

# Дистанционное консультирование родителей в ранней помощи: компетентностный подход

**Казьмин А.М.,**

*кандидат медицинских наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия, mgppukprd@gmail.com*

**Словохотова О.В.,**

*педагог-психолог территориального отделения «Бабушкинское», ГБУ ГППЦ ДОгМ, Москва, Россия, nicsecreatol9@gmail.com*

---

В статье излагаются методологические основы, методики, средства и порядок осуществления дистанционного консультирования родителей в ранней помощи в рамках компетентностного подхода. Апробация подхода проводилась в течение двух лет на 29 матерях детей в возрасте от 1 года 4 месяцев до 5,5 лет с различными диагнозами: «детский аутизм» (n=12), «синдром Дауна неуточненный» (n=3), «церебральный паралич неуточненный» (n=7), «другие уточненные хромосомные аномалии» (n=4), «смешанное специфическое расстройство психологического развития» (n=1), «общее расстройство развития неуточненное» (n=2). Возможности и ограничения подхода обсуждаются при описании двух случаев.

**Ключевые слова:** дистанционное консультирование, родители, ранняя помощь, семейно-центрированная модель, компетентностный подход, коучинг, видеоанализ, активность, участие, международная классификация функционирования.

---

## Для цитаты:

Казьмин А.М., Словохотова О.В. Дистанционное консультирование родителей в ранней помощи: компетентностный подход [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 159–184. doi: 10.17759/psycljn.2019080209

## For citation:

Kazmin A.M., Slovokhotova O.V. Distance Counseling for Parents in Early Intervention: a Competence-Based Approach [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 159–184. doi: 10.17759/psycljn.2019080209 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

Ранняя помощь должна включать консультационные услуги семьям (в том числе в дистанционной форме) с целью формирования позитивных отношений с ребенком и содействия реализации индивидуальных программ ранней помощи (далее – ИПРП) в естественных для ребенка ситуациях [2].

Консультирование родителей является ключевой формой работы специалистов при семейно-центрированной модели ранней помощи [3; 22; 38]. При этом могут решаться задачи активизации воспитательного потенциала и собственных ресурсов всех членов семьи для поддержки развития и обучения ребенка [12; 38]. В семейно-центрированной модели выделяют несколько компонентов или измерений. Двухкомпонентная модель включает отношения и участие [21]. В плане отношений специалисты должны обладать необходимыми компетенциями в сфере профессиональной коммуникации, уважать установки и способности родителей, в плане участия – быть гибкими, способными вовлекать семью во все процессы ранней помощи, поддерживать их активность в оценочных процедурах, в выборе целей, в принятии решений по ходу реализации ИПРП [21].

В качестве измерений семейно-ориентированной практики предлагается рассматривать: оказание помощи семье в целом, ориентацию на активную и решающую роль семьи в ранней помощи, приоритетность опоры на ресурсы ребенка и семьи [36]. Наиболее адекватная роль специалиста в семейно-центрированной модели – не эксперт, дающий семье ценные рекомендации, а фасилитатор и партнер, помогающий семье усилить свои ресурсы [15; 17; 19]. Исполнение специалистом роли партнера должно обеспечиваться такими качествами, как уважительность, эмпатия, честность, скромность, вовлеченность, а также полным спектром необходимых профессиональных компетенций (знания о развитии детей в норме и при нарушениях, об инвалидности, об услугах; способности поддерживать усилия родителей, быть оппонентом; владение техниками активного слушания, эмпатического реагирования, резюмирования, конструктивного диалога и т.п.) [20].

Расширение использования дистанционного консультирования в ранней помощи поддерживается стремительным совершенствованием интернет сервисов, мобильных устройств, увеличением высокоскоростного доступа к интернету. Благодаря новым технологиям становится возможным использовать время специалистов и родителей детей, нуждающихся в ранней помощи, наиболее эффективно [26; 29; 33], а также реализовывать раннюю помощь в ситуациях повседневной жизни силами родителей [8; 14; 18; 31; 32; 34; 41].

Имеются данные исследований, подтверждающие эффективность дистанционного консультирования родителей детей с тяжелыми нарушениями зрения, слуха, с расстройствами аутистического спектра, синдромом Мартина–Белл, другими расстройствами как в плане повышения вовлеченности родителей в реализации программ ранней помощи, так и в плане прогресса в развитии детей [8; 14; 27; 31; 32; 41]. Наибольшее внимание уделяется применению видеоконференции

со специалистом, выполняющим функции коуча [13; 14; 18; 25; 31; 32; 34; 41]. При этом широко используется видеоанализ [8; 14; 34]. Большинство авторов описывают комбинированное использование дистанционных и очных форм работы при оказании ранней помощи [8; 31; 32; 34; 41].

### Компетентностный подход в ранней помощи

Понятие «компетенция» было введено Р. Уайтом (R.W. White) в 1959 году, которое он определял как способность эффективно взаимодействовать со средой [39]. Источник формирования компетенции – «мотивация воздействия» (competence motivation, effectance), проявляющаяся в устойчивой избирательной активности, направленной на изменение среды [35; 39].

Компетенция – это не стабильный ресурс, позволяющий выполнять автоматизированные действия, а готовность личности использовать специфический опыт, приобретенный через значимую для нее деятельность, в изменяющихся условиях, а также готовность активно совершенствовать свою способность на протяжении всей своей жизни [28]. Компетенция, по своей сущности, – мотивированная способность [10].

У маленьких детей компетенции формируются в процессе мотивированного взаимодействия с окружающей средой, например, при исследовательской или игровой активности [40]. Компетенции позволяют взрослому человеку быть успешным в разных аспектах семейной жизни, в досуговой, профессиональной или общественной деятельности. Оценка компетенций рассматривается как альтернатива измерению интеллекта при подборе персонала [30] или оценке образовательных результатов традиционным способом [4].

Компетентностный подход в ранней помощи базируется на семейно-центрированной модели со всеми ее атрибутами; особый акцент ставится на прямой поддержке укрепления способностей родителей к повышению своего благополучия, а также на благополучии ребенка и семьи. При этом происходит формирование или совершенствование компетенций всех участников процесса оказания услуг: ребенка с ограничением жизнедеятельности, родителей и других членов семьи, специалиста (рис. 1).



Рис. 1. Взаимодействие супервизора, специалиста, родителя и ребенка при реализации индивидуальной программы ранней помощи в компетентностном подходе

**Компетенции ребенка.** Ранняя помощь оказывается детям младенческого, раннего и дошкольного возрастов. Ребенок с типичным развитием входит в этот мир как незрелый организм, но уже к первому году жизни выглядит исключительно любознательным и направленным на общение с близкими людьми. Исследуя предметы и людей, научаясь воспринимать язык и осознавать себя, он расширяет свои интересы, пробует свои возможности, испытывает границы и постепенно усиливает способности обогащать и использовать свой опыт влияния на окружение.

У маленького ребенка формируются компетенции в основных сферах детской деятельности: социального взаимодействия и общения, в разных видах досуговой активности, включая исследование и игру, самообслуживание.

**Компетенции родителя.** Родители детей с задержками развития и нарушениями жизнедеятельности испытывают дополнительные стрессовые нагрузки по сравнению с родителями типично развивающихся детей [8]. Крушение образа развивающегося здорового ребенка вызывает у родителей переживание утраты, что затрудняет полноценное их функционирование в семье, в том числе в родительско-детской подсистеме [8; 11].

Для таких родителей важны реактуализация, совершенствование или формирование следующих компетенций: способность справляться со стрессом, умения самостоятельно находить способы решения проблем, уважительно и конструктивно взаимодействовать и общаться с членами семьи и другими людьми, успешно разрешать конфликты, оказывать необходимую поддержку, воспитывать и развивать своего ребенка с учетом его ограничений, сильных сторон и интересов.

**Компетенции ведущего специалиста.** Специалисты в сфере ранней помощи, ведущие семью, работающие в рамках семейно-центрированной компетентностной модели должны обладать компетенциями:

- способностью выполнять свои трудовые функции в соответствии со стандартами предоставления услуг ранней помощи и этическими нормами;
- способностью проводить оценочные процедуры и составлять ИПРП;
- способностью содействовать улучшению функционирования детей с различными нарушениями развития, т.е. иметь трансдисциплинарную подготовку [23];
- способностью вовлекать родителей (других членов семьи) в партнерское взаимодействие по реализации ИПРП;
- способностью содействовать (в том числе с использованием технологий рефлексивной супервизии и коучинга) повышению родительских компетенций, содействующих адаптации родителей и расширению их возможностей поддержки функционирования ребенка и семьи;
- способностью к рефлексии своей профессиональной деятельности и профессиональному росту, включая все аспекты оказания услуг ранней

помощи, конструктивное взаимодействие в команде специалистов, профилактику выгорания [24].

**Компетенции супервизора.** Супервизор должен обладать всеми компетенциями ведущего специалиста, а также способностью проводить рефлексивную супервизию ведущего специалиста.

### **Реализация компетентностного подхода при дистанционном консультировании родителей в ранней помощи**

#### **Методологическая основа**

*А. Биопсихосоциальный подход и Международная классификация функционирования и ограничений жизнедеятельности*

Ограничения жизнедеятельности ребенка рассматриваются в соответствии с моделью функционирования, принятой в Международной классификации функционирования и ограничений жизнедеятельности (далее – МКФ), разработанной на основе биопсихосоциального подхода с расширением, предполагающим учитывать состояние функций организма, а также социальных и иных факторов окружающей среды (контекста).

Категории и параметры МКФ используются для оценки состояния функционирования ребенка в динамике [7]. В фокусе внимания специалиста находится функционирование ребенка при взаимодействии с близкими и с предметным окружением в естественных жизненных ситуациях (далее – ЕЖС), т.е. в ситуациях повседневной жизни, характерных для здоровых сверстников ребенка.

#### *Б. Теория функциональных систем*

Теория функциональных систем [1] принимается в качестве структурно-функциональной основы для понимания организации и развития целенаправленного поведения ребенка, в которой раскрывается роль внешних стимулов, предыдущего опыта и мотивационных факторов в афферентном синтезе и принятии решений и анализируется структура эфферентного синтеза и механизмов обратной связи при достижении субъективно важных результатов. Схема функциональной системы используется при анализе целенаправленного поведения ребенка и его взаимодействия с родителем.

#### *В. Теория процессуального анализа*

Термины и модели теории процессуального анализа раскрывают психологическую структуру межсубъектного взаимодействия ребенка с другими людьми, а также динамику развития системы аффективной саморегуляции, формируемых компетенций [5].

Схема межсубъектного взаимодействия помогает в оценке состояния структурно-функциональных компонентов взаимодействия в диаде ребенок–

родитель (совместное переживание аффектов, совместно-разделенное внимание, совместные действия, корегуляция). Модель регуляции аффективного гомеостаза используется при интерпретации адаптивного и дезадаптивного поведения ребенка. Понятие функционального домена позволяет фиксировать внимание на составляющих формируемых компетенций (информационной, аффективной, поведенческой и регуляторной).

### **Методики**

#### *А. Методика оценки сформированности компетенций ребенка*

Оценка сформированности компетенций ребенка осуществлялась при помощи специально разработанного опросника «Жизненные ситуации». В сопоставлении с разделами и категориями МКФ были отобраны ЕЖС, наиболее характерные для современных детей раннего и дошкольного возраста (см. приложение 1).

Сформированность компетенций оценивалось по состоянию активности (демонстрируемой ребенком способности решения задач в ЕЖС) и участия (вовлеченности в ЕЖС) [6]. Для оценки использовалась порядковая шкала, в которой 0 баллов соответствовало наибольшей сформированности компетенций, 4 балла – полной несформированности компетенций (см. приложение 2).

#### *Б. Методика оценки профиля функционирования ребенка*

Для контроля динамики функционирования ребенка использовался опросник, разработанный на основе категорий МКФ в рамках выполнения государственной работы ГБОУ ВПО МГППУ «Разработка комплекса мероприятий по созданию единой системы вариативных форм дошкольного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья» (Москва, 2014). Опросник заполняется специалистом со слов родителей (см. приложение 3).

#### *В. Методика оценки сформированности компетенций родителя*

Для оценки динамики сформированности компетенций родителя использовался специально разработанный опросник, заполняемый родителями самостоятельно через каждые три месяца реализации ИПРП (см. приложение 4). Опросник состоит из 37 пунктов. Оценка ответов производится при помощи порядковой шкалы. Используются следующие критерии оценки: 0 баллов – «нет», 1 балл – «плохо», 2 балла – «в некоторой степени, но не знаю, как это использовать для развития и воспитания ребенка», 3 балла – «хорошо, пытаюсь это использовать для развития и воспитания ребенка», 4 балла – «очень хорошо, использую это для поддержки развития и воспитания ребенка».

#### *Г. Вопросы для саморефлексии специалиста*

С целью совершенствования компетентности специалиста применялись вопросы для саморефлексии проведения консультации (см. табл. 1).

Таблица 1

**Пример вопросов для саморефлексии специалиста**

№	Во время последней консультации я как специалист:
1.	просматривал(а) цели ИПРП
2.	спрашивал(а) родителя о том, что произошло с момента последней консультации
3.	спрашивал(а) родителя о приоритетах на данную встречу
4.	проводил(а) микроанализ представленных родителем видео совместно с ней(ним)
5.	спрашивал(а) родителя о том, что она(он) думает о происходящем на видео
6.	обсуждал(а) с родителем релевантные техники поддержки развития ребенка, при необходимости – демонстрировал(а) примеры их применения
7.	акцентировал(а) внимание родителя на ее(его) успешных действиях, направленных на поддержку активности и вовлеченности ребенка, на способностях проявляемых ребенком
8.	спрашивал(а) родителя о желании что-то изменить в обсуждаемой ситуации, представленной на видео
9.	спрашивал(а) родителя о том, как она(он) видит дальнейшее расширение или усложнение активности ребенка в обсуждаемой ситуации, представленной на видео
10.	акцентировал(а) внимание родителя на аспектах, затрудняющих успешность ребенка, которые родителем не были замечены
11.	акцентировал(а) внимание родителя на важности поддержки интересов и предпочтений ребенка для его(ее) развития
12.	предоставлял(а) конкретную обратную связь, основанную на наблюдаемом поведении, а не общие отзывы оценочного характера («отлично!» и т.п.)
13.	спрашивал(а) родителя о приоритетах на следующую встречу

*Д. Методика дистанционного консультирования*

При дистанционном консультировании использовались беседа, недирективный коучинг, элементы директивного коучинга, наблюдение (в форме просмотра видеозаписей).

Беседа используется в целях прояснения ресурсов и ограничений ребенка, установок, мнений, приоритетов, эмоционального состояния и запросов родителей,

образа жизни семьи, эмоциональной поддержки родителей, их информирования, формирования доверительных партнерских отношений.

Недирективный коучинг [16] применяется в целях содействия родителю в выборе целей ИПРП, выработке плана и способов ее реализации, рефлексии полученного опыта. Сущность недирективного коучинга заключается в поддержке освоения клиентом общей модели решения задач GROW (G – goal – цель; R – reality – реальность; O – options – варианты; W – will – намерения, составление плана действий). При содействии родителям в выборе целей специалист придерживается модели SMART, определяющей параметры целей (S – specific – конкретная; M – measurable – измеримая; A – achievable – достижимая; R – relevant – значимая; T – time-bounded – определена во времени) [37]. В парадигме недирективного коучинга используются: активное слушание, открытые вопросы, направленные на активацию конструктивной рефлексии родителя, поддержка веры родителя в свои силы, поддержка принятия родителем решений и проявления настойчивости в достижении поставленных целей. Важнейший компонент недирективного коучинга – поддерживающая обратная связь, используемая при рефлексии действий родителей по реализации ИПРП и их результатов. Мы использовали модель обратной связи BOOST (B – balanced: акцентирование внимания на развитии и достижениях родителя и ребенка при упоминании негативных аспектов в конструктивном ключе; O – observed: обратная связь основывается только на наблюдаемых специалистом фактах; O – objective: при предоставлении обратной связи используется только описание действий и результатов, оценки не даются; S – specific: комментарии носят конкретный характер и подкрепляются примерами наблюдаемого поведения; T – timely: специалист дает свой отзыв как можно скорее, после наблюдения деятельности).

Директивный коучинг, в отличие от недирективного, направлен на обучение родителей формированию компетенций у ребенка путем передачи готовых технологий, которыми владеет специалист.

Коучинговые технологии использовались с опорой на видеозаписи поведения ребенка и его взаимодействия с родителем. При видеоанализе применялась техника «стоп-кадр», облегчающая осуществление рефлексии, основанной на фактах.

### **Средства дистанционного консультирования**

Для дистанционного консультирования специалисты пользовались отдельным помещением, оборудованным персональным компьютером с веб-камерой и проводной гарнитурой, подключенным к высокоскоростному интернету. Родитель пользовался любым доступным ему стационарным или мобильным компьютерным устройством с высокоскоростным доступом к интернету. Видеосюжеты хранились родителями в Google Foto своего аккаунта, соответствующие ссылки размещались ими в облачной рабочей документации совместного с ведущим специалистом пользования. Видео-конференц-связь осуществлялась при помощи Skype с использованием режима демонстрации экрана. В качестве рабочей документации использовался облачный конструктор индивидуальных программ, специально



разработанный нами в Google Tabs, к которому имели доступ ведущий специалист и родитель.

### **Порядок дистанционного консультирования**

Определение нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи происходило во время первичного приема, проводимого специалистами в сфере ранней помощи.

В случае выявления у ребенка ограничений жизнедеятельности родителям ребенка предлагались услуги ранней помощи, включая дистанционное консультирование. При получении согласия родителей на взаимодействие с ведущим трансдисциплинарным специалистом в дистанционном режиме родители получали доступ к соответствующим облачным ресурсам, назначались время и дата первой дистанционной встречи для проведения оценочных процедур и разработки ИПРП, а также согласовывалось расписание дистанционных консультаций. Устанавливались продолжительность консультации 1 час и частота консультаций 1 раз в неделю или 1 раз в две недели.

Оценочные процедуры проводились при помощи опросников «Профиль развития ребенка» и «Жизненные ситуации». Полученные результаты обсуждались с родителем, который выбирал цели ИПРП и жизненные ситуации для формирования у ребенка компетенций. ИПРП составлялась в автоматическом режиме с использованием разработанного нами облачного конструктора в соответствии с формой, указанной в методических рекомендациях, принятых Минтрудом России [9] (см. табл. 2),

Таблица 2

### **Фрагмент ИПРП**

Ситуации	Общие цели	Ситуационные цели	
		Специфическая активность в ситуации	Вовлеченность в ситуацию
Одевание	Ориентация в себе. Принятие новизны. Понимание неречевых сообщений. Использование неречевых средств общения. Понимание устной речи. Использование устной речи для общения. Поддержание взаимодействия. Установление и поддержание отношений с близкими людьми	может самостоятельно одеть и снять одежду частично	да

Затем специалист знакомил родителя с облачным рабочим инструментарием и сущностью предстоящей совместной работы. Родителю предстояло самостоятельно

выбирать темы очередных встреч, готовить соответствующие видеоматериалы для обсуждения и размещать ссылки на них на «рабочем столе» облачного конструктора программ.

Типичная структура онлайн-консультации включала вводную беседу, во время которой обсуждались актуальные для родителя вопросы функционирования ребенка и семьи, события семейной жизни, произошедшие со времени последней консультации, основную часть, фокусированную на выбранных родителем для обсуждения аспектах поведения ребенка и его взаимодействия с родителями в ЕЖС, заключительную часть, предназначенную для подведения итогов и текущего планирования.

Основная часть заключалась в процедурах коучинга с опорой на представленные родителем видеоматериалы. Директивные техники использовались в случаях необходимости разъяснения родителям эффективных способов достижения ожидаемых результатов. Недирективным техникам отдавалось предпочтение по мере вовлечения родителей в процесс реализации ИПРП и получения позитивных результатов от своих действий. Выработанные родителями решения фиксировались в облачной рабочей документации.

#### ***Сведения об апробации компетентностного подхода при дистанционном консультировании родителей в ранней помощи***

Апробация компетентностного подхода при дистанционном консультировании родителей в ранней помощи осуществлялась в период с сентября 2016 по июнь 2018 года в Государственном бюджетном учреждении города Москвы «Городской психолого-педагогический центр Департамента образования города Москвы». Работа проводилась с матерями 29 детей (4 девочки и 25 мальчиков) в возрасте от 1 года 4 месяцев до 5,5 лет ( $M_{\text{возр.}} - 27,9$  месяцев,  $SD_{\text{возр.}} - 11,2$  месяца). Распределение детей по причинам ограничений жизнедеятельности было следующим: 12 детей с диагнозом «детский аутизм», 3 ребенка с диагнозом «синдромом Дауна неуточненный», 7 детей – с «церебральным параличом неуточненным», 4 ребенка с диагнозом «другие уточненные хромосомные аномалии», 1 ребенок со «смешанным специфическим расстройством психологического развития», 2 ребенка с диагнозом «общее расстройство развития неуточненное». Все дети имели статус ребенка-инвалида, более половины из них 1-2 раза в год получали курсовые медицинские и реабилитационные услуги. Однако при этом матери детей консультационную помощь не получали; все услуги предоставлялись в стационарной форме и не имели отношения к развитию активности и вовлеченности ребенка в ЕЖС.

Консультационная помощь семьям предоставлялась на протяжении не менее 6 месяцев. В 27 из 29 случаев мы наблюдали практически непрерывное улучшение состояния активности и участия в ЕЖС, при этом выраженность позитивной динамики у различных детей варьировала в широком диапазоне. На динамику формирования компетенций у конкретных детей могли влиять несколько факторов: исходная тяжесть отдельных ограничений жизнедеятельности ребенка, их

комплексность, наличие необходимых вспомогательных средств (например, специального оборудования для позиционирования ребенка), адаптация родителя к нарушению развития ребенка, последовательность, вовлеченность и креативность родителя при реализации ИПРП, установки и участие других членов семьи, отношения в семье, другие.

### **Примеры**

*Пример 1.* М., мальчик, 2 года, с диагнозом: церебральный паралич (спастическая триплегия), задержка психоречевого развития, гиперметропия. М. получал стационарное лечение с частотой 1 раз в 3-4 месяца и еженедельно – занятия со специалистами по развитию подвижности на дому и на территории специализированного частного центра.

Состояние функционирования мальчика на момент начала дистанционного консультирования мамы было следующим: мальчик был чаще всего возбужден, не проявлял интереса к специалистам, большую часть времени предпочитал ползать по-пластунски, хватать и разбрасывать предметы, при этом совершенно не реагируя на обращения взрослых. При этом он отличал маму от незнакомых людей. В домашних условиях поведение было аналогичным: М. много ползал по-пластунски, разбрасывал предметы левой рукой, не демонстрировал интереса к изобразительным и дидактическим игрушкам, книжкам, видео, не имел никаких навыков самообслуживания, не понимал и не произносил никаких слов.

Развитию компетенций у ребенка мешали: отсутствие индивидуального специального оборудования для поддержания стабильной позы, очков; фиксированность мамы на преодолении отставания в двигательном развитии; ее недопонимание сложностей двигательных нарушений у сына, непонимание или игнорирование необходимости содействия формированию у М. навыков самообслуживания, общения, игровой и продуктивной деятельности; установка матери на приобретение услуг по развитию ребенка специалистами, отсутствие веры в способности М. к развитию и в свои способности стать компетентным родителем.

Тем не менее мама ребенка выразила согласие на получение дистанционных консультаций. В первые три месяца консультирования мама взаимодействовала с ведущим специалистом довольно поверхностно, многократно просила перенести встречи на другой день или другое время, мотивируя это необходимостью получения очередных разноплановых услуг, направленных на коррекцию двигательного развития; нарушала договоренности по целенаправленному содействию формирования согласованных компетенций у М.; вместо домашних видеозаписей предоставляла видеофрагменты работы специалистов различных реабилитационных центров. По инициативе мамы большую часть времени консультаций занимали беседы, во время которых ведущий специалист активно ее слушал, оказывал эмоциональную поддержку, последовательно стимулируя ее к рефлексии, предоставлял искомую информацию. Первыми ощутимыми результатами этого периода работы стали несколько важных изменений:

М. получил приемлемый вариант оборудования для активности в положении сидя, стал более внимательным во время приема пищи и научился есть рукой яблоко, а также пить из чашки с незначительной помощью матери. После проведения промежуточной оценки результативности реализации ИПРП и совместного обсуждения вовлеченность мамы заметно возросла, расписание консультаций стабилизировалось и к окончанию шестимесячного периода партнерства итоги выглядели уже более ощутимыми, чему в какой-то степени способствовало и начало использования очковой коррекции дальности зрения. М. продемонстрировал существенное увеличение вовлеченности в нескольких ЕЖС, стал самостоятельно есть ложкой и пить из чашки, играть с изобразительными игрушками (машинкой, куклой и другими), увлеченно смотреть видео, играть в прятки, демонстрировать понимание нескольких слов.

Рассмотрим использование представлений о структуре функциональной системы, упомянутых выше моделей SMART, BOOST при онлайн-консультировании мамы М.

В случае М., работа с его мамой была трудной преимущественно из-за того, что она была не готова принять наличие у сына тяжелого церебрального паралича и решиться взять на себя ответственность за поддержку развития ребенка. Эта позиция отражалась в ее негативных высказываниях об интересах и способностях М., в отсутствии умения общаться и играть с М., в отказе от приобретения инвалидного кресла и т.п. Складывалась парадоксальная ситуация: мама проявляла заботу о ребенке и отстраненность от него одновременно. М. большую часть времени находился либо у мамы на коленях, спиной к ней, либо один на полу. Она абсолютно все делала за сына, хотя левая рука у М. была вполне рабочей; никогда не играла с ним лицом к лицу в обычной для матерей манере, используя традиционные потешки, не пыталась сама хоть как-то его развивать. Свои мысли и энергию мама направляла на поиски новых методов лечения и занятий с новыми специалистами, находила средства в различных фондах для покрытия расходов на получение платных услуг.

Переломить ситуацию помогла наша помощь в виде предоставления во временное пользование удобного креслица для М., специально сконструированного ранее для другого ребенка с церебральным параличом, но совсем непохожего на инвалидное кресло, и в виде рекомендаций по подбору подходящего столика. При помощи этого оборудования М. продемонстрировал способность сидеть продолжительное время, манипулируя с игрушечной машиной. Мама сделала несколько видеозаписей этой самостоятельной занятости М. и проявила инициативу подробно их обсудить. Специалист на примере одной из видеозаписей в доступной форме познакомил маму с адаптированным вариантом описания модели самостоятельного функционирования ребенка. Внимание мамы фокусировали на следующих элементах: а) ребенок должен сам принимать решения, к чему ему стремиться, на основе того, что он чувствует, видит и слышит, что вызывает у него положительные эмоции (вариант описания начальных этапов существования функциональной системы от афферентного синтеза до формирования акцептора результата действия); б) ребенку необходимо

предоставить возможность самостоятельного использования сформированных ранее или демонстрируемых взрослым действий для достижения своей цели (вариант описания этапов эфферентного синтеза и исполнительных действий); в) ребенку важно самому оценивать результаты своих действий и думать, что ему делать дальше (вариант описания завершающих этапов работы функциональной системы). Мама отметила, что такое описание функционирования ребенка ей понятно, это естественно для любого человека. И она согласилась подумать о создании М. условий для научения чему-либо. В качестве актуальной ситуации она выбрала питье из чашки, так как пить мальчик любит, но все еще пьет из бутылочки, которую держит мама. Детализация описания цели с последующим составлением плана его реализации происходило в русле модели SMART: S (специфичность) – были согласованы параметры цели (характеристики чашки, содержимое и его количество, самостоятельное сидение ребенка в креслице за столиком, использование слюнявчика и наличие тряпочки на столике); М (измеряемость) – измерять результат договорились в примерном количестве самостоятельно выпитой жидкости; А (достижимость) – цель рассматривалась как достижимая, т.к. М. уже продемонстрировал способность устойчиво сидеть и при этом действовать левой рукой; R (значимость) – предлагать питье в типичное для питья время (в случае отказа – не предлагать); Т (определенность во времени) – ежедневные пробы и фиксация на видео с обсуждением во время следующей консультации через две недели.

Через две недели состоялась первая полноценная консультация с микроанализом видео. Результаты оказались более успешными, чем ожидала мама. М. проявил выраженный интерес и упорство в освоении самостоятельного питья. Он научился в большинстве случаев самостоятельно выпивать до 1/3 чашки жидкости, немного проливая; при этом начал выражать протест, если мама забирала у него чашку и пыталась его допить. По ходу совместного просмотра видео с остановкой кадра специалист задавал маме открытые вопросы, стимулирующие рефлексию, а также предоставлял обратную связь с использованием модели BOOST (конкретно, с акцентом на успехи как со стороны ребенка, так и со стороны мамы, обращая внимание также на затруднения и необходимость обдумать способы их преодоления). В заключительной части консультации специалист обсудил с мамой то, что она уже делает и может делать еще для повышения успешности М. в ситуации питья. Обсуждались важные компоненты родительской компетентности: умение заранее организовать предметную среду, ее расположение напротив ребенка, внимательное наблюдение за ребенком с целью понять ход его мыслей, действий и чувств, предоставление эмоциональной поддержки, невмешательство в действия ребенка.

Таким образом, ситуация питья стала источником достижений для М., которые в свою очередь помогли маме решиться на начало конструктивного сотрудничества со специалистом.

За период консультирования, продолжавшегося в течение 1 года 4 месяцев, мама М. повысила уровень своей родительской компетентности по следующим параметрам: знание сильных и слабых сторон сына, его интересов, умение

наблюдать за ним, понимание его поведения и желаний, проявление настойчивости в ситуациях фрустрации, умение оказывать ему эмоциональную поддержку.

*Пример 2.* У., девочка, 2 года, диагноз – «детский аутизм». Мама девочки на третьем триместре беременности вторым ребенком выбрала еженедельное дистанционное консультирование как единственную форму получения ранней помощи.

Состояние функционирования девочки на момент начала дистанционного консультирования мамы было следующим: У. демонстрировала высокий уровень вовлеченности при взаимодействии с игрушками со звуковыми и световыми эффектами, песком и красками, при просмотре мультфильмов, приеме пищи и питье, разглядывании книжек с картинками, танцах под музыку; умела самостоятельно есть ложкой и пить из чашки, снимать с себя одежду; при этом она не проявляла признаков ориентированности в себе и окружающих людях, совместного внимания, внимания к людям, взаимодействия с ними, интереса к изобразительным игрушкам, понимания речи и речевой продукции.

Развитию У. мешала недостаточность у мамы компетенций в области взаимодействия и общения с дочкой, содействия формированию у нее мотивации к различным видам деятельности, оказания адекватной помощи и эмоциональной поддержки.

Мощным ресурсом мамы оказалось ее желание научиться воспитывать и обучать У., как можно быстрее подготовить ее к посещению детского сада в группе типично развивающихся детей, что было отчасти обусловлено ожиданием рождения второго ребенка.

Первые 2,5 месяца еженедельного дистанционного консультирования прошли ритмично и продуктивно. Мама активно предоставляла видеоматериалы, вдумчиво участвовала в их обсуждении, в поиске нужной информации, в принятии решений по изменению среды и своего поведения. К очередной встрече мама успевала проделать большой объем работы в рамках достигнутых договоренностей и подготовить видео для обсуждения. Результаты не заставили себя долго ждать: у У. значительно расширился круг интересов, она стала вместе мамой участвовать в кормлении кошки, поливании цветов, изготовлении аппликаций, приготовлении пищи, просмотре домашних видеозаписей и фотоальбомов; стала играть с куклами и другими изобразительными игрушками, научилась кататься на самокате, надевать часть одежды, умываться, стала играть с папой в прятки, наблюдать за действиями взрослых и детей, понимать и произносить несколько слов.

После перерыва в течение 1,5 месяцев, связанного с отпускным периодом и рождением у мамы второго ребенка, дистанционное консультирование продолжилось с частотой 1 раз в 2 недели. На сеансах дистанционной связи ведущий специалист стал использовать преимущественно технологии недирективного коучинга, а мама – проявлять все большую самостоятельность. У. непрерывно демонстрировала прогресс в формировании компетенций: взаимодействие

с родителями стало намного устойчивее, У. стала самостоятельно выбирать занятия, ставить материалы и игрушки на место, научилась выговаривать несколько десятков слов, пересчитывать предметы в пределах пяти, улучшила другие свои навыки. У. стала посещать группу детского сада с типично развивающимися сверстниками, в первую половину дня с утра и до дневного сна. По отзывам воспитателей, адаптация У. проходила успешно, она стала наблюдать за детьми, совершать необходимые действия в установленном режиме дня, в том числе есть за одним столом с другими детьми и участвовать в изобразительной деятельности и музыкальных занятиях.

Рассмотрим использование элементов теории процессуального анализа, моделей GROW, BOOST, открытых вопросов при онлайн-консультировании мамы У.

К первой онлайн-встрече после составления ИПРП мама приготовила несколько видеофрагментов. В начале консультации, при совместном просмотре и обсуждении приоритетных для мамы видеоматериалов, используя модель обратной связи BOOST, специалист отметил позитивные аспекты в действиях мамы и дочки, а также обратил внимание мамы на проблемные моменты и посодействовал их осмыслению мамой, задавая открытые вопросы, относящиеся к остановленному кадру. Например: «Что Вы хотели от У. в данный момент?»; «О чем сейчас “говорят” руки У.?»; «На что в здесь направлено Ваше внимание? И на что – внимание У.?»; «Как Вы думаете, почему У. отталкивает Вашу руку?»; «Вы хотели бы что-то изменить в этой ситуации в следующий раз?»; «Что бы Вы себе посоветовали изменить?» и т.д. Вторая половина консультации была посвящена беглому просмотру оставшихся видеофрагментов и планированию последующей работы, придерживаясь модели GROW.

G (цель). На вопрос «Какие общие цели Вы хотели ли бы выбрать на первое время в качестве первоочередных?» мама указала на желание освоить эффективные способы развития у У. способностей к взаимодействию с другими людьми, если такие существуют. Свой выбор мама обосновала необходимостью У. научиться контактировать с детьми и взрослыми в детском саду, который она должна была начать посещать через 3-4 месяца.

R (реальность). Исходное состояние способностей У. к взаимодействию и общению было малоутешительным. Она не обращала внимания на интонацию, мимику и жесты родителей, на речевые обращения, не интересовалась тем, что делают родители, отказывалась подключаться к совместной активности. Это контрастировало со способностями У. к самостоятельному научению действиям с разными предметами, как правило, через «пробы и ошибки». Мама, как это было видно из предварительного просмотра нескольких видео, не выглядела достаточно компетентной при контакте с дочкой. Она проявляла избыточную навязчивость, чаще располагалась сзади девочки, не учитывала ее интенций и темпа действий, предлагала слишком сложные виды активности, использовала преимущественно команды и не использовала комментарии или похвалу, пыталась действовать ее руками, критиковала и т.п. С другой стороны, было видно, что многие из представленных на видео ситуаций нравились У.: она смотрела на соответствующие

объекты, пыталась их исследовать, издавала радостные вокализации, проявляла радость, взмахивая кистями рук и иногда подпрыгивая, улыбалась.

О (варианты). Развитие социального взаимодействия и общения является общей целью, которая может достигаться в любых ситуациях, представляющих интерес для У., и в которых взаимодействие с другими естественно. Мама У. выбрала несколько подходящих ЕЖС для пробы и последующего анализа.

W (намерение, план). Работа по поддержке развития способностей У. к взаимодействию и общению была запланирована в следующем формате:

1) регулярная съемка видеосюжетов, на которых хорошо видны действия участников взаимодействия (мамы и У., папы и У.);

2) получение мамой необходимых знаний о способах содействия развитию взаимодействия и общения;

3) совместный разбор видео с целью корректировки планов.

На следующей встрече при обсуждении с мамой первого из видеофрагментов специалист пояснил ей в доступной форме смысл понятия «субъект» и рассказал о четырех компонентах межсубъектного взаимодействия (из теории процессуального анализа): 1) совместное или взаимное внимание (способствующее установлению общей темы взаимодействия); 2) совместные действия (действия, направленные на достижение общей цели); 3) совместное аффективное переживание (переживаемых субъектами, партнерами одинаковых аффективных состояний); 4) координация действий с партнером (совместное управление, корегуляция).

Далее специалист помогал маме анализировать состояние взаимодействия на других видеозаписях. В результате мама осознала, что в большинстве случаев взаимодействие можно было охарактеризовать как дезорганизованное по одной или нескольким компонентам: несовпадение фокуса внимания, разнонаправленность действий, отсутствие совместных переживаний, взаимной координации действий. Вслед за этим специалист подробно разъяснил маме несколько простых способов поддержки взаимодействия с ребенком (содействие повышению компетентности родителя): демонстрация без требования повторения, наблюдение за действиями ребенка без вмешательства, словесное картирование, утрированное эмпатическое отзеркаливание, ожидание ответа ребенка в очередной рутине, отзеркаливание действий. В конце консультации специалист при помощи открытых вопросов посодействовал уточнению плана действий мамы на следующие две недели: «В каких ситуациях Вы хотели бы поработать над развитием взаимодействия с У.?»; «Какие способы поддержки взаимодействия Вы планируете освоить?»

Несмотря на объективные естественные трудности, испытываемые мамой, связанные с необходимостью ухода за родившимся вторым ребенком при отсутствии помощниц, за 10 месяцев работы (с перерывом в 1 месяц на роды



и адаптацию) маме удалось добиться значительных успехов в содействии развитию У., как было указано выше. При этом уровень родительской компетентности мамы существенно повысился во многих аспектах: умения наблюдать за У., организовывать ее личное развивающее пространство, адаптировать места общего пользования для вовлечения ее в разные виды активности по самообслуживанию и быту, поддерживать ее самостоятельную исследовательскую активность и игру, содействовать повышению ее настойчивости в ситуациях фрустрации, оказывать ей эмоциональную поддержку и адекватную помощь, понимать, что она хочет сообщить, играть вместе с ней и заниматься различными видами продуктивной деятельности, уважать и поддерживать ее инициативы, интересы и самостоятельную активность, не прерывать без крайней необходимости ее действий, не критиковать, ждать, содействовать развитию понимания речи и использованию новых слов, переосмысливать свое взаимодействие и отношения с дочкой.

### ***Развитие и поддержание компетентности специалистов***

*Ошибки в действиях специалиста в процессе дистанционного консультирования* практически неизбежны. Даже очень хорошо структурированная технология работы не гарантирует устойчивой, вдумчивой, хорошо подстроенной к конкретному случаю активности консультанта из-за воздействия на него множества внутренних и внешних факторов. Ошибки специалиста могут значительно осложнить процесс консультирования и вовлечения родителей в партнерское взаимодействие, затруднить достижение возможного уровня эффективности ранней помощи.

С целью развития и поддержания компетентности специалистов используется саморефлексия профессиональной деятельности и различные варианты рефлексивной супервизии (перекрестная внутренняя, внешняя, индивидуальная и групповая). Действенный контроль качества предоставляемых услуг требует наличия в центре ранней помощи практики текущей саморефлексии и регулярной перекрестной или внешней рефлексивной супервизии специалистов-консультантов.

Мы использовали саморефлексию и перекрестную рефлексивную супервизию, что помогало нам размышлять над проведенной работой с клиентами и вносить необходимые коррективы в процесс консультирования.

### **Заключение**

Компетентностный подход, используемый в дистанционном консультировании родителей, соответствует современным тенденциям в практике ранней помощи, обеспечивая соблюдение следующих принципов: следование семейно-центрированной модели, естественность (оказание услуг в ЕЖС), обеспечение функциональной направленности услуг.

Дистанционное консультирование родителей в рамках компетентностного подхода может содействовать повышению вовлеченности детей в ЕЖС и развитию их способностей к успешному выполнению соответствующих этим ситуациям задач,

развитию функционирования детей в целом, а также повышению родительской компетентности и компетентности специалистов.

Тем не менее эффективность данного подхода в дистанционном консультировании родителей в ранней помощи вариативна и безусловна, зависит от множества разнородных факторов, влияющих со стороны ребенка, родителя, семьи в целом, консультанта, организации и макросоциальной среды. В нашем исследовании мы сталкивались с ограничениями вследствие тяжелого множественного нарушения у ребенка и многофакторной немотивированности родителей.

## Литература

1. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. М., «Наука», 1973, с. 17–61.
2. Ермолаева Е.Е., Казьмин А.М., Мухамедрахимов Р.Ж. и др. О ранней помощи детям и их семьям // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. С. 4–18. doi:10.17759/autdd.2017150201
3. Жиянова П.Л. Семейно-центрированная модель ранней помощи // Синдром Дауна XXI век. 2008. № 1. С. 20–23.
4. Зимняя И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании. Авторская версия. М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. 40 с.
5. Казьмин А.М. Теория процессуального анализа: краткое описание и прикладное значение [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. № 4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57302.shtml> (дата обращения: 07.01.2019)
6. Казьмин А.М. Участие: теоретические аспекты и оценка в практике ранней помощи [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Т. 4. № 2. С. 115–127. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kazmin.shtml> (дата обращения: 07.01.2019)
7. Казьмин А.М., Перминова Г.А., Чугунова А.И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. № 2. URL: [http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Kazmin\\_et\\_al.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Kazmin_et_al.shtml) (дата обращения: 07.01.2019)
8. Кудрина Т.П., Серкина А.В. Дистанционное консультирование родителей в системе ранней помощи: из опыта работы // Дефектология. 2013. № 6. С. 60–70.

9. Методические рекомендации по организации ранней помощи (от 25 декабря 2018) [Электронный ресурс] // URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/274> (дата обращения 07.01.2019)

10. Равен Дж. Компетентность в современном обществе: выявление, развитие и реализация. М.: Когито-Центр, 2002. 396 с.

11. Селигман М., Дарлинг Р.Б. Обычные семьи, особые дети: системный подход к помощи детям с нарушениями развития. М.: Теревинф, 2007. 368 с.

12. Ткачева В.В. Реализация семейно-центрированного подхода в условиях службы ранней помощи // Коррекционная педагогика. 2016. Т. 68. № 2. С. 17–21.

13. Baharav E., Reiser C. Using telepractice in parent training in early autism // Telemedicine and E-Health. 2010. Vol. 16. № 6. Pp. 727–731. Doi: 10.1089/tmj.2010.0029.

14. Behl D., Blaiser K., Cook G. et al. A Multisite Study Evaluating the Benefits of Early Intervention via Telepractice // Infants & Young Children. 2017. Vol. 30. № 2. Pp. 147–161. Doi: 10.1097/IYC.0000000000000090.

15. Block A.W., Block S.R. Strengthening social work approaches through advancing knowledge of early childhood intervention // Child and Adolescent Social Work Journal 2002. Vol. 19. № 3. Pp. 191–208. Doi: 10.1023/A:1015575914314

16. Braddell A. Citizens' Curriculum guide to non-directive coaching [Электронный ресурс]. Leicester: Learning and Work Institute, 2017. URL: <https://www.learningandwork.org.uk/wp-content/uploads/2017/08/LW-Coaching-Report-V6-13.7.2017.pdf> (дата обращения: 07.01.2019)

17. Brewer E.J., McPherson M., Magrab P.R. et al. Family-Centered, Community-based: coordinated care for children with special health care needs // Pediatrics. 1989. Vol. 83. № 6. Pp. 1055–1060.

18. Brown J.A. Exploring Coaching Strategies in a Parent-Implemented Intervention for Toddlers. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, 2012. [Электронный ресурс]. The Florida State University College Of Communication and Information. URL: [http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU\\_migr\\_etd-5324](http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-5324) (дата обращения: 07.01.2019)

19. Brown W., Thurman S.K., Pearl L.F. Family-Centered Early Intervention with Infants & Toddlers: innovative cross-disciplinary approaches. Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 1993. 340 p.

20. Davis H., Day C., Bidmead C. Working in partnership with parents: the parent adviser model. London: The Psychological Corporation. 2002. 293 p.

21. Dunst C.J., Trivette C.M. Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care // Pediatric Nursing. 1996. № 4. Vol. 22. Pp. 334–337.

22. Dunst C.J. Family-centered practices // Journal of Special Education. 2002. Vol. 36. № 3. Pp. 141–149. Doi: 10.1177/00224669020360030401

23. *Edelman L.* A relationship-based approach to early intervention [Электронный ресурс]. Resources and Connections. 2004. Vol. 3. № 2. (July-September), pp. 2–9. URL: [http://sacenter-ecmh.org/wp/wp-content/uploads/2012/03/relationship\\_based\\_approach.pdf](http://sacenter-ecmh.org/wp/wp-content/uploads/2012/03/relationship_based_approach.pdf) (дата обращения: 07.01.2019)
24. Florida's Early Intervention Professional Competencies. Florida Department of Health website [Электронный ресурс]. URL: [http://www.floridahealth.gov/alternatesites/cms-kids/providers/documents/Professional\\_Competencies](http://www.floridahealth.gov/alternatesites/cms-kids/providers/documents/Professional_Competencies). (дата обращения: 07.01.2019)
25. *Friedman M., Woods J., Salisbury C.* Caregiver Coaching Strategies for Early Intervention Providers: Moving Toward Operational Definitions // *Infants & Young Children*. 2012. Vol. 25 № 1. Pp. 62–82. Doi: 10.1097/IYC.0b013e31823d8f12
26. *Jones DJ, Forehand R, Cuellar J., et al.* Harnessing innovative technologies to advance children's mental health: Behavioral parent training as an example // *Clinical Psychology Review*. 2013. Vol. 33 № 2. Pp. 241–252. Doi: 10.1016/j.cpr.2012.11.003.
27. *Kaiser A.P., Roberts M.Y.* Parent-implemented enhanced milieu teaching with preschool children who have intellectual disabilities // *Journal of speech, language, and hearing research*. 2013. Vol. 56 № 1. Pp. 295–309.
28. *Knowles M.S.* The modern practice of adult education: Androgogy versus pedagogy. New York: New York Association Press, 1970. 376 p.
29. *McCarthy M., Muñoz K., White K.R.* Teleintervention for infants and young children who are deaf or hard-of-hearing // *Pediatrics*. 2010. Vol. 126. № 1. Pp. 52–58.
30. *McClelland D.C.* Testing for competence rather than intelligence // *American Psychologist*. 1973. Vol. 28. № 1. Pp. 1–14. Doi: 10.1037/h0034092
31. *McDuffie A., Machalicek W., Oakes A., et al.* Distance Video-Teleconferencing in Early Intervention: Pilot Study of a Naturalistic Parent-Implemented Language Intervention. // *Topics in Early Childhood Special Education*. 2013. Vol. 33. № 3. Pp. 172–185. Doi: 10.1177/0271121413476348.
32. *McDuffie A., Oakes A., Machalicek W., et al.* Early language intervention using distance video-teleconferencing: A pilot study of young boys with fragile X syndrome and their mothers // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2016. Vol. 25. № 1. Pp. 46–66. Doi:10.1044/2015\_AJSLP-14-0137
33. *Meadan H., Angell M.E., Stoner J.B., et al.* Parent-implemented social-pragmatic communication intervention: A pilot study. // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2014. Vol. 29 № 1. Pp. 95–110. Doi:10.1177/1088357613517504
34. *Meadan H., Snodgrass M.R., Meyer L.E., et al.* Internet-Based Parent-Implemented Intervention for Young Children with Autism: A Pilot Study // *Journal of Early Intervention*. 2016. Vol. 38. № 1. Pp. 3–23. Doi: 10.1177/1053815116630327

35. *Pearlman C.* The Measurement of Effectance Motivation // Educational and Psychological Measurement. 1982. Vol. 42. № 1. Pp. 49–56. Doi: 10.1177/0013164482421006
36. *Petr C.G., Allen R.I.* Family-Centered Professional Behavior: Frequency and Importance to Parents // Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 1997. Vol. 5. № 4. Pp. 196–204. Doi: 10.1177/106342669700500402
37. *Raia A.P.* Goal setting and self-control: An empirical study // Journal of Management Studies. 1965. Vol. 2. № 1. Pp. 34–53.
38. *Tomasello N.M., Manning A.R., Dulmus C.N.* Family-Centered Early Intervention for Infants and Toddlers with Disabilities // Journal of Family Social Work. 2010. Vol. 13. № 2. Pp. 163–172 Doi: 10.1080/10522150903503010
39. *White R.W.* Motivation reconsidered: The concept of competence // Psychological Review. 1959. Vol. 66. № 5. Pp. 297–333. Doi: 10.1037/h0040934
40. *White, R. W.* (1966). Lives in progress: A study of the natural growth of personality (2nd ed.). Oxford, England: Holt, Rinehart & Winston.
41. *Vismara L.A., McCormick C, Young G.S., et al.* Preliminary findings of a telehealth approach to parent training in autism // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2013. Vol. 43. № 12. Pp. 2953–2969. Doi: 10.1007/s10803-013-1841-8.

# Distance Counseling for Parents in Early Intervention: A Competence-Based Approach

**Kazmin A.M.,**

*PhD in Medicine, Professor, Department of Neuro and Pathopsychology of Development, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, mgppukprd@gmail.com*

**Slovokhotova O.V.,**

*psychologist, territorial branch "Babushkinskaya", SBI CPEA, Moscow, Russia, nicecreamol9@gmail.com*

---

The article outlines the methodological framework, methods, tools and procedures for implementation of distance counseling of parents in early intervention within the competence-based approach. The approach testing was carried out during 2 years in 29 mothers of children aged 1 year and 4 months to 5,5 years with various diagnoses: "childhood autism" (n=12), "Down syndrome, unspecified" (n=3), "cerebral palsy, unspecified" (n=7), "other specified chromosome abnormalities" (n=4), "mixed specific developmental disorder" (n=1), "pervasive developmental disorder, unspecified" (n=2). Implementation of the approach, as well as its possibilities and limitations, are pointed out in the description of 2 cases.

**Keywords:** distance counseling, parents, early intervention, family-centered model, competence-based approach, coaching, video analysis, activity, participation, international classification of functioning.

---

## References

1. Anokhin P.K. Printsipial'nye voprosy obshchei teorii funktsional'nykh sistem. [Principal issues of the general theory of functional systems]. Moscow: Nauka, 1973, pp. 17–61.
2. Ermolaeva E.E., Kaz'min A.M., Mukhamedrakhimov R.Zh., et al. O rannei pomoshchi detyam i ikh sem'yam [About early help for children and their families]. *Autizm i*

*narusheniya razvitiya. [Autism and developmental disorders]*, 2017, vol. 15, no. 2, pp. 4–18. doi:10.17759/autdd.2017150201 (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Zhiyanova P.L. Semeino-tsentrirovannaya model' rannei pomoshchi. [Family-centered early help model]. *Sindrom Dauna XXI vek [Down syndrome XXI century]*, 2008, № 1, pp. 20–23.

4. Zimnyaya I.A. Klyuchevye kompetentnosti kak rezul'tativno-tselevaya osnova kompetentnostnogo podkhoda v obrazovanii. [Key competencies as an effective target basis of a competence-based approach in education]. Moscow, Issledovatel'skii tsentr problem kachestva podgotovki spetsialistov, 2004. 40 p.

5. Kaz'min A.M. Teoriya protsessual'nogo analiza: kratkoe opisanie i prikladnoe znachenie [Theory of procedural analysis: a brief description and applied value] [Web Source]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical and special psychology]*, 2012, no. 4. Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57302.shtml> (Accessed 07.01.2019) (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Kaz'min A.M. Uchastie: teoreticheskie aspekty i otsenka v praktike rannei pomoshchi [Participation: theoretical aspects and evaluation in the practice of early care] [Web Source]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical and special psychology]*, 2015, vol. 4, no. 2, pp. 115–127. Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kazmin.shtml> (Accessed 07.01.2019) (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Kaz'min A.M., Perminova G.A., Chugunova A.I. Prikladnoe znachenie Mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya detei i podrostkov (kratkii obzor literatury) [Applied value of the International classification of functioning, disability and health of children and adolescents (short literature review)] [Web Source]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical and special psychology]*, 2014, vol. 3, no. 2. Available at: [http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Kazmin\\_et\\_al.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Kazmin_et_al.shtml) (Accessed 07.01.2019) (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Kudrina T.P., Serkina A.V. Distantionnoe konsul'tirovanie roditelei v sisteme rannei pomoshchi: iz opyta raboty [Remote counseling of parents in the system of early help: from work experience]. *Defektologiya [Defectology]*, 2013, no. 6, pp. 60–70.

9. Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii rannei pomoshchi [Guidelines for the organization of early intervention], Dec., 25, 2018 [Web Source]. Available at: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/274> (Accessed 07.01.2019)

10. Raven Dzh. Kompetentnost' v sovremennom obshchestve: vyyavlenie, razvitie i realizatsiya. [Competence in modern society: identification, development and implementation]. Moscow: Cogito, 2002, 396 p.

11. Seligman M., Darling R.B. Obychnye sem'i, osobye deti: sistemnyi podkhod k pomoshchi detyam s narusheniyami razvitiya. [Ordinary families, special children: a systematic approach to helping children with developmental disorders]. Moscow: Terevinf, 2007. 368 p.

12. Tkacheva V.V. Realizatsiya semeino-tsentrirovannogo podkhoda v usloviyakh sluzhby rannei pomoshchi [Implementing a family-centered approach in terms of early help services]. *Korreksionnaya pedagogika [Correctional Pedagogy]*, 2016, vol. 68. № 2. pp. 17–21.
13. Baharav E., Reiser C. Using telepractice in parent training in early autism. *Telemedicine and E-Health*, 2010, vol. 16, no. 6, pp 727–731. Doi: 10.1089/tmj.2010.0029.
14. Behl D., Blaiser K., Cook G. et al. A Multisite Study Evaluating the Benefits of Early Intervention via Telepractice. *Infants & Young Children*, 2017, vol. 30, no. 2, pp. 147–161. Doi: 10.1097/IYC.0000000000000090.
15. Block A.W., Block S.R. Strengthening social work approaches through advancing knowledge of early childhood intervention. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 2002, vol. 19, no. 3, pp. 191–208. Doi: 10.1023/A:1015575914314
16. Braddell A. Citizens' Curriculum guide to non-directive coaching [Web Source]. Leicester: Learning and Work Institute, 2017. Available at: <https://www.learningandwork.org.uk/wp-content/uploads/2017/08/LW-Coaching-Report-V6-13.7.2017.pdf> (Accessed 07.01.2019)
17. Brewer E.J., McPherson M., Magrab P.R. et al. Family-Centered, Community-based: coordinated care for children with special health care needs. *Pediatrics*, 1989, vol. 83, no. 6, pp. 1055–1060.
18. Brown J.A. Exploring Coaching Strategies in a Parent-Implemented Intervention for Toddlers. Dissertation of Doctor of Philosophy [Web Source], The Florida State University College of Communication and Information, 2012. Available at: [http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU\\_migr\\_etd-5324](http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-5324) (Accessed 07.01.2019)
19. Brown W., Thurman S.K., Pearl L.F. Family-Centered Early Intervention with Infants & Toddlers: innovative cross-disciplinary approaches. Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 1993. 340 p.
20. Davis H., Day C., Bidmead C. Working in partnership with parents: the parent adviser model. London: The Psychological Corporation. 2002. 293 p.
21. Dunst C.J., Trivette C.M. Empowerment, effective helping practices and family-centered care. *Pediatric Nursing*, 1996, vol. 22, no. 4, pp. 334–337.
22. Dunst C.J. Family-centered practices. *Journal of Special Education*, 2002, vol. 36, no. 3, pp. 141–149. Doi: 10.1177/00224669020360030401
23. Edelman L. A relationship-based approach to early intervention [Web Source]. *Resources and Connections*, 2004, vol. 3, no. 2, pp. 2–9. Available at: [http://cacenter-ecmh.org/wp/wp-content/uploads/2012/03/relationship\\_based\\_approach.pdf](http://cacenter-ecmh.org/wp/wp-content/uploads/2012/03/relationship_based_approach.pdf) (Accessed 07.01.2019).
24. Florida's Early Intervention Professional Competencies. Florida Department of Health website [Web Source]. Available at: <http://www.floridahealth.gov>



/alternatesites/cms-kids/providers/documents/Professional\_Competencies. (Accessed 07.01.2019)

25. Friedman M., Woods J., Salisbury C. Caregiver Coaching Strategies for Early Intervention Providers: Moving Toward Operational Definitions. *Infants & Young Children*, 2012, vol. 2, no. 1, pp. 62–82. Doi: 10.1097/IYC.0b013e31823d8f12

26. Jones D.J., Forehand R., Cuellar J., et al. Harnessing innovative technologies to advance children's mental health: Behavioral parent training as an example. *Clinical Psychology Review*, 2013, vol. 33, no. 2, pp. 241–252. Doi: 10.1016/j.cpr.2012.11.003.

27. Kaiser A.P., Roberts M.Y. Parent-implemented enhanced milieu teaching with preschool children who have intellectual disabilities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2013, vol. 56, no. 1, pp. 295–309.

28. Knowles M.S. The modern practice of adult education: Androgogy versus pedagogy. New York: New York Association Press, 1970. 376 pp.

29. McCarthy M., Muñoz K., White K.R. Teleintervention for infants and young children who are deaf or hard-of-hearing. *Pediatrics*, 2010, vol. 126, no. 1, pp. 52–58.

30. McClelland D.C. Testing for competence rather than intelligence. *American Psychologist*, 1973, vol. 28, no. 1, pp. 1–14. Doi: 10.1037/h0034092

31. McDuffie A., Machalicek W., Oakes A., et al. Distance Video-Teleconferencing in Early Intervention: Pilot Study of a Naturalistic Parent-Implemented Language Intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 2013, vol. 33, no. 3, pp. 172–185. Doi: 10.1177/0271121413476348.

32. McDuffie A., Oakes A., Machalicek W., et al. Early language intervention using distance video-teleconferencing: A pilot study of young boys with fragile X syndrome and their mothers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2016, vol. 25, no. 1, pp. 46–66. Doi:10.1044/2015\_AJSLP-14-0137

33. Meadan H., Angell M.E., Stoner J.B., et al. Parent-implemented social-pragmatic communication intervention: A pilot study. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 2014, vol. 29, no. 1, pp. 95–110. Doi:10.1177/1088357613517504

34. Meadan H., Snodgrass M.R., Meyer L.E., et al. Internet-Based Parent-Implemented Intervention for Young Children with Autism: A Pilot Study. *Journal of Early Intervention*, 2016, vol. 38, no. 1, pp. 3–23. Doi: 10.1177/1053815116630327

35. Pearlman C. The Measurement of Effectance Motivation. *Educational and Psychological Measurement*, 1982, vol. 42, no. 1, pp. 49–56. Doi: 10.1177/0013164482421006

36. Petr C.G., Allen R.I. Family-Centered Professional Behavior: Frequency and Importance to Parents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1997, vol. 5, no. 4, pp. 196–204. Doi: 10.1177/106342669700500402

37. Raia A.P. Goal setting and self-control: An empirical study. *Journal of Management Studies*, 1965, vol. 2, no. 1, pp. 34–53.
38. Tomasello N.M., Manning A.R., Dulmus C.N. Family-Centered Early Intervention for Infants and Toddlers with Disabilities. *Journal of Family Social Work*, 2010, vol. 13, no. 2, pp. 163–172 Doi: 10.1080/10522150903503010
39. White R.W. Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 1959, vol. 66, no. 5, pp. 297–333. Doi: 10.1037/h0040934
40. White R.W. *Lives in progress: A study of the natural growth of personality* (2nd ed.). Oxford, England: Holt, Rinehart & Winston, 1966.
41. Vismara L.A., McCormick C., Young G.S., et al. Preliminary findings of a telehealth approach to parent training in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2013, vol. 43, no. 12, pp. 2953–2969. Doi: 10.1007/s10803-013-1841-8.