеством обучения, является многоуровневость образования, реализуемая в соответствии с допустимой учебной нагрузкой.

Методологической базой системы управления качеством обучения является акмеологический подход к образовательной деятельности – формирование целостной профессионально-ориентированной личности. Наряду с обеспечением образовательной успешности большое значение имеют такие составляющие, как мотивация к успеху, социальные, креативные и валеологические особенности. Важная роль отводится диагностике обучаемости и обученности, изучению психологических и социально- нравственных качеств личности учащихся и студентов, их профессиональных интересов.



В перечне работ по управлению качеством образовательной деятельности значительное место занимают акмеологическое прогнозирование и планирование. Прогнозирование профессионализма на этапе образования основывается на результатах многофакторной и многократной диагностики студентов; оно осуществляется по специально созданной методике.

Традиционные формы государственного контроля образовательных организаций становятся неприемлемыми в условиях переосмысления образовательной практики, особенно на фоне дистанционного обучения. Новая система контроля должна быть основана на обеспечении качества подготовки специалистов как основного показателя эффективности деятельности образовательной организации, что учитывается при процедуре образовательной организации общественно-государственной аккредитации.

Обеспечение качества образовательных услуг требует создания тщательно продуманной и надежно функционирующей «совокупности организационной структуры, ответственности, процедур процессов и ресурсов», получившей в международной практике название системы менеджмента качества (СМК) [2–4].

В соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9000-2000 СМК позволяет выделить такой элемент, как «товар». В условиях рыночной экономики образовательные услуги все более приобретают черты товара, с чем связаны проблемы доверия между производителем услуг (вузом, факультетом, кафедрой) и непосредственным потребителем (студентом, абитуриентом, работодателем и государством).

Потенциальному потребителю должны быть представлены убедительные доказательства того, что:

- 1) его потребности и ожидания в достаточной степени учтены;
- 2) предоставляемые услуги декларированы в части содержания с достаточной степенью легализации,
- 3) есть необходимая уверенность в том, что декларированный уровень подготовки выпускника надежно обеспечивается применяемой образовательной технологией.

Эти доказательства предоставляются в виде нормативных документов образовательного процесса (либо извлечений из таких

документов), которые обязательны для субъектов и объектов образовательного процесса (исполнителей услуг) и за работу которых вуз несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством (в том числе в случае недобросовестной рекламы). Естественно, что для соблюдения требуемой степени доказательности это должны быть не разрозненные сведения, а представленный в удобной форме и логично структурированный комплекс документов о содержании, объеме, структуре и организационных формах обучения, т.е. система нормативно-дидактического обеспечения учебного процесса.

Создание такой системы – долгое и достаточно сложное дело, требующее усилий и ломки стереотипов мышления. Однако иного пути, кроме как поэтапное создание и внедрение системы менеджмента качества образования, у нас, по-видимому, нет. Приведем пример из достаточно близкой к нам деятельности органов по сертификации однородной продукции (нетрудно усмотреть аналогию в выдаче сертификата соответствия на продукцию и выдаче диплома государственного образца о высшем образовании): орган по сертификации не может стать аккредитованным органом, если в актуализированном комплекте его документов отсутствует “Руководство по качеству”, в том числе такая позиция, как политика в области качества.

Создание и поддержание в работоспособном состоянии системы качества образования в вузе, несомненно, является одним из наиболее существенных аргументов в конкурентной борьбе за место на рынке образовательных услуг, особенно в том случае, когда речь идет о проектах, связанных с международной аккредитацией (в частности, над реализацией такого проекта работают Томский государственный университет систем управления и радиоэлектроники и Томский межвузовский центр дистанционного образования). В то же время не следует отторгать систему качества как что-то непонятное и чужеродное: отдельные элементы ее уже в той или иной степени разработаны и отчасти функционируют во многих вузах. При должной степени внимания и заинтересованности со стороны руководства вуза в течение 1,5-3 лет могут быть разработаны и внедрены недостающие элементы, обеспечивающие эффективное системное решение проблемы качества образования.

Содержательные и структурные изменения системы высшего профессионального образования потребовали и изменения функций управления, в частности, функции контроля за эффективностью деятельности систем (Приказ Минобразования РФ от 9.11.2000 г., № 3222). Законодательная основа реформирования образовательной системы легитимизировала и новые формы взаимоотношений образовательных организаций, государства и общества в виде последовательных процедур регламентации деятельности учреждений образования. В связи с этим не вызывает сомнений актуальность создания системы качества как в высших учебных заведениях, так и в образовательных учреждениях других уровней и форм.

На начальном этапе работы требуется выработка общих положений, определяющих требуемую номенклатуру нормативных документов образовательного процесса. Нельзя не отметить, что многие элементы нормативно-дидактического обеспечения существуют и периодически обновляются в каждом вузе. Однако эта работа проводится не всегда системно, что резко снижает ее эффективность. Вся совокупность необходимых нормативных документов учебного процесса, копившаяся не один год и постоянно изменяющаяся, должна быть актуализирована. Последнее означает, что действующая нормативная документация должна быть рационально структурирована и представлена в виде, удобном для обязательного использования.

Актуализация нормативно-дидактической базы предполагает также обучение пользователей исполнению и применению соответствующих документов. Системообразующим фактором может и должен стать комплекс нормативно-дидактических и организационно-методических документов – система образовательных стандартов (СОС) вуза. Разработка комплекса стандартов СОС и методическое руководство нормативно-дидактической деятельностью обеспечивающих кафедр требует наличия подготовленных специалистов (системных методистов), которые могут входить в координационный совет (КС), комиссию или группу образовательной стандартизации при руководителе вуза. Это должен быть работающий орган, способный создавать руководящие документы,

необходимые и удобные в практической работе кафедр и каждого педагога в отдельности. Прежде всего (этап 1) должны быть разработаны и введены в действие общеузовские документы, устанавливающие взаимосвязанные общие требования к содержанию и технологиям образования, а также общие правила разработки, оформления и комплектности рабочей нормативно-дидактической документации (РД) – учебных планов (УП), рабочих программ учебных дисциплин (РП), методических указаний (МУ), контрольных материалов (КМ) и др. Особо необходимо подчеркнуть, что техническое (полиграфическое) исполнение всех документов должно обеспечивать удобство их применения (использования) как научно-педагогическими работниками, так и студентами.

Далее (этап 2) следует разработка на каждой кафедре вуза рабочих учебных планов, программ, методических и контрольных материалов по конкретным специальностям, направлениям, учебным дисциплинам. Эта работа должна проводиться на основе общих положений, принятых (утвержденных) ранее (этап 1).

Этап 3 – выработка политики в области качества образования. Должен быть разработан основополагающий документ, руководство по качеству “Система качества образования в вузе (центре). Общие положения”.

Этап 4 – разработка и внедрение (эти процессы тесно взаимосвязаны) конкретных процедур и, соответственно, нормативных документов по контролю и обеспечению качества на каждом этапе образовательного процесса учебного заведения.

В обеспечении качества образования решающее значение имеет лидерство руководителя вуза или его подразделения. Система качества и является тем инструментом, который обеспечивает осуществление общего руководства качеством для достижения целей, сформулированных в виде политики в области качества.

Приобретенный нами опыт и проведенный анализ позволяют рекомендовать к практическому применению следующие *критерии качества образовательного процесса*, опирающиеся на образовательные стандарты и принципы современного менеджмента в сфере услуг:

– наличие утвержденных в установленном порядке учебных планов, графиков учебного процесса, рабочих программ по дис-

x

циплинам. Наличие этих документов предписывается основополагающим Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования, утвержденным Постановлением Правительства РФ;

- соответствие содержания учебных планов и рабочих программ требованиям ГОСов, программ качества и стандартов вуза;

- соответствие расписания занятий организационным требованиям учебной дисциплины;

- соответствие элементов учебного процесса (лекций, комплексных лабораторных практикумов, семинаров, контрольных, лабораторных занятий и т.п.) утвержденным планам и программам;

- комплектность и достаточность методического обеспечения по дисциплинам (учебные, учебно-методические пособия, методические указания, конспекты лекций, руководства по выполнению лабораторных работ и др.);

- организация текущего контроля. Должны контролировать как качество знаний (уровень обученности) студентов, так и их удовлетворенность качеством организации и проведения образовательного процесса. Для оценки удовлетворенности наших клиентов (студентов) явно требуется создание в вузе специализированной социологической службы, компетентной и независимой от подразделений, организующих и осуществляющих учебный процесс;

- оперативность выработки и реализации корректирующих воздействий, включая профилактические меры (например, по внесению необходимых изменений в учебно-методическое и программное обеспечение всех или отдельных дисциплин специальности на основании результатов частичной проверки по одной или нескольким дисциплинам).

Критериально-оценочный перечень является ориентировочным, однако по большинству из перечисленных критериев могут быть даны количественные оценки, позволяющие сравнивать текущие показатели с основными значениями для обоснованной выработки оперативных управленческих решений.

### **Библиографический список**

1. **Нуждин, В.Н.** Тотальное управление качеством образования и новые информационные технологии. Проблемы информатизации Вы-

сшей школы / В.Н. Нуждин, С.Д. Коровкин, Г.Г. Кадамцева // Бюлл. Госкомвуз России. – 1998. – № 1–2 (11–12). – С. 135–150.

2. **Борисова, Н.В.** Конкурентоспособность будущего специалиста как показатель качества и гуманистической направленности вузовской подготовки / Н.В. Борисова. – Набережные Челны, 1996. – 158 с.

3. Менеджмент систем качества: Уч. пособие / Круглов М.Г. и др. – М.: ИПК “Издательство стандартов”, 1997.

4. **Матрос, Д.Ш.** Управление качеством образования на основе новых информационных технологий и образовательного мониторинга / Д.Ш. Матрос, Д.М. Полев, Н.Н. Мельникова // Школьные технологии. – 1999. – № 3. – С. 3–19.

5. **Жуков, В.К.** Управление качеством подготовки специалистов с использованием дистанционных технологий / В.К. Жуков // Материалы отчетной конференции Томского межвузовского центра дистанционного образования. – Томск, 2004. – С. 23–47.

## QUALITY MANAGEMENT IN ADMINISTRATION OF CONTINUOUS PROFESSIONAL EDUCATION

V.K. Zhukov

The necessity of the quality management system creation in institutes of higher education is validated. A multilevel scheme of person education quality indicators is proposed. The main development stages of the working documentation, which covers and regulates the educational activity of an institute of higher education first of all, are distinguished.

*Key words:* quality management system; continuous and professional education; system of indicators; creation stages.

---



## ПРОВЕРКА ЗНАНИЙ – ВАЖНЕЙШИЙ ЭЛЕМЕНТ РЫНКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

Н.А. Ряписов

В статье рассмотрены экономические аспекты развития современной системы образования. Особое внимание уделено анализу взаимоотношений основных участников рынка образовательных услуг (системы образования, семьи, государства и бизнеса), а также требованиям бизнеса к уровню образования. Проверка знаний представлена как обособленный вид хозяйственной деятельности, экономический механизм повышения эффективности и качества функционирования и развития системы образования в России и за рубежом.

*Ключевые слова и словосочетания:* рынок образовательных услуг; асимметричность информации; проверка знаний; качество и эффективность образования.

В современной экономической теории и практике принято выделять четырех участников рынка образовательных услуг: систему образования, семью, государство и бизнес. В рамках теории асимметричной информации рассмотрим взаимодействие системы образования с остальными участниками рынка, уделив особое внимание требованиям (сигналам), формируемым сферой бизнеса.

В настоящее время роль семьи как полноценного участника рынка образовательных услуг возрастает с каждым днем. Действительно, в семьях, где взрослые последовательно ориентируют детей на жизненные успехи, уже при выборе школы родители оценивают свои возможности в «софинансировании» обучения ребенка. Фактически речь идет об инвестировании в человеческий капитал и, как правило, чем больше средств инвестировано, тем более высока вероятность получения ребенком качественного образования.

Процесс «софинансирования» обычно длится в течение всего периода обучения, начиная с поступления в начальную школу и заканчивая получением диплома о высшем образовании. Апогей своего развития он может достигать именно в периоды проверки знаний ученика средней школы или студента. Как правило, именно в такие моменты родители вынуждены оплачивать подготовительные курсы, квалифицированных репетиторов. Софинансирование предполагает и учет расходов, связанных с индустрией обучающих компьютерных программ, печатных изданий, Интернета. Это так называемая «белая» и «серая» статьи родительских расходов. По оценкам экспертов, теневой оборот внебюджетных средств в российских вузах в общей сложности составляет в среднем более 20 млрд руб. в год [1, с.162].

Таким образом, во взаимодействии семьи и системы образования как субъектов рынка в большей мере развивается однонаправленное воздействие: система образования заставляет семью инвестировать. При этом основной интерес для родителей должен представлять именно «сигнал» о качестве получаемого образования.

Инвесторы, как известно, заинтересованы в обоснованности своих инвестиций и их защите. Поэтому сегодня все большее число «сознательных» семей ожидают повышения объективности оценок, формируемых системой проверки знаний. Это вполне объяснимо: вовремя получив «сигнал» о недостаточной подготовке своего ребенка по каким-либо направлениям, семья получает возможность анализировать причины этого и попытаться своевременно их устранить, тем самым «защитив» свои инвестиции. Однако не секрет, что большое количество семей все еще не уделяют вопросам проверки качества образования должного внимания. Такие родители в основном придерживаются бихевиористской точки зрения на обучение и заинтересованы в образовательном процессе своего ребенка в большей мере с формальной стороны, т.е. в получении соответствующих дипломов. В полезность приобретаемых знаний и навыков в ходе обучения им верится с трудом.

Возможно, в каждом конкретном случае у этой позиции есть свое логическое объяснение, но в целом становится очевидным другое. Согласно теории асимметричной информации Дж. Акер-



лофа, зная или даже только имея подозрения о низком уровне и качестве получаемого ребенком образования и ориентируя его в процессе обучения лишь на преодоление очередного этапа как некой формальности, родители тем самым объективно способствуют процессу общего ухудшения качества образования.

Необходимо отметить, что в данной ситуации так называемые “сознательные” семьи, т.е. те, кому небезразлично качество получаемого ребенком образования, не имеют инструмента прямого влияния на образовательную систему, поскольку до сих пор нет конструктивных форм реализации этого влияния. На сегодняшний день неким подобием такой формы в нашей стране являются возрожденные попечительские советы. Такие советы успешно функционируют во многих зарубежных странах. В свое время они были эффективным институтом воздействия на систему образования в дореволюционной России. В современной России попечительские советы или родительские комитеты как самостоятельный социальный институт пока развиваются очень медленно, почти незаметно. Причиной тому служат и разрушенные традиции гражданского общества, и практическое отсутствие негосударственного финансового стимулирования образования.

На данный момент позволить себе создание попечительского совета может ограниченное число учебных заведений, в основном частных. Они находятся главным образом в Москве и Санкт-Петербурге, где в образовательный процесс вкладываются действительно большие средства. Контроль целевого расходования этих средств просто необходим. Безусловно, такие попечительские советы могут влиять на ход образовательного процесса, формировать свои требования и к качеству образовательных услуг, и к системе проверки знаний. Но о тенденции повсеместного внедрения подобных форм в рамках всероссийского масштаба пока говорить не приходится.

“Сигнал” к началу реформирования системы образования в целом и системы проверки знаний, в частности, был подан самим государством. Он базировался на статистических данных, свидетельствовавших об общей тенденции ухудшения состояния дел в этой области. Роль самой системы образования в формировании

каких-либо сигналов государству на сегодняшний день невелика. Причина в том, что она очень инерционна и, скорее, способна лишь как-то комментировать те или иные инициативы государства, нежели формировать и предлагать собственные. Это объясняется тем, что на высшем уровне системы, т.е. в ректоратах университетов, дирекциях школ и т.д., в последние годы в большей степени озабочены проблемами “выживания” данного учебного заведения, а вопросами общего развития рынка образовательных услуг здесь практически не занимаются. Поэтому введение единого государственного экзамена (ЕГЭ) вполне можно расценивать как инициативную “разработку” правительства.

В целом все реформы, предлагаемые или проводимые в последние годы, так или иначе можно интерпретировать как сигналы об осознании государством остроты проблем образовательной системы и системы проверки знаний в особенности. К примеру, планирование передачи права аттестации и аккредитации образовательных программ общественно-профессиональным объединениям, в состав которых войдут представители профессиональных ассоциаций, образовательного сообщества и объединений работодателей, можно расценивать как попытку повысить уровень доверия к “сигналу рынка”, заявляющему о собственной потребности в новой модели образования. Очевидно, что этот сигнал услышан государством как одним из участников рынка образовательных услуг. Об этом отчетливо свидетельствуют документы о реформе образования [2].

Предлагаемый государством вариант создания национальных университетов также выступает неким сигналом для системы образования, семьи и бизнеса. Подразумевается, что университеты, наделенные статусом “национальных”, будут иметь более развитую систему проверки знаний по сравнению с остальными. Это по замыслу должно отразиться на росте привлекательности дипломов данных учебных заведений и для работодателей, и для семей как потенциальных инвесторов.

Сегодня бизнес повсеместно заявляет о нехватке высококвалифицированных кадров и переизбытке специалистов невостребованных специальностей, а также о появлении на рынке еще большего количества неквалифицированного персонала. Система

образования реагирует на эти сигналы, как правило, в одном направлении: в университетах открываются новые, востребованные на данный момент специальности. Однако проверке полученных знаний по этим специальностям необходимого внимания не уделяется. Она по-прежнему институционально встроена в саму систему образования.

Данное сочетание сводит эффект “сигнала рынка” к минимуму: работодатели с большим недоверием относятся к подобным дипломам. Современный российский работодатель ждет от системы образования специалистов, умеющих применять свои знания на практике, обладающих рядом личностных качеств и навыков, способствующих высокой адаптации к быстроменяющимся условиям среды. Система образования не всегда справляется с этой задачей. Она порой и не осознает эти новые вызовы времени, которые ей предъявляются.

В результате возникновения ситуации асимметричной информации бизнесу приходится самому проявлять инициативу в подготовке и аттестации будущих кадров. Наиболее продвинутые компании организуют внутренние корпоративные университеты, семинары, тренинг-программы и проч. Некоторые компании, например “Билайн”, используют коучинг как способ взаимодействия со своим персоналом, средство для его мотивации и развития. В результате диплом о сдаче какого-нибудь внутреннего экзамена в крупной компании может заинтересовать нового работодателя больше, чем диплом о высшем образовании. Происходит это в том числе и по той причине, что система проверки знаний в крупном бизнесе действительно может заслуживать доверия: зачем компании обманывать саму себя?

Таким образом, так же, как и в ситуации с государством, сигнал об общей тенденции ухудшения состояния дел в образовании был, скорее, обусловлен статистическими выводами самого бизнеса. Сегодня, убедившись в низкой активности системы образования в процессе интеграции в бизнес, крупный бизнес решил интегрироваться в систему образования в форме не только замещающих действий, но и прямого сотрудничества с самой системой образования. Уже известно достаточное количество примеров, когда рос-

сийские компании заключали договоры с ведущими университетами на постоянное финансирование отдельных специальностей и даже факультетов в целом. В этом случае контроль за подготовкой необходимых кадров осуществляется в том числе и самим бизнесом как полноправным участником рынка образовательных услуг: отслеживается успеваемость, редактируется программа обучения, устанавливаются требования к системе проверки знаний, а непосредственно обучением занимается университет.

Такие формы сотрудничества представляются достаточно эффективными в плане подготовки “проверенных” и уже зарекомендовавших себя кадров при прохождении обязательных в таких случаях корпоративных практик. Кроме того, такие формы выглядят менее затратными, чем создание тех же внутрикорпоративных университетов. Хотя следует отметить, что и те, и другие не взаимоисключают друг друга, а в идеале даже успешно сосуществуют. Однако подобные “образовательные инкубаторы” в России в основном хорошо развиваются только в высших учебных заведениях Москвы, где “элитные” компании хоть в чем-то доверяют “элитным” университетам. На региональном уровне подобные формы сотрудничества пока еще не получили развития.

Необходимо отметить, что слабая реакция системы образования на сигнал рынка со стороны бизнеса о “нецеленаправленности” подготовки специалистов все же есть. Некоторые ведущие вузы страны, к примеру ГУ “Высшая школа экономики”, сами проявляют инициативу и создают на основе университета современные центры обучения, ориентируясь именно на требования бизнеса. Центр корпоративного предпринимательства ВШЭ родился именно как такой модуль, в котором отрабатывается новая модель обучения и подготовки управленцев нового типа. Такая модель работает с 2000 г. и ее специфика заключается в следующем. В обучении, кроме профессиональных преподавателей, участвуют успешные предприниматели, имеющие опыт эффективного управления. Они ведут свои мастер-классы, где на примере кейсов формируются навыки успешного управления. Молодой специалист уже к моменту получения диплома готов к управленческой практической деятельности по новым предпринимательским схемам, поскольку

предприниматели предоставляют места для стажировок и необходимые информационные ресурсы.

Сами предприниматели и другие специалисты осуществляют экспертизу проектов и разработок, которые делают студенты, будущие управленцы-предприниматели. Программа обучения построена по системе модулей, в которых есть собственно предпринимательский блок специализации, проектно-управленческий, методологический и гуманитарный.

Таким образом, ключевым элементом такой модели подготовки современных специалистов является создание системы практического обучения “из рук в руки” – система передачи мастерства, в которой для студентов “сигналом”, стимулом к качественному самообучению является знание, а также уверенность в получении будущих рабочих мест. Необходимо отметить, что главную роль в системе проверки знаний в этой модели отводится бизнесу, формирующему стандарты в соответствии со своими реальными потребностями. В этом плане у представителей бизнеса не возникает сомнений в адекватности диплома об образовании полученным знаниям. Проблема асимметричности информации здесь снимается репутацией учебного заведения и сложившимися стандартами учебного модуля.

В результате данная модель очень схожа с моделью “инкубатора”, создаваемого бизнесом, но все же отличается тем, что инициативу в организации подобных центров берет на себя университет.

Еще одной, достаточно распространенной реакцией системы образования на запросы заказчиков стало регулярное проведение так называемых “Дней карьеры”, где студенты имеют возможность ознакомиться с требованиями заинтересованных в их трудоустройстве компаний и получить первоначальный опыт. На сегодняшний день, если студент был занят на регулярной работе во время учебы в вузе, он получает заметные преимущества по сравнению с неработающим выпускником. Это служит также некоторым “сигналом рынка”, который отмечает студентов с большой активностью, умением и желанием подкреплять теоретические знания и положения практическими примерами и опытом. Поэтому помощь в таком трудоустройстве со стороны системы образования просто необходима.

Ситуация, складывающаяся на рынке образовательных услуг в России, имеет следующие основные аспекты. Для трех участников рынка – семьи, государства и бизнеса, – так или иначе заинтересованных в повышении качества образования, вопрос о совершенствовании системы проверки знаний становится очевидным и порой выходит на передний план. Но для самой системы образования, являющейся неким подобием “сердца” рынка образовательных услуг, этот вопрос меркнет на фоне нерешенных насущных проблем “выживания”, с которыми система сталкивается на протяжении последних десятилетий. Новые подвижки в этом направлении система образования в силу собственной инерционности воспринимает чаще всего враждебно или пассивно борется с ними. Враждебность вызвана зачастую “страхом некомпетентности” или привычными ожиданиями возможных санкций в случае большого числа невысоких результатов. Пассивная борьба часто мотивируется пока еще низким качеством тестовых заданий, что заставляет наиболее продвинутых в интеллектуальном плане учителей идти по пути “натаскивания к тесту” в ущерб той идее предмета, которую они видели для себя первоначально. То есть мы имеем дело с имитацией деятельности во имя благоприятного формального сигнала. Но в любом случае от этого страдает качество образования.

Интересную попытку развить теорию сигналов рынка применительно к сфере образования предпринял российский исследователь Е.Ф.Сабуров. Он увязал категорию “сигнал рынка” с еще двумя категориями: “уровень (или ступень) образования” и “фильтр”.

Уровень образования, по Е.Ф.Сабурову, задается фильтрами. Это – институционально определенные ступени, которые проходит человек, получающий образование, от дошкольного (первичного) до высшего образования, всего семь ступеней [3, с.57]. “Фильтр – это некое аттестационное испытание, которое позволяет утверждать, что учащийся готов к переходу на следующую ступень”. “Сигнал – это тем или иным способом оформленное или никак не оформленное свидетельство об окончании ступени. Проблема сигнала – это его признание обществом. Речь идет о его котировке: как на рынке труда, так и на рынке образовательных услуг,

с учетом, естественно, его дифференциации как по регионам, так и по учебным заведениям или по другим параметрам” [3, с.58].

К сожалению, в своей работе Е.Ф.Сабуров ссылается не на основателя теории “сигналов рынка” Дж. Акерлофа, а на Г. Беккера, большинством исследователей относимого к институциональной школе [4]. Но, тем не менее, он очень четко характеризует современную ситуацию в российском образовании, где основное внимание в настоящее время привлечено к моменту окончания выпускником полной средней школы. Е.Ф.Сабуров определяет ее как “институциональную катастрофу”, где “прерывается образовательная траектория”, фильтр раздваивается. Наряду с выпускным фильтром – экзаменами на аттестат зрелости – существует входной фильтр – вступительные экзамены в ВУЗы. “В этой критической точке фактически возникло альтернативное внесистемное образование в виде репетиторства, которое восполняет недостатки старшей школы и готовит абитуриентов к прохождению входного фильтра на ступень третичного образования” [3, с.63]. Попытки устранить институциональный разрыв идут в направлении легализации стихийно возникшей дополнительной ступени образования: формализация репетиторства, организация подготовительных курсов при ВУЗах. На наш взгляд, не обоснованы надежды Е.Ф.Сабурова (и не только его) на то, что ЕГЭ автоматически “должен слить оба фильтра, в настоящее время разнесенные по разным ступеням” [3, с.63]. К сомнениям приводят, в частности, оперативно появившиеся “центры подготовки к сдаче ЕГЭ”, то есть фактически новая форма репетиторства, порожденная попыткой “слить оба фильтра”.

Выделение проверки знаний как нового обособленного от образовательных учреждений института ставит необходимость оценки механизмов и источников финансирования как самой образовательной системы, так и этого нового института.

Бесспорно, развитие системы образования и повышение эффективности ее работы является первоочередной задачей для любой страны. В исследовании А. Мэддисона “Динамические силы капиталистического развития” установлено, что чем выше доля образованных людей в численности населения страны, тем выше темпы экономического роста. Он также вывел зависимость, соглас-

но которой увеличение ассигнований на образование на 1% ведет к увеличению ВВП страны на 0,35% [5]. Американский экономист Х. Хейнс, автор книги "Образование и экономическое развитие", проанализировавшая опыт компаний, действующих в сфере информационных технологий, пришла к выводу, что подобная зависимость приобрела еще большее значение в эпоху электронной революции. Чем лучше образование, тем выше производительность труда наемных работников и менеджеров, тем более сложные задачи они способны решать и тем выше организация бизнеса [6].

В 2004 г. Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) пришла к выводу, что если для жителей определенной страны среднестатистический срок обучения увеличивается на год, это повышает ВВП данного государства на 3-6% [7]. Но даже если будет неоспоримо доказано, что это справедливо и для России, вряд ли именно этот аргумент сыграет решающую роль в пользу увеличения государственных расходов на образование.

В переходный период развития экономики одноканальное финансирование образования заменяется многоканальным. Вместо единого финансирования из федерального бюджета постепенно складывается новый набор его источников. Правильнее сказать, он восстанавливается, поскольку в российской традиции образование финансировалось всегда из нескольких источников, за исключением непродолжительного (в историческом плане) советского периода.

Сочетание в расходах образовательных структур бюджетных и внебюджетных средств в России постоянно привлекает внимание исследователей. В современной России к началу XXI в. соотношение бюджетного и внебюджетного финансирования составляет 6: 4 при общем объеме финансирования около 8 млрд долл. По высшему образованию на каждый рубль бюджетных средств приходится один рубль внебюджетных. И последнее соотношение сейчас уже такое же, как и в США. Но в США расходы на образование составляют 560 млрд долл., т.е. в 70 раз больше, а соотношение бюджетных и внебюджетных средств по общему и среднему специальному образованию равно 3: 1 [8, с. 84 – 95].

Если обратиться к Европе, то окажется, что ее страны расходуют на цели образования несопоставимо больше, чем Россия: Гер-



мания – в 18 раз, Франция – в 14, Великобритания – в 10,5 раз. Отметим, что даже не нужно рассчитывать удельные затраты на одного учащегося или студента, на душу населения и т.д. В Германии соотношение бюджетных и внебюджетных средств составляет 7:3 (в том числе по высшему образованию – 8:2), во Франции – 9:1 (по высшему образованию – 4:1), в Великобритании – 3:2 (по высшему образованию – 4:1). В Швеции, Индии и ряде других стран с социально-ориентированной рыночной экономикой бюджетное финансирование вузов превышает 90% в общей сумме расходов на образование из всех источников [8].

В средних специальных учебных заведениях России (техникумах и лицеях) обучается около 2,5 млн человек, а в вузах – около 5 млн человек, т.е. вдвое больше. Соотношение по учащимся составляет 1:2. Но соотношение затрат на техникумы и вузы совсем иное. Бюджетных средств на вузы тратится примерно в 8 – 10 раз, а внебюджетных – примерно в 15 раз больше. Причины, по которым на обучение в техникуме расходуется меньше, чем на учебу в вузе, достаточно многообразны. Здесь и более краткое обучение, и меньшая, чем в вузах, зарплата преподавателей, большая нормативная наполняемость учебных групп и т.д. Но наиболее важной причиной меньшего финансового обеспечения учреждений среднего специального образования (по сравнению с высшим) является сложившаяся система приоритетов, уровень значимости среднего специального образования. Это отчетливо видно по прогнозным цифрам: к 2010 г. бюджетных затрат на высшее образование по сравнению со средним специальным будет почти в 7 раз, а внебюджетных средств – в 12 раз больше.

Дело в том, что в планировании и организации системы образования используются не критерии народнохозяйственной значимости того или иного выпускника, а некоторый абстрактный критерий: “чем выше образование, тем лучше”, без учета региональной специфики, структуры занятости по отраслям. И даже если реально выпускники с высшим образованием не нужны, от этого обучение в техникуме или лицее не будет более важным для системы, оказывающей образовательные услуги. Она не слышит или плохо слышит “сигналы” рынка труда, а государство, осуществля-

ющее финансирование того или иного уровня образования, также слабо реагирует на эти сигналы, сохраняя в перспективе до 2010 г. однотипные соотношения по объемам финансирования, как это было 7 – 10 лет назад.

Двумя основными источниками финансирования общего образования станут средства федерального и регионального бюджетов. Разделение направлений финансирования между ними, по-видимому, будет долгое время согласовываться, однако сам факт представляется интересным. В этой связи целесообразно рассмотреть опыт финансирования системы образования в США.

В США действуют четыре канала финансирования образования: средства федерального бюджета, финансы штатов и органов местного самоуправления, а также частные пожертвования, включая плату за обучение. Последний источник финансирования отличается от платы за обучение в том виде, в каком он существует в России. В США достаточно велика доля платы за обучение, которое вносят фирмы, выбравшие себе будущего работника. Вместе с тем федеральный уровень власти находится в роли подчиненного партнера по отношению к властям штатов и местным органам самоуправления, поскольку с этого уровня идет меньший поток средств на образование. Доля федерального уровня средств в объеме финансирования, даже когда она была наибольшей (в конце 70-х годов XX века), не превышала 10%. В 2004 г. федеральный бюджет США обеспечивал 9% общего финансирования. Только в трех штатах федеральные средства обеспечивают более 10% школьных бюджетов: Аляска, Кентукки и Флорида. Бюджеты штатов покрывают примерно 50% школьных расходов, остальное – местное самоуправление и частные спонсоры, доли тех и других сильно колеблются при переходе от штата к штату [9]. Но вследствие того, что средства федерального бюджета составляют незначительную долю, федеральное законодательство запрещает правительству США вмешиваться в вопросы методики образования. Одно связано с другим, и в точности неизвестно и трудно определить, что же является первопричиной. Российские реформы образования направлены в ту же сторону многоканальности финансирования. Даже если соотношение четырех каналов будет несколько иным, в

принципе цель та же. Очевидно, что децентрализованная система организации общего и среднего специального образования позволяет педагогам проявлять большую гибкость и лучше реагировать на потребности детей. Однако другая сторона такого подхода заключается в отсутствии единого стандарта образования и снижении контроля за его качеством.

Особенность ситуации с многоканальным финансированием российского образования состоит в том, что федеральный уровень власти, передавая финансирование в значительной части на региональный уровень, сохраняет за собой методическое руководство. В некоторых странах мира идет обратный процесс, т.е. федеральные (центральные) бюджеты берут на себя значительную финансовую нагрузку и одновременно самоустраиваются от курирования образовательного процесса. В частности, в последние годы в США федеральные денежные средства направляются не просто на поддержку школ, а на финансирование целевых государственных программ, например, на обучение детей из малообеспеченных семей, на создание компьютерных классов и т.д. Ликвидация расовой сегрегации в школах до сих пор является примером таких программ. В этом плане они не представляют собой прямой субвенции, это просто средства, которые расходуются по иным критериям и на другие цели. Контроль над содержанием учебной программы и методики обучения сохранили штаты и местные школьные округа.

Контроль федерального уровня власти за содержательной стороной общего среднего образования и его качеством может иметь как свои достоинства, так и недостатки. Однако его наличие необходимо для обеспечения единого стандарта образования и поддержания качества на должном уровне. Вопрос заключается в том, насколько сильным должен быть этот контроль и каких сфер он должен касаться, а что можно передать на местный уровень.

Нельзя не согласиться с точкой зрения, что из-за того, что система образования сложна и многообразна, финансовых инструментов должно быть много и они должны быть разные.

Один из таких инструментов – налоговые льготы для тех, кто в состоянии финансировать образовательные учреждения. Было бы разумно прислушаться к предложениям внести изменения в Нало-

говый кодекс РФ, которые бы состояли в снятии ограничений на объемы внебюджетного финансирования для образовательных учреждений, равно как и ограничений по налогу на прибыль, полученную от образовательной деятельности, при условии ее реинвестирования в развитие образования. Еще более разумно ввести в налоговое законодательство нормы, освобождающие от налогообложения средства, направляемые на финансирование образования.

В существующих нормах, касающихся подоходного налога, предусмотрены налоговые вычеты в связи с расходами на обучение. Но эти льготы слабо стимулируют платежеспособный спрос на образовательные услуги. Поэтому они должны быть расширены. Так, при исчислении подоходного налога с физических лиц целесообразно уменьшать совокупный доход, полученный в налогооблагаемом периоде, на сумму средств, израсходованных за этот период на оплату образования в любом образовательном учреждении, на формирование накопительных образовательных вкладов, на платежи по специальным видам образовательного страхования.

Стремления сохранить прежний негибкий механизм бюджетного финансирования без учета специфики образовательной сферы, ориентируясь лишь на устранение явных недостатков нынешней организации финансирования, попросту обречены на провал. Многоканальное финансирование должно неизбежно прийти в сферу российского образования.

Многие государственные вузы, расположенные в регионах и признанные "второстепенными", предлагается перевести на финансирование из местных бюджетов. Регионам будет запрещено совместное с федеральным бюджетом финансирование вузов, находящихся на балансе федерального центра. Это решение означает, что центр по наиболее важным для страны специальностям будет планировать подготовку кадров даже в том случае, если они объективно входят в региональный заказ. Это является своеобразным симптомом, свидетельствующим о том, что кадровые потребности регионов будут отслеживаться федеральным центром, то есть у нас будет сохранено кадровое планирование на федеральном уровне.

Однако очевидно, что в условиях рыночных отношений не только планировать, но даже контролировать кадровую подготов-

ку, миграцию трудовых ресурсов федеральный центр не в состоянии. И поэтому построение многоканального финансирования, прежде всего, профессионального образования, передача функций контроля за рациональным использованием этих средств местному уровню управления создаст гибкую и адекватную систему взаимодействия участников рынка образовательных услуг хотя бы в региональном масштабе.

Финансирование системы проверки знаний представляет собой самостоятельную организационную проблему. Институциональное отделение системы проверки знаний от образовательных учреждений – общемировая тенденция, которая в настоящее время приходит и в Россию. Такие изменения сопровождаются не только организационными преобразованиями, но и появлением новых источников финансирования проверки знаний.

В образовательных системах различных стран мира можно выделить следующие основные источники финансирования проверки знаний:

- 1) федеральный и местный бюджеты;
- 2) потребители образовательных услуг (учащиеся);
- 3) международные организации;
- 4) образовательные учреждения.

Государственное финансирование проверки знаний выражается в выделении целевых средств на данное направление, причем соотношение долей средств из федерального и местного бюджетов может существенно различаться внутри страны, как, например, это принято в различных штатах США.

Проверка знаний может также оплачиваться за счет собственных средств учащихся. Как правило, это практикуется при сдаче различных дополнительных тестов, которые показывают высокий уровень знаний выпускника в определенной области и повышают его шансы при поступлении в высшее учебное заведение либо приеме на работу.

В мире довольно широко распространено финансирование проверки знаний различными международными организациями и фондами, такими, например, как Всемирный банк. Это финансирование осуществляется в рамках различных программ по развитию

и поддержке образования, особенно в странах третьего мира. Данный вид финансирования направлен на создание системы проверки знаний в этих странах и представляет собой целевые кредиты на льготных условиях.

И, наконец, проверка знаний может осуществляться за счет средств образовательных учреждений, что фактически является перераспределением поступающих к ним средств из различных источников. При этом необходимо отметить, что во многих западных странах образовательные учреждения обязаны привлекать специализированные сторонние структуры для проверки знаний своих выпускников, и затраты на их привлечение достаточно высоки. Так, например, в Великобритании затраты на проверку знаний выпускника школы, осуществляемую специализированной организацией, в несколько раз превышают затраты на приобретение литературы для организации учебного процесса этого же выпускника в течение всего времени его обучения в школе.

В этом плане финансирование проверки знаний в России представляет собой существенный контраст по сравнению с западными формами и объемами финансирования. На уровне среднего образования произошли значительные изменения в данной области. Если ранее все школы находились в федеральной собственности, а проверка знаний финансировалась из федерального бюджета, то в настоящее время школы являются муниципальными, а финансирование проверки знаний (в виде Единого государственного экзамена) по-прежнему осуществляется из федерального бюджета. То есть фактически произошло некоторое отделение проверки знаний от образовательного учреждения, что является положительной тенденцией. Если проверяет качество обучения тот же, кто и учит, у него естественным образом появляется желание завысить качество своей работы, то есть показать более высокий уровень знаний у выпускников, чем он есть на самом деле.

Отделение проверки знаний учеников от процесса обучения позволяет более объективно оценивать уровень их подготовки и, соответственно, оценивать качество работы школ.

Что касается величины затрат на проведение Единого государственного экзамена в школах, то по данному вопросу существуют по-

лярные мнения. Многие работники отрасли образования считают, что проведение ЕГЭ требует больших затрат, которые государство не может себе позволить при столь низком уровне заработной платы учителей. Действительно, затраты на проведение ЕГЭ в настоящее время достаточно высоки, что обусловлено необходимостью создания на стартовом этапе инфраструктуры контроля и оценки качества образования. В настоящее время управление региональными образовательными системами во многом неэффективно в силу неразвитости инфраструктуры и устаревшего оборудования. Однако расчеты, проведенные Центром экономики непрерывного образования Академии народного хозяйства при Правительстве РФ, показывают, что при отказе от проведения ЕГЭ и перераспределении выделяемых на эти цели средств заработную плату учителей можно было бы увеличить не более чем на 20 – 25 руб. в месяц, а такую прибавку нельзя назвать существенной [10, с.31].

Если перейти к абсолютным цифрам, мы можем спрогнозировать примерную величину затрат на проведение ЕГЭ как выпускного экзамена для всех учеников средних школ в масштабах всей России. При нынешнем уровне затрат на сдачу ЕГЭ в расчете на одного выпускника общие затраты на проведение этого экзамена в масштабах всей страны составили бы 868,5 млн рублей. Чтобы оценить, как эта цифра соотносится с другими бюджетными затратами на образование, можно рассмотреть распределение расходов федерального бюджета по статьям на 2005 г. Информация получена с сайта “Центра информационных исследований” [11].

В 2005 г. на финансирование общего образования из средств федерального бюджета было выделено 1 611 763,9 тыс. руб. Получается, что на проверку знаний только в секторе общего образования нужно тратить около 50% всех средств, которые тратятся в целом на образовательную школу. Однако при этом необходимо отметить, что большая часть затрат по финансированию общеобразовательных школ в настоящее время переложена на местные бюджеты, чем и объясняется столь небольшая сумма. Для сравнения, на финансирование высшего образования в федеральном бюджете на 2005 г. было выделено 108,5 млрд руб. Такое распределение средств свидетельствует о том, что в соот-

ветствии с наметившейся тенденцией за федеральным уровнем власти останется только контроль за качеством общего образования, в то время как его финансирование будет обеспечиваться за счет местных бюджетов.

В дальнейшем при условии массового внедрения ЕГЭ во всех регионах России затраты на проведение экзамена в расчете на одного выпускника снизятся, что сократит финансовую нагрузку на федеральный бюджет.

Если перейти от рассмотрения проверки знаний на уровне средней школы к системе профессионального образования, мы увидим, что здесь также наметились определенные изменения. Они касаются, в частности, системы финансирования проверки знаний, причем ситуация существенно отличается от школьной. Сейчас вузы финансируются из двух основных источников: из федерального бюджета и за счет оказания платных образовательных услуг. При этом оба денежных потока не являются целевыми, то есть они попадают в общий бюджет вуза, а затем расходуются на различные нужды, в том числе и на проверку знаний учащихся. Поэтому фактически финансирование проверки знаний в вузе смешанное.

В настоящее время довольно широко распространена практика оплаты учениками повторной сдачи экзаменов, причем в некоторых вузах передачи платные как для студентов, обучающихся на бюджетных местах, так и для тех, кто учится на коммерческой основе. Таким образом, сами учащиеся финансируют собственную проверку знаний.

Необходимо, чтобы финансирование затрат на обучение и проверку знаний было разделено, средства должны быть целевыми. Это позволит развивать проверку знаний как самостоятельную область, как автономный механизм хозяйствования и повысить ее качество за счет применения современных методик. Вложения средств в качественную и эффективную проверку знаний необходимо рассматривать не как дополнительные затраты, а как инвестиции в развитие потенциала страны, повышение качества образования. Такой подход будет соответствовать повышению качества образования как одного из важнейших инструментов увеличения человеческого капитала России.



### Библиографический список

1. **Болотов, В.А.** ЕГЭ: промежуточные итоги / В.В. Болотов // Вопросы образования. – 2004. – №2. – С. 155-167.
2. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 г. // Официальные документы в образовании. – 2002. – №4.
3. **Сабуров, Е.Ф.** Система образования: уровни, фильтры, сигналы / Е.Ф. Сабуров // Вопросы образования. – 2005. – №1.
4. **Беккер, Г.** Человеческое поведение: экономический подход / Г. Беккер. – М., 2003.
5. **Maddison, A.** Dynamic Forces of Capitalist Development / A. Maddison. N.Y., 2001. P.27.
6. Education and Economic Development. ERIC Digest Series Numer 23. – Internet. – <http://www.thememoryhole.org/edu/eric/ed2932207.html>.
7. Organisation for Economic Co-operation and Development/Statistics Portal – Internet. – [http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en\\_2825\\_293564\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html/](http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en_2825_293564_1_1_1_1_1,00.html/)
8. **Балыхин, Г.А.** Управление развитием образования: организационно-экономический аспект / Г.А. Балыхин. – М.: Экономика, 2003.
9. **Ванчугов, В.В.** Американский парадокс: минимум государства в школе. – Internet. – <http://humanities.edu.ru/db/msg/77552/>
10. Проверка знаний и потребности экономики / Под ред. Н.А.Ряписова. – Новосибирск: ЭКО, 2005.
11. <http://www.budgetrf.ru/>

## EXAMINATION AS SUBSTANTIAL ELEMENT OF THE MARKET OF EDUCATIONAL SERVICES

**N.A. Riapisov**

In the paper economic aspects of the development of the modern educational system are considered. Particular attention is paid to the analysis of mutual relations of main participants of the market of educational services: educational system, family, state and business; as well as business requirements to the educational level. The examination is presented as an isolated kind of economical activity as well as an eco-nomical mechanism of the increase of effectiveness and quality of functioning and development of educational system in Russia and abroad.

*Key words:* market of educational services; information asymmetry; examination; quality and effectiveness of education.



## Б

*Баккер Берт* – детский кинезотерапевт (Нидерланды).

*Барахтенова Людмила Алексеевна* – доктор биологических наук, профессор, проректор по аккредитации и информатизации Новосибирского государственного педагогического университета.

## В

*Вермеер Адри* – доктор наук, специалист в области дефектологии, профессор Утрехтского университета (Нидерланды).

## Г

*Герасев Алексей Дмитриевич* – доктор биологических наук, профессор, директор Института естественных и социально-экономических наук Новосибирского государственного педагогического университета.

## Д

*Добровольская Елена Валерьевна* – кандидат филологических наук, зам. проректора по учебной работе Новосибирского государственного педагогического университета.

## Ж

*Жиянова Полина Львовна* – специальный педагог Центра “Даунсайд Ап” (Москва).

*Жуков Владимир Константинович* – кандидат технических наук Центра дистанционного образования Томского университета систем управления и радиоэлектроники

## К

*Кравцов Василий Михайлович* – кандидат географических наук, профессор, 1-й проректор Новосибирского государственного педагогического университета.

*Крашенинников Валерий Васильевич* – кандидат технических наук, профессор, декан факультета технологий и предпринимательства Новосибирского государственного педагогического университета.

## Л

*Лаутеслагер Петер* – детский физиотерапевт, доктор философских наук (Нидерланды).

*Лепин Петр Вольдемарович* – доктор педагогических наук, профессор, ректор Новосибирского государственного педагогического университета.

## Н

*Нечаева Татьяна Николаевна* – специалист ранней помощи Центра “Даунсайд Ап” (Москва).

## П

*Поле Елена Викторовна* – специальный педагог Центра “Даунсайд Ап” (Москва).

## Р

*Ригина Наталья Феликсовна* – директор проектов Центра “Даунсайд Ап” (Москва).

*Ряписов Николай Александрович* – кандидат педагогических наук, профессор, проректор по заочному обучению Новосибирского государственного педагогического университета.

## У

*Умбрашко Константин Борисович* – доктор исторических наук, профессор, зав. кафедрой всеобщей истории Новосибирского государственного педагогического университета.

## Ю

*Ютентус Эверт* – директор проектов (Нидерланды).

## CONTENTS

### *FROM THE ARTICLES OF THE CONFERENCE "INNOVATIVE TECHNOLOGY FOR EARLY HELP TO CHILDREN WITH THE DOWN'S SYNDROME*

<b>Lauteslager P.E.M.</b> Children with Down Syndrome Motor development and intervention.....	21
<b>Vermeer Adri.</b> THE ROLE OF THE ENVIRONMENT IN THE PROMOTION OF THE WELL-BEING OF PERSONS WITH DISABILITIES.....	38
<b>Uitentuis Evert.</b> Cooperation policy for the benefit of children with special needs.....	45
<b>Bakker Bert.</b> Gymnastics for Children with Down syndrome. An explanation for Russian parents.....	53
<b>Rigina N.F.</b> The part of fund activities in rendering early assistance to children with Down's syndrome: Russian Charitable fund "Downside Up".....	57
<b>Zhiyanova P.L.</b> Family-central model of early assistance: working aspects.....	67
<b>Pole E.V.</b> Foreign methodical developments and their adaptation to Russian conditions.....	87
<b>Nechaeva T.N.</b> The use of the Peter Lauteslager method at prolonged counseling children with Down's syndrom.....	98

### *MODELS AND TECHNOLOGY FOR THE QUALITY SYSTEM TRAINING OF SPECIALISTS*

<b>Lepin P.V., Barakhtenova L.A., Krashennnikov V.V., Gerasiov A.D., Kravtsov V.M., Umbrashko K.B., Dobrovolskaya E.V.</b> Speciality as a quality management object of higher education, analytical approach.....	106
<b>Zhukov V.K.</b> Quality management in administration of continuous professional education.....	118

### *NEW APPROACHES AND EDUCATIONAL TECHNOLOGY*

<b>Riapisov N.A.</b> Examination as substantial element of the market of educational services.....	127
<b>Our authors</b> .....	146

## Вестник педагогических инноваций

Научно-практический журнал

Редактор *В. В. Козлова*  
Компьютерная верстка *Д. В. Кокшаров*

Лицензия ЛР 020059 от 24.03.97  
Гигиенический сертификат № 54.нк.05.953 п.000149.12.02  
от 27 декабря 2002 г.

---

Подписано в печать 25.03.2006 г. Формат бумаги 60x84/16.  
Печать RISO. Усл. печ. л. 8,65. Уч.-изд. л. 9,31. Тираж 350 экз.  
Заказ № 23.

---

Педуниверситет, Новосибирск, 126, Вилюйская, 28