

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ
РАБОТЫ ЦЕНТРА (СЛУЖБЫ) ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ
РОДИТЕЛЯМ С ДЕТЬМИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, В ТОМ
ЧИСЛЕ ОТ 0 ДО 3 ЛЕТ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НЕ ПОСЕЩАЮЩИХ
ДОШКОЛЬНУЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ
(материалы ФГАУ «ФИРО»)**

Цель

Диагностическая модель службы обеспечивает, прежде всего, определение уровня развития ребенка, его соответствие нормативным показателям ведущих для данного возраста линий развития.

Характеристика образовательной или воспитательной области, на решение которой нацелена модель

Диагностическая модель основывается на предположении дефицита специальных знаний у родителей, которые позволили бы им принять правильное решение, и предполагает оказание помощи в виде вынесения диагностического заключения, которое послужит основой для организационных решений, в том числе и состоящих в посещении других специалистов.

Оценка индивидуального развития детей представлена в ФГОС ДО в двух формах диагностики - педагогической и психологической.

Та или иная степень обязательности проведения педагогом педагогической диагностики определяется Программой. Проведение педагогической диагностики не может быть вменено в обязанность педагогу, если не созданы условия для ее проведения, включая обеспечение специального обучения. Педагог имеет право по собственному выбору или на основе консультаций со специалистами использовать имеющиеся различные рекомендации по проведению оценки индивидуального развития детей в рамках педагогической диагностики в группе или проводить ее самостоятельно. Данные, полученные в результате такой оценки, также являются профессиональными материалами самого педагога и не подлежат

проверке в процессе контроля и надзора. При этом контроль за эффективностью деятельности педагога, которая, в том числе, может включать педагогическую оценку, может проводиться в процессе независимой оценки качества образования в ДОО.

Психологическую диагностику индивидуального развития ребенка проводят по мере необходимости квалифицированные специалисты психологи и/или педагоги-психологи. Для участия ребенка в психологической диагностике в обязательном порядке требуется согласие его родителей (законных представителей).

Как правило, в рамках этой модели объектом диагностики оказываются дети с отставанием или значительным опережением в развитии, с отклонениями в поведении, а помощь оказывается родителям в виде рекомендаций тех или иных решений.

В зависимости от полученных результатов определяется характер психофизического развития – его нормативность, наличие опережения либо задержки, как в целом, так и по отдельным линиям. При этом учитывается степень имеющихся отличий, сочетание различных вариантов развития (норма, задержка, опережение) по отдельным линиям.

Психологическая диагностика проводится при необходимости определить трудности или отклонения развития ребенка.

Психодиагностика отклонений в поведении и развитии ребенка проводится с тремя основными целями.

1. Определить степень обоснованности жалоб родителей на поведение и развитие ребенка. Решение этой диагностической задачи во многом предопределяет диагностику родительского отношения к ребенку и характер дальнейшей работы с родителями.

2. В том случае, если жалобы родителей полностью или частично обоснованы, необходимо оценить состояние психического развития ребенка, выявить и квалифицировать дефект развития, его природу.

3. На основании решения первых двух задач сформулировать дальнейшие диагностические цели (личностная характеристика родителей,

родительского отношения и взаимоотношений с ребенком, отношений в семье в целом, отношений ребенка вне семьи), а также определить направление консультативной работы с родителями и психокоррекционной работы с ребенком.

Практическое решение этих диагностических задач достигается путем обследования психического и нейропсихологического развития ребенка.

Анализ психического развития ребенка в сопоставлении с жалобами родителей позволяет решить первые две психодиагностические задачи и подготовить основания для выводов, рекомендаций, формулирования коррекционных программ.

Теоретической основой диагностики аномалий психического развития ребенка служат результаты клинических исследований В.В.Лебединского и его соавторов (В. В. Лебединский, 1975; В. В. Лебединский и др., 1985), в которых выделяются 4 параметра нарушений психического развития психического дизонтогенеза.

1. Уровень и характер локализации нарушения:

определяют вид дефекта частный, связанный с недостаточностью отдельных функций (гнозиса, праксиса, речи), и общий, сопряженный с нарушением корковых и подкорковых регуляторных систем. При дисфункции подкорковых систем наблюдаются снижение уровня бодрствования, психической активности, патология влечений, элементарные эмоциональные расстройства. Дисфункция корковых систем обуславливает дефекты контроля и целенаправленной интеллектуальной деятельности, нарушение высших эмоций.

2. Время поражения: определяют характер аномалии. Чем раньше возникло повреждение нервной системы, тем вероятнее явление недоразвития, чем позднее тем более возможно возникновение повреждения с распадом структуры психических функций (Л. С. Выготский, 1983, т. 3). Кроме того, в определенные периоды онтогенетического развития изменяется общая нервная реактивность. Различают уровни нервно-психического реагирования, наиболее характерные для соответствующих возрастов:

а) соматовегетативный (0—3 года), его характеризуют различные варианты соматовегетативного синдрома; б) психомоторный (4—10 лет), сюда относятся гипердинамический синдром, системные невротические и неврозоподобные двигательные нарушения; в) аффективный (7—12 лет), для него типичны синдромы страхов, повышенной аффективной возбудимости, уходов и бродяжничества; г) эмоционально-идеаторный (12—16 лет), ему корреспондирует возникновение сверхценных образований (В. В. Ковалев, 1979).

3. Соотношение между первичными и вторичными дефектами (Л. С. Выготский, 1983, т. 3). Первичные дефекты - это нарушения, непосредственно вытекающие из органических заболеваний и имеющие характер недоразвития или повреждения подкорковых систем и недоразвития корковых. Вторичные дефекты возникают опосредованно, в процессе патологического развития. Механизм их появления различен. Например, вторично недоразвиваются те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной (например, слуха у глухих). Кроме того, важнейший фактор возникновения вторичных нарушений развития - социальная депривация.

Она тормозит приобретение знаний и умений, приводит к ряду расстройств в эмоциональной и личностной сферах.

4. Нарушение межфункциональных взаимодействий. В нормальном психическом развитии ребенка выделяют следующие типы взаимодействия психических функций: временная независимость функций, ассоциативные и иерархические связи (Л. С. Выготский, 1983, т. 5; Н. А. Бернштейн, 1966). Временная независимость функций характерна для ранних этапов онтогенеза, например относительная независимость развития мышления и речи до 2-летнего возраста. С помощью ассоциативных связей разномодальные чувственные впечатления объединяются в одно целое на основе временно-пространственной близости (так, особое значение приобретают образы дома, матери, времени года). Психические функции, построенные по иерархическому типу, формируются в процессе усложнения предметной деятельности и общения (например, речь). При патологии

межфункционального взаимодействия возникают различные нарушения развития. (Например, хорошее развитие механической памяти, внешне богатая речь у ребенка-олигофрена существуют изолированно и не используются из-за нарушений мышления.) Очень сильно страдают иерархические координации. Иллюстрацией этому может служить явление регресса функций. Так, дети с задержкой психического развития, уже освоив простые счетные операции в уме, при малейшем затруднении обращаются к счету на пальцах.

Перечисленные выше четыре параметра по-разному выступают при разных вариантах нарушения психического развития у детей. Все варианты психического дизонтогенеза делятся на 6 типов: психическое недоразвитие, задержка развития, поврежденное развитие, дефицитарное развитие, искаженное психическое развитие, дисгармоническое психическое развитие. В основу этой психологической классификации положен основной механизм нарушения. Так, выделяется группа аномалий, вызванная отставанием развития, недоразвитие и задержанное развитие; группа аномалий, в которых ведущим является диспропорциональность развития, искаженное развитие и дисгармоническое развитие, и группа аномалий, вызванных поломкой, выпадением отдельных функций, поврежденное и дефицитарное развитие.

Дефицитарное развитие - это особый вид дизонтогенеза, связанный с тяжелыми нарушениями отдельных; анализаторных систем: зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, а также с рядом хронических соматических заболеваний. Поскольку такие дети не входят в основной контингент клиентов психологической семейной консультации (чаще проводится консультирование родителей по поводу дефекта ребенка), то поэтому такой тип дизонтогенеза более подробно здесь рассматриваться не будет (В. В. Лебединский, 1985; В. В. Ковалев, 1979).

Остановимся на краткой характеристике остальных типов нарушений психического развития, выявление которых и составляет основное содержание психологической диагностики 1-го уровня при приеме ребенка в семейной консультации (подробное изложение см. в табл. 1).

1. Психическое недоразвитие - тип дизонтогенеза, для которого характерно раннее время поражения мозговых систем и тотальное их недоразвитие, связанное с а) генетическими пороками развития, б) диффузными повреждениями незрелого мозга при ряде внутриутробных, родовых и послеродовых воздействий. Выражена инертность психических процессов с фиксацией на примитивных ассоциативных связях, формирование иерархических связей сильно затруднено. Первичный дефект при этой форме аномалии развития интеллектуальный. Обязательный признак недоразвитие высших форм мыслительной деятельности абстрактного мышления, недоразвитие образования понятий, низкий уровень обобщения.

2. Задержанное психическое развитие - тип дизонтогенеза, при котором речь идет не о стойком и по существу необратимом психическом недоразвитии, а о замедлении темпа формирования познавательных и эмоциональных сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. Налицо мозаичность поражения, когда наряду с недостаточно развитыми функциями имеются и сохранные. Ряд авторов (Г. Е. Сухарева, 1959, 1974; В. В. Ковалев, 1979) подчеркивают иную структуру нарушений познавательной деятельности, чем при олигофрении: не недостаточность мышления как такового, а ослабленность его предпосылок: памяти, внимания, пространственного гнозиса, переключаемости психических процессов. Во многих случаях имеет место тенденция к сглаживанию интеллектуального дефекта с возрастом к 11-15 годам, вплоть до достижения нормального уровня, или значительная компенсация дефекта при специальном обучении, или нарастание вторичных личностных дефектов, связанных с неправильной социальной ситуацией развития этих детей.

3. Поврежденное психическое развитие имеет ту же этиологию (наследственные заболевания, инфекции и травмы ЦНС), что и два предыдущих типа дизонтогенеза. Основное отличие связано с более поздним неблагоприятным воздействием на мозг, когда большая часть мозговых

систем уже сформировалась и их недостаточность проявляется в признаках повреждения.

Этот вариант дизонтогенеза складывается в условиях органической деменции и эпилептической болезни. Основную роль играет фактор повреждения отдельных мозговых систем, что не ведет к тотальности и иерархичности нарушений; на первый план выступает парциальность расстройства психических функций. Наиболее значимый дифференциально-диагностический критерий динамика развития дефекта. Здесь часто имеются указания на первоначально правильное и своевременное развитие ребенка, есть хронологическая связь начавшегося снижения с перенесенной вредностью. При этом виде дизонтогенеза чаще всего обнаруживаются корково-подкорковые нарушения, выражающиеся в резко выраженной инертности мышления, тяжелой истощаемости, персевераторных явлениях. При органической деменции большое значение имеет нарушение целенаправленности мышления, нарушение критичности, отсутствие понимания и переживания своей несостоятельности.

4. Искаженное психическое развитие - тип дизонтогенеза, при котором наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных функций, приводящего к ряду качественно новых патологических новообразований. Одним из клинических выражений этого типа дизонтогенеза является детский аутизм. В его структуре выделяются основные дефекты - исходная энергетическая недостаточность, связанная с ней область побуждений, быстрая истощаемость любой целенаправленной активности и ее пресыщаемость, низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным фоном ощущений, повышенная готовность к реакциям тревоги и страха. Аутичный ребенок боится окружающего мира; детский аутизм представляет собой основной вторичный дефект, выступающий в качестве компенсаторного механизма, направленного на защиту от травмирующей внешней среды. Наблюдается аутичная направленность всей интеллектуальной деятельности такого ребенка. Игры, фантазии, интересы далеки от реальной жизни. Содержание

их монотонно, поведение однообразно, стереотипно: дети годами играют в одну и ту же игру, рисуют одинаковые рисунки, стереотипно действуют.

5. Дисгармоническое психическое развитие - тип дизонтогенеза, основой которого служит врожденная или рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики, преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Для него характерны явления задержки развития одних психических функций с парциальным ускоренным развитием других. Эта диспропорциональность формирует некоторые аномальные варианты личности, для которых характерна «неадекватная реакция на внешние: средовые раздражители, вследствие чего более или менее нарушено поведение и затруднена активная приспособляемость к окружающей среде» (Г. Е. Сухарева, 1959, с. 38). Этот вид дизонтогенеза клинически определяется как психопатия или патологическое развитие личности. Дисгармоничность психики первично обусловлена нарушениями в эмоциональной сфере.

Типична дисгармония между интеллектуальной и эмоциональной сферами. Первично сохранный интеллект не регулирует эмоциональную сферу, а часто находится от нее в большей зависимости, чем наблюдается в норме.

В табл. 1 приводятся (в обобщенном виде) результаты патопсихологического обследования состояний психических сфер ребенка, характерные для того или иного типа дизонтогенеза.

Методические средства, которые использовались нами для диагностики аномального психического развития ребенка, разработаны в отечественной патопсихологии (Б. В. Зейгарник, 1976; С. Я. Рубинштейн, 1970) на основе обширных данных, касающихся экспериментально установленных феноменов психического развития и методик их исследования. В связи с тем, что методики патопсихологического обследования были неоднократно описаны в соответствующей литературе (С. Я. Рубинштейн, 1970; Л. А. Булахова и др., 1980) в данном разделе мы лишь приведем список основных методик, применяемых в психологической семейной консультации.

I. Обследование познавательной сферы.

Память изучается с помощью следующих методик: запоминание 10 слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, запоминание интерферирующих рядов, запоминание фраз, запоминание текста, запоминание цифровых рядов в прямом и обратном порядке различной длины, пиктограммы (Атлас, 1980).

Для диагностики особенностей внимания используются таблицы Шульте, методика Когана, куб Липка, кодирование знаков по Векслеру, поиск недостающих деталей на картинках (С. Я. Рубинштейн, 1970; А. Ю. Панасюк, 1973).

Для диагностики мыслительной деятельности применяются: классификация, пиктограмма, исключение четвертого, простые и сложные аналогии, понимание скрытого смысла фраз и текста, установление сходства и различия, ассоциативный эксперимент, составление рассказов по картинкам, кубики Кооса, составление фигур по их частям, методика Выготского - Сахарова (Атлас, 1980).

Обследование умственной работоспособности производится с использованием методик: счет по Крепелину, простые аналогии. Истощаемость хорошо видна в процессе выполнения любой методики, требующей много времени.

II. Обследование речи осуществляется с помощью проверки запаса слов, грамматического уровня, чистоты произношения. Скорость речи проверяется в процессе составления рассказа по картинке и пересказа (Атлас, 1980).

III. Проверка движений осуществляется с помощью теста Бендер (Спецпрактикум, 1980), а также методики Гуревич и Озерецкого (М. Гуревич, Н. Озерецкий, 1930).

IV. Эмоционально-волевая сфера исследуется с применением детского варианта теста Розенцвейга (А.М. Прихожан, Н. Н. Толстых, 1982), САТа, теста Роршаха; методики, выявляющей уровень притязаний, незаконченных предложений, ассоциативного эксперимента (Л. Ф. Бурлачук, 1979).

Если в ходе патопсихологического обследования ребенка выявляются признаки серьезной аномалии психического развития, необходимо направить ребенка к психиатру. В случае установления психического заболевания он направляется на лечение в соответствующие учреждения. Психологическая помощь в таких случаях оказывается родителям больного ребенка.

Проведенная психологическая диагностика развития ребенка помимо решения собственных задач позволяет также определить степень обоснованности жалоб родителей. Психологическая помощь родителям и детям осуществляется во всех случаях, но содержание ее различно. Обобщенно возможные виды психологической работы в зависимости от жалоб родителей и их детерминант можно представить следующим образом.

Детерминанты необоснованных жалоб родителей	Виды консультативной работы
Психологическая неграмотность родителей	Информирование и разъяснение
Искаженное родительское отношение	Психокоррекционная работа по изменению родительского отношения
Психопатология родителей	Направление в соответствующее лечебное учреждение
Детерминанты обоснованных жалоб родителей	
Психическое недоразвитие ребенка	Информирование родителей и направление ребенка к дефектологу
Задержка психического развития	Информирование родителей, рекомендации по психологически грамотной организации занятий родителей с ребенком; возможно направление к дефектологу
Поврежденное психическое развитие ребенка	Информирование родителей об особенностях ребенка, направление к психиатру
Искаженное психическое развитие ребенка	Направление к психиатру. Приспособление родителей к особенностям ребенка
Дисгармоничное психическое развитие ребенка	Психокоррекционная работа с родителями по нормализации их общения с ребенком
Нарушения развития личностной сферы ребенка	Направление ребенка на второй этап диагностики, дальнейшая

Результат применения

Анализ получаемых данных, а также результатов специальной психолого-педагогической диагностики позволяет выявить и осуществить психолого-педагогическую квалификацию ведущих, ядерных (Л.С. Выготский) нарушений развития ребенка, их соотношения со вторичными нарушениями. В процессе диагностики определяются социальные и биологические факторы, значимые для здоровья и развития ребенка.

Реализуется диагностическая модель в ходе индивидуального обследования уровня психофизического развития ребенка, углубленной психолого-педагогической диагностики отклонений в развитии, проводимой также в индивидуальной форме, в ходе наблюдений за ребенком в естественной и специально организованной деятельности, при проведении эпикризной и рубежной (при переходе на следующий возрастной этап) диагностики.

Субъектами диагностической деятельности являются специалисты, педагоги Службы и родители ребенка. Роль родителей особенно значима при проведении наблюдений за ребенком в разнообразных естественных ситуациях. При этом заранее должны быть определены как задачи наблюдения, так и его конкретный предмет (способы деятельности, формы и характер взаимодействия с окружающими, интересы и др.). Результаты таких наблюдений наиболее точно помогают определить динамику развития ребенка, а следовательно и эффективность ранней психолого-педагогической помощи, оказываемой ребенку.

Диагностическая модель обеспечивает возможность прогнозирования дальнейшего развития ребенка, появления у него в будущем тех или иных затруднений, обусловленных выявленными особенностями развития самого ребенка и социальной ситуации его воспитания и развития. Учет характера испытываемых ребенком и его семьей трудностей позволяет определить

наиболее оптимальные психолого-педагогические условия его воспитания и развития, содержание и объем необходимой семье психолого-педагогической помощи.

Диагностическая модель является базовой по отношению ко всем остальным функциям Службы, определяя содержательную основу их реализации.

При реализации моделей центры будут иметь возможность использовать в своей работе **информационно-коммуникационные технологии**.

Для этого предусмотрено на портале образовательных инициатив www.eduidea.ru создание раздела, посвященного деятельности центров. В случае реализации модели по оказанию диагностической помощи центр сможет размещать в соответствующих подразделах инструментарий по первичной диагностике клиентов, проводить регистрацию и учет будущих клиентов, проводить запись на диагностику и т.п. Все данные, собранные через портал должны быть строго конфиденциальны, а полученные результаты в обработанном и обобщенном виде могут входить в отчетные материалы по деятельности центров.

Возможность реализации в различных типах образовательных организаций.

Современная специальная педагогика считает одним из ключевых условий успешной коррекционно-педагогической помощи обеспечение раннего выявления и ранней диагностики отклонений в развитии ребенка для определения его особых образовательных потребностей. Современное специальное образование предусматривает максимальное сокращение разрыва между моментом выявления первичного нарушения в развитии ребенка и началом целенаправленной коррекционно-педагогической помощи, расширяя временные границы предоставления специальных образовательных услуг с первых месяцев и на протяжении всей жизни человека. До начала 60-х гг. XX столетия необходимость оказания коррекционно-педагогической помощи ребенку обнаруживалась лишь тогда, когда он приходил в школу и не

справлялся с программой школьного обучения. В значительной степени это было связано с разобщенностью и отсутствием единства действий медицинских и педагогических структур, необязательностью дошкольного образования (в отличие от школьного всеобуча), недостаточной информированностью родителей о педагогических возможностях помощи их ребенку. Из психологии известно, что в развитии ребенка существуют так называемые сензитивные периоды, т.е. периоды наиболее благоприятного, легкого и быстрого развития определенных психических процессов.

Эти периоды недолговременны, и если по каким-либо причинам в этот период не сформировалась предполагаемая структура (отсутствовала адекватная окружающая среда или особенности индивидуального развития ребенка не способствовали этому), то по его окончании в дальнейшем потребуется много специальных усилий для того, чтобы ее сформировать. Многие сензитивные периоды, играющие решающую роль для последующего развития ребенка, приходятся на ранний и дошкольный возраст. Если, например, у ребенка с рождения отсутствует или нарушен слух и не предпринимались своевременно специальные педагогические меры для создания условий для речевого развития в первые месяцы и годы жизни, то сензитивный период развития речи проходит у него впустую, а начатая в более поздние сроки коррекционно-педагогическая работа уже не будет столь эффективной. Кроме того, нарушение процесса формирования и развития речи замедлит развитие познавательных процессов, вызовет своеобразное развитие всей психической деятельности, негативно скажется на процессе общения и взаимодействия с окружающими, отразится на развитии личности ребенка в целом. Современная наука обладает необходимыми диагностическими и коррекционно-педагогическими технологиями, позволяющими предотвратить негативные тенденции развития детей раннего возраста, имеющих различные нарушения сенсорные, интеллектуальные, эмоциональные, двигательные, речевые.

Предложенная модель является универсальной для всех типов образовательных организаций и форм образования детей от 0-7 ми лет при

выполнении требований к кадровым ресурсам. **Возможно применение с учетом различных категорий получателей услуг центра (службы):**

- родители (законные представители) детей от 0-3 лет;
- обеспечивающие получение детьми дошкольного образования в форме семейного образования;
- родители (законные представители) с детьми дошкольного возраста, в т.ч. от 0 до 3 лет, не получающие услуги дошкольного образования в образовательной организации;
- родители (законные представители) детей дошкольного возраста, в т.ч. от 0 до 3 лет, получающие услуги дошкольного образования в дошкольной образовательной организации
- родители (законные представители) с детьми дошкольного возраста с особыми образовательными потребностями.

Самой востребованной и наиболее распространенной является форма присмотра и ухода за детьми в группах полного дня, удлиненного дня и круглосуточного пребывания в государственных и муниципальных образовательных учреждениях. В них присмотр и уход сочетается с дошкольным образованием.

Вторая форма предоставления услуг по присмотру и уходу, получающая все большее распространение, реализуется в семейных дошкольных группах. Они создаются, как правило, на дому у воспитателя государственных и муниципальных дошкольных образовательных учреждений.

Третья форма предусматривает присмотр и уход за детьми в семье, при этом дети получают дошкольное образование в группах кратковременного пребывания.

Четвертая форма связана с привлечением к присмотру и уходу за детьми индивидуальных предпринимателей, осуществляющих индивидуальную педагогическую деятельность.

К вариативным формам дошкольного образования для детей с 2 месяцев до 7 лет относятся:

- группа кратковременного пребывания;
- центр игровой поддержки ребенка;
- консультативный пункт;
- служба ранней помощи;
- лекотека;
- семейный детский сад (группа);
- «гувернерство» и др.

Группа кратковременного пребывания (ГКП) вариативная форма организации дошкольного образования в режиме неполного дня (до 5 часов). Такая группа создается для детей раннего и дошкольного возраста для обеспечения их всестороннего развития и формирования у них основ школьного обучения. Кроме того, группа нацелена на оказание консультативно-методической поддержки родителям в организации воспитания и обучения ребенка, его социальной адаптации и формировании предпосылок учебной деятельности.

Центр игровой поддержки ребенка (ЦИПР) - организационная форма предоставления дошкольного образования, психолого-педагогической помощи детям в возрасте от 2 месяцев до 3 лет в режиме кратковременного пребывания детей в муниципальных дошкольных образовательных учреждениях. При организации работы используются современные методы игровой деятельности.

Консультативные пункты создаются для родителей (законных представителей) и детей в возрасте от 1 года до 7 лет, не посещающих детские сады. Они призваны обеспечить единство и преемственность семейного и общественного воспитания, необходимы для оказания психолого-педагогической помощи родителям (законным представителям) в поддержке всестороннего развития личности ребёнка.

Служба сопровождения семьи ребёнка раннего возраста в условиях дошкольного образовательного учреждения организуется для создания оптимальных условий психического и социального развития ребенка раннего возраста. Такая работа с ребенком помогает стимулировать развитие его

потенциальных возможностей путем взаимодействия ребенка с родителями и окружающим миром.

Лекотека создается для обеспечения психолого-педагогического сопровождения детей от 2-х месяцев до 7 лет с нарушениями развития для социализации, формирования предпосылок учебной деятельности, поддержки развития личности ребенка и оказания психолого-педагогической помощи родителям.

«Гувернерская служба» создается в образовательном учреждении для помощи семье в воспитании детей на дому. Создание службы также позволяет расширить сферу платных дополнительных образовательных услуг, привлечь в учреждение дополнительные источники финансирования.