Фонд президентских грантов
Министерство образования Иркутской области
Городской благотворительный фонд
«Наследие иркутских меценатов»
Иркутский центр абилитации
Служба ранней помощи Иркутского центра абилитации

Служба ранней помощи в системе сопровождения семей, воспитывающих детей с нарушениями психического и интеллектуального развития: ключевые проблемы и их решение

Сборник материалов к конференции
«Актуальность создания служб ранней помощи в регионе:
межведомтсвенный подход»

22 ноября 2018 г.

Иркутск, 2018 г.

Служба ранней помощи в системе сопровождения семей, воспитывающих детей с нарушениями психического и интеллектуального развития: ключевые проблемы и их решение: сборник материалов к конференции «Актуальность создания служб ранней помощи в регионе: межведомтсвенный подход», 22 ноября, 2018 года, г.Иркутск, Россия / Сост. М.И. Рудометова, С.Н. Мельник, Е.З. Шиганина – И. : ООО «Арт-Принт», 2018. - 145 с.

Сборник подготовлен в рамках проекта «Особые дети рядом» по созданию Службы ранней помощи в Иркутске и Иркутской области, реализуемый Фондом «Наследие иркутских меценатов» и АНО «Иркутский центр абилитации» при поддержке Фонда президентских грантов.

Особая благодарность за предоставленные статьи АНО ДП «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства», РБОО «Центр лечебной педагогики» (г. Москва), АНО «Иркутский центр абилитации».

Сборник материалов конференции содержит статьи авторов, рассматривающих вопросы оказания ранней помощи особым детям и их семьям.

В сборнике представлено исследование об уровне и качестве оказываемой ранней помощи особым детям и их семьям в Иркутске и Иркутской области.

Предназначен общественным организациям родителей, кадровым волонтерам, специализированным учреждениям, профессиональному сообществу и всем интересующимся вопросами оказания ранней помощи особым детям и их семьям.

Тираж 150 шт.

СОДЕРЖАНИЕ

РАННЯЯ ПОМОЩЬ. ПОНЯТИЕ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ. НОРМАТИВНАЯ БАЗА……...4
Ермолаева Е.Е., Казьмин А. М., Мухамедрахимов Р. Ж., Самарина Л.В.
Ранняя помощь семьям и их детям……4
Примерный стандарт. Порядок оказания услуг ранней помощи для детей и их семей…….....…….....…….....……17
Примерная методика оценки качества и эффективности предоставления услуг Ранней помощи детям и их семьям...……31

СЛУЖБА РАННЕЙ ПОМОЩИ. ИССЛЕДОВАНИЕ……39
Отчет мониторинга реализации проекта Благотворительного фонда «Наследие иркутских меценатов» - «Особые дети рядом» направленного на создание Службы ранней помощи в Иркутске и Иркутской области……39

СПЕЦИАЛИСТАМ……53
Мельник С.Н.
Роль общественных объединений в системе помощи семьям, воспитывающих детей с нарушениями в интеллектуальном и психическом развитии……53
Горина Е.Ю., Лучникова А.П., Клочкова Е.В.
Уверенное начало - надомная программа ранней помощи для детей с ТМНР: исследование запросов семей……..56
Трифонова Н.Н., Луконина Ф.Д., Ханнанова Р.А., Тухфатуллова А.Н., Антонова Ж.В.
Принцип междисциплинарной командной работы в раннем вмешательстве……..67
Иерс С. Э., Папсуева О. В.
Организация терапевтического пространства: роль сеттинга и ведущего в совместной группе «мать-дитя», сопровождающей детей с нарушениями развития и расстройствами аутистического спектра ……..……72
Самарина Л.В., Ермолаева Е.Е., Самарина А.А.
Междисциплинарная оценка: цель, задачи, принципы проведения……...87
Самарина Л.В., Ермолаева Е.Е., Самарина А.А.
Компоненты междисциплинарной оценки. Алгоритм проведения междисциплинарной оценки……89
Самарина Л.В.
Применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в службе раннего вмешательства……..91
Дождева С.М.
Построение партнерских отношений с семьей в службе ранней помощи ……..……..101
Матвеева О.М. О принципе развития в естественной среде……..111
Соммер Д., Прамлинг С.И., Хундейде К.
Раннее воспитание и образование: личностно-ориентированная парадигма……..…..118

РОДИТЕЛЯМ……..136
Инструмент для наблюдения за развитием ребенка……...136
Рекомендации по развитию орально-моторных навыков и навыков артикуляции……140
Иванова В.Ю., Истомина Л.А., Пальмов О.И.
Освоение горшка: готовность ребенка и отношение взрослого……..142

РАННЯЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ И ИХ ДЕТЯМ

Ермолаева Е.Е. (Санкт-Петербург)
Руководитель образовательного направления
АНО ДП «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»
Казьмин А. М. (Москва)
Профессор кафедры нейро- и патологии развития
Московский государственный психолого-педагогический университет
Мухамедрахимов Р. Ж. (Санкт-Петербург)
Профессор, заведующий кафедрой психического здоровья
и раннего сопровождения
Санкт-Петербургский государственный университет
Самарина Л.В. (Санкт-Петербург)
Директор
АНО ДП «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»

В последние 40 лет в мире активно развивается помощь детям в возрасте от рождения до 3-х лет, имеющим нарушения развития, ограничения жизнедеятельности или имеющим риск развития нарушений. Такая технология оказания помощи маленьким детям и их семьям носит название «раннее вмешательство». Уже более 25 лет в России внедряются программы поддержки семей и маленьких детей по программам раннего вмешательства, при этом в нашей стране для обозначения данного вида помощи принят термин «ранняя помощь».

В данной статье будут рассмотрены основные определения, используемые для описания технологии, методологические основы и принципы ранней помощи, организационные основы реализации ранней помощи.

Термины и определения

Ранняя помощь детям и их семьям - комплекс услуг ранней помощи, оказываемых на междисциплинарной и межведомственной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на содействие физическому и психическому развитию детей, их вовлеченности в естественные жизненные ситуации, формированию позитивного взаимодействия и отношений детей и родителей/воспитателей, в семье в целом, включению детей в среду сверстников и их интеграции в общество.

Услуга ранней помощи - комплекс профессиональных действий, направленных на оценку или мониторинг физического и психического развития ребенка целевой группы, его вовлеченности в естественные жизненные ситуации, взаимодействия и отношений с родителями/воспитателями и в семье в контексте влияния факторов

окружающей среды, а также направленных на составление, реализацию и оценку эффективности индивидуальной программы ранней помощи, консультирование родителей и специалистов организаций образования, здравоохранения и социального обслуживания.

Ребенок целевой группы (ребенок, нуждающийся в ранней помощи) - ребенок в возрасте от рождения до 3 лет, имеющий ограничение жизнедеятельности или ребенок из группы риска, а также ребенок с ограничением жизнедеятельности в возрасте от 3 до 7 лет, не получающий дошкольное образование или получающий его в семье.

Ребенок группы риска - ребенок в возрасте от рождения до 3 лет с риском развития ограничений жизнедеятельности в связи с неблагоприятным воздействием биологических факторов или факторов окружающей среды, включая неблагоприятные социальные факторы.

Воспитатель - родитель, другой родственник или лицо, фактически осуществляющее непосредственный уход за ребенком, его воспитание и развитие, в том числе должностное лицо в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, выполняющее функции непосредственного ухода за ребенком, его воспитания и развития.

Семья - круг лиц, совместно проживающих с ребенком, включая родителей, опекунов, попечителей, приемных родителей, братьев, сестер, бабушек, дедушек и других близких родственников, а также, при проживании ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, дети и воспитатели группы проживания ребенка.

Естественные жизненные ситуации (ЕЖС) – повседневные жизненные ситуации дома, вне дома и в обществе, характерные для типично развивающихся сверстников.

Индивидуальная программа ранней помощи (ИПРП) - документ, оформленный в письменном и электронном виде, составленный на основании оценки ребенка и семьи, оценки факторов окружающей среды, содержащий цели ранней помощи, естественные жизненные ситуации, в которых планируется их достижение, перечень услуг ранней помощи, объём услуг, формы и места их оказания, сроки, указание ведущего специалиста и исполнителей программы.

Активность ребенка - выполнение задачи или действия ребенком.

Участие ребенка - вовлеченность ребенка в естественную жизненную ситуацию.

Функционирование ребенка - развитие функций организма ребенка; действия и деятельность, которые ребенок способен выполнять; участие ребенка в ЕЖС; участие ребенка в жизни социального окружения.

Ограничение жизнедеятельности ребенка - наличие у ребенка задержки развития или нарушения одной, или нескольких функций организма, включая психические функции, функций, связанных с обеспечением подвижности, функций продукции голоса и речи, сенсорных

функций, или/и задержки развития или ограничения активности, или/и ограничения возможности участия в естественных жизненных ситуациях.

Цели ранней помощи

Целями ранней помощи являются:

- улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях,
- повышения качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями/воспитателем и в семье,
- повышение компетентности родителей/воспитателей в вопросах развития и воспитания ребенка,
- включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи.

Методологические основы ранней помощи

Теоретико-методологической основой ранней помощи являются представления о развитии детей младенческого и раннего возраста в системе «ребенок – близкий взрослый» [5, 14, 15], в том числе детей из групп социального и биологического и риска нарушений развития [17, 19], включая детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей [5, 14, 20, 21, 22, 25]. Кроме того, основу ранней помощи составляют положения теории привязанности [10, 14], согласно которой для благополучного психического, физического, коммуникативного развития ребенка и формирования у него адаптивных моделей поведения и типов привязанности, ребенку необходимо взаимодействие с чувствительной, отзывчивой и стабильной матерью или заменяющим ее близким взрослым.

Целью и, одновременно, ключевым средством ранней помощи является развитие эффективного функционирования ребенка через его вовлечение и участие в типичных ситуациях домашней и социальной жизни [2, 18], и нормализация жизни семьи.

Направление дальнейшего развития методологии ранней помощи определяется принятием контекстуальной модели функционирования и ограничений жизнедеятельности, используемой в МКФ [12, 16]. Согласно этой модели, на активность и участие ребенка влияют как факторы организма (состояние структур и функций), так и широкий спектр факторов окружающей среды: природных, технологических, социальных, культурных, экономических, политических и других, а также персональные факторы. Данная модель включила в себя биопсихосоциальный подход, описанный G. Engel в 1980 году [17].

Принципы предоставления услуг ранней помощи

Услуги ранней помощи предоставляются детям и их семьям на основе следующих принципов: бесплатности; регулярности (в течение всего времени действия ИПРП); доступности; открытости (информация об услугах

ранней помощи должна быть открытой для родителей/воспитателей детей целевой группы); семейно-центрированности (услуги ранней помощи предоставляются в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка и семьи, направлены на формирование взаимообусловленного, уважительного взаимодействия ребенка с родителями/воспитателями и другими членами семьи, формирование положительных отношений в семье); функциональной направленности (услуги ранней помощи, предоставляемые в рамках ИПРП, должны быть направлены на улучшение функционирования ребенка в ЕЖС, повышение его участия и самостоятельной активности ЕЖС); уважительного отношения (услуги ранней помощи должны предоставляться потребителям в уважительной манере, с учетом их индивидуальных, семейных, религиозных и этно-культурных особенностей, ценностей, установок, мнений, приоритетов); междисциплинарности (специалисты различной профессиональной направленности объединяют свои подходы, методы, приемы и усилия, чтобы улучшить функционирование ребенка в ЕЖС, работают над едиными целями на основе командного подхода); научной обоснованности (при оказании услуг ранней помощи специалисты должны использовать научно-обоснованные методы и технологии ранней помощи) [4, 7, 8].

Методы и подходы, используемые при оказании ранней помощи

В области ранней помощи используются методы и подходы, подбираемые в зависимости от индивидуальных потребностей ребенка и семьи. Критериями выбора методов ранней помощи являются их научная обоснованность и доказанная эффективность. В данном разделе представлены некоторые из них.

Подход, основанный на ежедневных рутинах – целостная система построения программы помощи ребенку и семье, основанная на изучении семейной среды, отношений, ресурсов, трудностей, беспокойств относительно повседневной жизни и использовании повседневных рутин для развития ребенка и улучшения его функционирования. Содержит в себе методы оценки, по-настоящему ориентированные на семью, позволяющие разрабатывать четкие, конкретные, измеримые цели, которые непосредственно затрагивают приоритеты семьи и помогают детям развивать навыки, имеющие отношение к повседневной жизни. Подход позволяет улучшать навыки членов семьи развивать ребенка в повседневной жизни, продолжая это делать между встречами со специалистом, благодаря чему дети получают большие возможности учиться новому, сохранять и развивать приобретенные умения [26].

Методы альтернативной и дополнительной коммуникации используются для всех детей для обеспечения общения и взаимодействия с ними в процессе абилитации, а также для предоставления ребенку возможности коммуникации с близкими в ЕЖС, для лучшего развития у детей речи [9].

Метод прелингвистического средового обучения – технология поддержки развития инициированного, то есть исходящего от ребенка, общения, которая используется как в легких, так и в тяжелых случаях ограничений способностей к социальному взаимодействию и общению у детей первых лет жизни. Основными компонентами прелингвистического средового обучения являются: следование за вниманием ребенка, использование невербальных и вербальных средств коммуникации в процессе мотивированного взаимодействия с ребенком, организация среды для наилучшего вовлечения ребенка в совместную активность с ухаживающим взрослым, использование ориентирующей и эмоциональной помощи, а также учет индивидуальных особенностей ребенка, в том числе его ресурсных, нарушенных или задержанных в развитии функций. [23, 24].

Нейроразвивающая терапия - это целостная междисциплинарная модель клинической практики, основанная на исследованиях, в которых особое внимание уделяется индивидуальному подходу к развитию исполнительных действий на основе интересов лиц с неврологической патологией и их вовлечения в жизненные ситуации. Специалист использует модель МКФ для оценки и составления индивидуальной программы помощи и её реализации с целью получения достижимых результатов у клиентов, с привлечением лиц, осуществляющим уход [13].

Метод физической реабилитации, который использует весь спектр физических методов воздействия, включая механическую силу и движение. Результатом работы специалиста являются максимально активные и правильные движения ребенка, которые он планирует, инициирует и выполняет самостоятельно в рамках своего двигательного потенциала [3].

Эрготерапевтические методы, основная задача которых состоит в том, чтобы помочь детям с ограничениями жизнедеятельности активно выполнять повседневные дела, например обслуживать себя (одеваться, раздеваться, мыться, принимать пищу и т.д.), участвовать в продуктивной деятельности - играть, рисовать, лепить, а также проводить досуг, например осваивать хобби, и таким образом достичь максимальной независимости во всех аспектах повседневной жизни, препятствовать снижению активности ребенка, усугублению имеющихся нарушений и ухудшению его состояния [18].

Сенсорно-интегративный подход (Э. Джин Айрес, 1976) [1], направленный на устранение у ребенка нарушений в сфере сенсорной интеграции. Этот подход позволяет влиять на способность ребенка правильно выполнять задания, координировать двигательные реакции, планировать последовательность действий и задач, развивать социальные навыки, навыки самообслуживания, участвовать в жизни семьи. Для этого специалист использует специальные игры и упражнения, в основе которых лежит понимание динамического взаимодействия всех сенсорных систем.

Метод «Руководство взаимодействием» (McDonough, 1993) [5] направлен на положительные изменения во взаимодействии и отношениях

родителя и ребенка. В рамках этой модели в ходе еженедельных встреч с семьей поведение взрослого и ребенка в процессе игрового взаимодействия фиксируется с помощью видеотехники. Совместный просмотр отдельных фрагментов видеозаписи и предоставление обратной связи позволяет родителям и членам семьи повысить понимание поведения ребенка, собственного влияния на его поведение, осознать свою роль в улучшении взаимодействия и отношений с ребенком.

Метод «Тренировка взаимодействия» (Field, 1982) [5] направлена на изменение поведения взрослого в процессе взаимодействия в диаде «мать—младенец». Матери предлагаются инструкции, которые могут привести к улучшению как качества ее взаимодействия с ребенком, так и взаимодействия со стороны ребенка: наблюдение за сигналами ребенка, регуляция интенсивности стимуляции, имитация его поведения, использование очередности взаимодействия, использование игр, соответствующих возрасту ребенка, и т.д.

Безусловно здесь описаны не все имеющиеся и используемые методы, каждый специалист подбирает методы работы, исходя из потребностей ребенка и семьи и имеющихся у него компетенций.

Результаты ранней помощи

Результаты ранней помощи могут быть оценены как для детей и семей, так и для подразделения ранней помощи, а также для региональной программы ранней помощи в целом.

Результаты для детей определяются в трех основных областях:

- область, связанная с развитием ребенка, его функционированием в ЕЖС (в соответствии с областями, определенными в МКФ-ДП), с повышением его собственной активности и вовлеченности в ЕЖС;
- область социального взаимодействия (все изменения, произошедшие в активности ребенка в области социальных отношений, взаимодействия, социального поведения ребенка);
- область, касающаяся участия ребенка в социальной жизни (возможность участия ребенка как в жизни его семьи, так и в других мероприятиях, характерных для других детей данного возраста без нарушений).

Результаты для семьи включают следующие показатели:

- семьи понимают сильные стороны своих детей, их способности и особые потребности, семьи помогают своим детям развиваться,
- семьи понимают необходимость создания для ребенка особой среды, безопасного, чувствительного, отзывчивого и стабильного социального окружения;
- у семей есть система поддержки,
- семьи имеют доступ к желаемым услугам, программам и мероприятиям в их сообществе,

– семьи знают свои права и умеют их эффективно отстаивать для своих детей [1]

Организационные основы ранней помощи.

Развитие ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года определяется Концепцией, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. N 1839-р [4] и планом мероприятий по реализации Концепции [6]. Пока не утверждены нормативные документы, регулирующие организацию, структуру, объем и содержание работы по ранней помощи детям.

Услуги ранней помощи должны оказываться специализированным структурным подразделением, которое создано и работает в организациях социального обслуживания, или образования, или здравоохранения, в некоммерческих организациях.

Этапы ранней помощи [7, 8]

Ранняя помощь, являясь технологией оказания помощи детям и их семьям, выстраивается на основе метода «управление случаем» (case management) [11], изначально используемого в социальной работе и затем получившего широкое распространение на все сферы помощи детям и взрослым, семьям. Управление случаем – это метод оказания помощи или обслуживания людей, относящихся к группе риска. В группу риска попадают дети и семьи, которые имеют множество разнообразных потребностей в области здоровья, образования и социального обслуживания и, которые не могут быть эффективно решены отдельной организацией. В сущности, управление случаем – это процесс, в соответствии с которым индивидуальные и/или семейные потребности идентифицируются, подбираются необходимые услуги, которые координируются и систематически управляются. К основным элементам/этапам управления случаем относятся выявление и привлечение клиентов, прием клиентов, оценка, разработка скоординированного плана предоставления услуг, внедрение (предоставление) услуг, мониторинг и постоянная оценка результатов, которых клиенты достигли или не достигли, корректировка плана предоставления услуг и обзор полученных результатов [11]. Соответственно все этапы ранней помощи выстроены по этому алгоритму и в этом порядке.

Этап 1. Включение ребенка и семьи в число получателей услуг ранней помощи.

Включение ребенка и семьи в число получателей услуг ранней помощи происходит в рамках процедуры первичного приема. Первичный приём включает в себя приём документов, проведение первичной оценки, обсуждение специалистов и родителей и, как итог, принятие решения о том, нуждается ли ребенок и его семья в услугах ранней помощи.

Первичная оценка включает следующие оценочные процедуры: изучение анамнеза, с использованием интервью родителей (законных представителей); проведение оценки функционирования ребенка по доменам МКФ-ДП; проведение оценки вовлеченности ребенка в естественные жизненные ситуации, взаимодействия и отношений с родителями/воспитателями и в семье в контексте влияния факторов окружающей среды; анализ дополнительной информации, полученной от воспитателей (при наличии); изучение документов, выданных медицинским учреждением (при наличии); изучение индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (при наличии).

Заключение о нуждаемости ребенка в услугах ранней помощи и составлении ИПРП основывается на выводе о наличии у ребенка ограничений жизнедеятельности.

В случае выявления нуждаемости первичный прием дополняется следующими сопутствующими процедурами: информирование семьи о порядке предоставления услуг ранней помощи; заключение договора с родителями (законными представителями) ребенка на получение услуг ранней помощи; зачисление ребёнка и семьи в состав получателей услуг ранней помощи при получении согласия родителей; назначение ведущего специалиста.

В случае, если выявлено, что ребенок не нуждается в ранней помощи, но относится к группе биологического или социального риска, то родителям предлагается пролонгированное консультирование с целью мониторинга развития ребенка с частотой 1 раз в 1 месяц.

Этап 2. Проведение оценочных процедур для составления ИПРП (углубленных оценок).

Проведение оценочных процедур для составления ИПРП планируется ведущим специалистом. Оценочные процедуры для составления ИПРП проводятся ведущим специалистом при взаимодействии с родителями (законными представителями) ребенка, с привлечением тех специалистов, участие которых планируется в реализации ИПРП. Оценочные процедуры включают: оценку развития ребенка; оценку функционирования ребенка, которая осуществляется по категориям МКФ и основана на изучении рутин повседневной жизни; оценку сферы взаимодействия и отношений ребенка с родителями/воспитателями и в семье; оценку факторов, влияющих на развитие и функционирование ребенка.

Этап 3. Составление ИПРП.

ИПРП разрабатывается на основании результатов углубленных оценок ведущим специалистом совместно с родителями, с учетом мнения и предложений специалистов, привлекаемых к её реализации. ИПРП составляется на срок не менее 6 месяцев и включает:

– цели, которые сформулированы относительно ожидаемых результатов для

ребенка, являются функциональными, достижимыми, измеримыми, соответствуют потребностям ребенка и его семьи;
- перечень услуг ранней помощи и количественные показатели их предоставления (длительность, периодичность), места и формы их предоставления;
- перечень естественных жизненных ситуаций, в которых ИПРП реализуется;
- срок реализации ИПРП и даты промежуточных оценок достигнутых результатов (пересмотра ИПРП);
- фамилию, имя, отчество и контактные данные ведущего специалиста и дополнительных специалистов;
- фамилию, имя, отчество и контактные данные родителя.

ИПРП должна быть подписана ведущим специалистом, родителем ребенка, ответственным представителем организации в установленный срок от даты включения ребенка и семьи в число получателей услуг ранней помощи.

Этап 4. Реализация ИПРП.

Все специалисты, предоставляющие услуги ранней помощи в рамках ИПРП, должны содействовать вовлечению семьи в ее реализацию. Взаимодействие с ребенком и семьей проводится на основе их собственной активности и участия, преимущественно в ЕЖС. Предоставление услуг ранней помощи может происходить на дому, при посещении семьей организации ранней помощи, в стационаре (для детей длительно проживающих в учреждениях, при условии, что в данных учреждениях создано подразделение ранней помощи), индивидуально или в группах, в очной и дистанционной формах.

Родители всегда участвуют во всех ЕЖС вместе со своими детьми, способствуя развитию у ребенка новых навыков. Задача специалистов – обеспечить активное включение и участие родителей.

Этап 5. Промежуточная и итоговая оценка результативности реализации индивидуальной программы ранней помощи и качества услуг

Промежуточная оценка результативности реализации ИПРП должна проводиться не реже 1 раза в 3 месяца. Промежуточная оценка направлена на исследование имеющихся результатов работы и позволяет понять достигнуты ли поставленные цели. Результаты промежуточной оценки позволяют осуществить развитие или изменение поставленных ранее целей ИПРП в зависимости от выявленных достижений ребенка и семьи.

Итоговая оценка результативности ИПРП проводится по окончанию срока реализации ИПРП, указанного в ИПРП и включает: оценку динамики развития и функционирования ребенка, его вовлечения в ЕЖС; оценку влияния факторов окружающей среды, динамику взаимодействия и отношений ребенка с родителями/воспитателями и в семье; оценку понимания членами семьи сильных сторон своего ребенка, его способностей

и особых потребностей; оценку динамики компетентности членов семьи в развитии и воспитании ребенка; оценку расширения социальных контактов семьи.

Промежуточная и итоговая оценка развития ребенка должна проводиться по категориям МКФ, с использованием тех же инструментов, что и при оценке перед составлением ИПРП, а также с использованием дополнительных инструментов, например, интервью родителей.

Этап 6. Завершение ИПРП, сопровождение ребенка и его семьи при переходе в образовательную организацию или продление ИПРП

Предоставление услуг ранней помощи в рамках ИПРП завершается в случаях, когда: ребенок/семья больше не нуждаются в услугах, так как цели развития ребенка достигнуты, а факторы риска устранены; ребенок поступил в детский сад и успешно осваивает образовательную программу; ребенок достиг возраста 7 лет; семья принимает решение о прекращении реализации ИПРП; при возникновении иных причин, создающих непреодолимые препятствия для продолжения реализации программы.

Специалисты подразделения ранней помощи содействуют переходу ребенка в образовательное учреждение: социальный педагог (или ведущий специалист) помогает семье собрать и оценить информацию необходимую для принятия решения о выборе образовательной организации, ведущий специалист консультирует специалистов образовательной организации, принимающей ребенка; по запросу семьи, предоставляет ей услуги пролонгированного консультирования на период адаптации ребенка в образовательном учреждении сроком до 6 месяцев.

ИПРП может пролонгироваться для ребенка в возрасте старше 3 лет, но не старше 7 лет, если у него сохраняются выраженные ограничения жизнедеятельности и он получает образование в семье или в образовательной организации, но не получает там необходимых услуг, или проживает в учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Услуги ранней помощи

Среди услуг ранней помощи выделяются основные, специализированные и дополнительные.

Основные услуги ранней помощи направлены на обеспечение детей и их семей ранней помощью на всех этапах обслуживания – от первичного приема до завершения ИПРП.

К основным услугам ранней помощи относятся:

- проведение оценочных процедур на первичном приеме для определения нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи;
- проведение оценочных процедур (углубленных оценок) для составления ИПРП;
- разработка ИПРП;
- координация и сопровождение услуг ранней помощи в рамках ИПРП;

- реализация ИПРП направленная на улучшение развития и функционирования ребенка в ЕЖС, а также консультирование воспитателей по реализации ИПРП в ЕЖС;
- промежуточная и итоговая оценка эффективности реализации ИПРП;
- консультирование специалистов организаций образования, здравоохранения и социального обслуживания по вопросам, связанным с оказанием услуг ранней помощи, а также с поддержкой перехода ребенка и семьи в другую программу сопровождения и обеспечением преемственности их обслуживания.

Специализированные услуги ранней помощи оказываются специалистами, имеющими высокую степень квалификации в узкоспециализированной сфере. Получателями таких услуг могут быть дети, родители/воспитатели, а также специалисты других областей ранней помощи. Специализированные услуги ранней помощи реализуются в виде консультирования или совместной активности специалиста с ребенком и семьей в ЕЖС.

Консультирование родителей/воспитателей и специалистов и/или совместная активность специалиста с ребенком и семьей, проводятся в целях формирования у ребенка и родителей/воспитателей нового опыта, развития речи и общения ребенка (в том числе с использованием средств дополнительной и альтернативной коммуникации, вспомогательных средств), развития подвижности, формирования социально-бытовых навыков, в том числе, с использованием вспомогательных средств. Консультирование родителей/воспитателей и специалистов осуществляется в области социального и эмоционального развития ребенка, его взаимодействия с родителями/воспитателями и в семье, формирования привязанности, саморегуляции.

Дополнительные услуги ранней помощи - услуги ранней помощи, которые оказываются, согласно ИПРП, ребенку и семье в виде дополнения к основным и специализированным услугам. К дополнительным услугам ранней помощи относятся социально-педагогические услуги, предоставляемые в форме детских и детско-родительских групповых мероприятий, направленных на социальную адаптацию детей и семей.

Кадры

Примерный перечень должностей подразделения по оказанию услуг ранней помощи определяется областями жизнедеятельности и факторами, на нее влияющими: руководитель подразделения, психолог (педагог-психолог, клинический психолог), учитель-дефектолог, специальный педагог, учитель-логопед, инструктор-методист по адаптивной физической культуре, социальный педагог, педиатр и другие (например, физический терапевт,

эрготерапевт). Специалисты должны иметь специализацию в области ранней помощи, полученную в рамках программ основного или дополнительного профессионального образования. Важно отметить, что кроме педиатра в перечень должностей не включаются врачи других специальностей. Это связано с целями ранней помощи, которые направлены на развитие и функционирование ребенка. Все необходимые данные относительно здоровья, состояния функций и структур организма должны получаться на основе межведомственного взаимодействия.

Помещения и оборудование

Минимальное обеспечение подразделения по оказанию услуг ранней помощи помещениями должно включать: помещения для проведения индивидуальной работы, проведения групповой работы, хранения документации и работы с ней сотрудников, работы администратора (диспетчера/медстатиста), хранения одежды, приема пищи сотрудниками, ожидания очереди, хранения игровых средств и специального оборудования, туалеты. Подразделение должно быть обеспечено высокоскоростным каналом интернет, позволяющий сотрудникам в течение рабочего дня осуществлять дистанционную работу с семьей, оргтехникой, включая компьютер(ы), исходя из необходимости обеспечения каждого сотрудника компьютерным местом, принтер, копировальную технику, веб-камерой, позволяющей осуществлять видеозапись взаимодействия специалистов с получателями услуг и воспитателей с детьми с согласия родителей (законных представителей) ребенка. Вход в помещения подразделения и сами помещения должны быть оборудованы по принципу безбарьерной среды. Для работы подразделения ранней помощи рекомендуются следующие виды оборудования и приспособлений: игровые средства (музыкальные игрушки, игрушки на решение проблем, мягкие игрушки, куклы, дидактические материалы, электронные игрушки и приборы, конструкторы, канцелярские наборы, адаптированные игрушки, наборы для символической игры и пр.), крупное оборудование для организации игровой и двигательной активности, вспомогательные технические средства для позиционирования и передвижения, вспомогательное оборудование для альтернативной и дополнительной коммуникации, специальные приспособления для демонстрации правильного кормления и пр.

Литература

1. Банди А., Лейн Ш., Мюррей Э. Сенсорная интеграция. Теория и практика. М.: Теревинф, 2017.
2. Казьмин А.М. Участие: теоретические аспекты и оценка в практике ранней помощи [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 2. С. 115–127. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kazmin.shtml (дата обращения: 21.05.2017)
3. Клочкова Е.В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. — М.: Теревинф, 2014. — 288 с.

4. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016. № 1839-р. URL: http://government.ru/media/files/ NZ6EKa6SOcLcCCQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf/. Дата обращения: 14.05.2017.
5. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие СПб.: Издательство СПбГУ, 1999. - 285 с.
6. Об утверждении плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2016 года N 2723-р. URL: http://docs.cntd.ru/document/420386593. Дата обращения: 14.05.2017.
7. Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства. Сборник. Аксенова О.Ж., Баранова Н.Ю., Емец М.М., Самарина Л.В., Тасис, 2013.
8. Служба раннего вмешательства: Методические рекомендации для практической работы с детьми в службе ранней помощи. 2-е издание, дополненное. / Л.В.Блохина, С.В. Калинина, Н.И. Морозова, Л.В. Самарина, Т.И. Сивухина, И.И. Торопова. – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2010.
9. Течнер С. Мартинсен Х. Введение в альтернативную коммуникацию: жесты и графические символы для людей с двигательными и интеллектуальными нарушениями, а также с расстройствами аутистического спектра / Москва: Теревинф, 2014. – 423 с
10. Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E., Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation - NJ: Erlbaum, 1978. - 183 p.
11. Ballew, J., & Mink, G. Case management in the human services. Springfield, IL: Charles C. Thomas, Publisher, 1986.
12. Björck-Åkesson E, Wilder J, Granlund M, Pless M, Simeonsson R, Adolfsson M., et al. (2010). "The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention - Feasibility and usefulness as a common language and frame for practice". Disability and Rehabilitation, 32(S1), S125-S138.
13. Bobath, B., Bobath, K., The Neuro-Developmental Treatment. In: Scrutton, D., and al., 1984. Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy. Clinics in Developmental Medicine 90, Spastics International Medical Publications, Oxford, pp. 6-1
14. Bowlby J. Attachment and loss: Volume 1 Attachment. ¾ NY: Tavistock Institute of Human Relations, 1969/1982. - 402 p.
15. Brazelton T.B., Cramer B.G. The earliest relationship. Parents, infants and the drama of early attachment. London, 1991.
16. Brouwers, N. (2014). Structural challenges to implementation of early intervention of the bio-psychosocial model. *International Journal of Disability Management, 9*. doi:10.1017/idm.2014.65
17. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // American Journal of Psychiatry. –1980. – Vol. 137
18. Guralnick, M. J. (2005). Inclusion as a core principle in the early intervention system. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 59–69). Baltimore: Brookes.
19. Jane Case-Smith, Jane Clifford. Occupational Therapy for Children, Mosby Elsevier, 2010.
20. Spitz R.A. Hospitalism: An inquiry into genesis of psychiatric conditions in early childhood // Psychoanalytic Study of the Child, 1945. - Vol. 1. - P. 53-74.
21. 1The St. Petersburg–USA Orphanage Research Team The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children // Monographs of the Society for Research in Child Development, 2008. - Vol. 73. - 300 p.
22. Van IJzendoorn M.H., Palacios J., Sonuga-Barke E.J.S., Gunnar M.R., Vorria P., McCall R.B., Mare L.L., Bakermans-Kranenburg M.J., Dobrova-Krol N., Juffer F. I. Children in

Institutional Care: Delayed Development and resilience // Monographs of the Society for Research in Child Development, 2011. - Vol. 76 (4). - P. 8-30.
23. Warren, S. F., & Bambara, L. M. (1989). An experimental analysis of milieu language intervention: Teaching the action-object form. Journal of Speech and Hearing Disorders, 54, 448–461.
24. Warren, S. F., Bredin-Oja, S. L., Fairchild, M., Finestack, L. H., Fey, M. E., & Brady, N. C. (2006). Responsivity education/prelinguistic milieu teaching. In R. J. McCauley & M. Fey (Eds.), Treatment of language disorders in children (pp. 47–75). Baltimore: Brookes.
25. Zeanah C.H., Smyke A.T., Koga S., Carlson E. and the BEIP Core Group Attachment in institutionalized and community children in Romania // Child Development, 2005. - Vol. 76. - P. 1015-1028.
26. McWilliam R. Routines-Based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families. Brookes Publishing; 1 edition (2010).

ПРИМЕРНЫЙ СТАНДАРТ. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ИХ СЕМЕЙ

Введение

Настоящий стандарт разработан в рамках реализации пункта 12 плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2016 г. № 2723-р.

1. Область применения

Настоящий стандарт распространяется на услуги ранней помощи, предоставляемые детям и их семьям государственными и иных форм собственности организациями социального обслуживания, здравоохранения, образования (далее - организация) и устанавливает порядок оказания услуг ранней помощи для детей и их семей.

2. Нормативные ссылки

В настоящем стандарте использованы нормативные ссылки на следующие стандарты:

ГОСТ Р 1.2-2016. Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты национальные Российской Федерации. Правила разработки, утверждения, обновления, внесения поправок, приостановки действия и отмены;

ГОСТ Р 1.5-2012. Стандартизация в Российской Федерации. Стандарты национальные. Правила построения, изложения, оформления и обозначения;

3. Термины и определения

В настоящем стандарте применены термины в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений

жизнедеятельности и здоровья (2001), а также следующие термины с соответствующими определениями:

3.1. ранняя помощь детям и их семьям: Комплекс услуг, оказываемых на междисциплинарной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на содействие физическому и психическому развитию детей, их вовлеченности в естественные жизненные ситуации, формирование позитивного взаимодействия и отношений детей и родителей, детей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, в семье в целом, включение детей в среду сверстников и их интеграцию в общество, а также на повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц.

3.2. дети целевой группы (дети, нуждающиеся в ранней помощи): Дети в возрасте от 0 до 3 лет, имеющие ограничение жизнедеятельности или из группы риска.

3.3. дети группы риска в сфере ранней помощи: Дети в возрасте до 3 лет с риском развития ограничений жизнедеятельности в связи с неблагоприятным воздействием биологических факторов или факторов окружающей среды.

3.4. индивидуальная программа ранней помощи: Документ, оформленный в письменном и электронном виде, составленный на основании оценки функционирования ребенка в контексте влияния факторов окружающей среды, включая взаимодействие и отношения с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье, содержащий цели ранней помощи, естественные жизненные ситуации, в которых планируется их достижение, перечень услуг ранней помощи, объём, сроки, ведущего специалиста, исполнителей, формы и места их оказания.

3.5. естественные жизненные ситуации ребенка: Жизненные ситуации дома, вне дома и в обществе, характерные для типично развивающихся сверстников.

3.6. ребенок с ограничением жизнедеятельности: Ребенок, имеющий ограничение активности или возможности участия в естественных жизненных ситуациях вследствие нарушения структур или функций организма, а также влияния факторов окружающей среды.

3.7. функционирование ребенка (функционирование ребенка, нуждающегося в ранней помощи): Положительные проявления активности и участия ребенка в естественных жизненных ситуациях.

3.8. семья: Круг лиц, совместно проживающих с ребенком, включая родителей, опекунов, попечителей, приемных родителей, близких родственников, других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, а также, при проживании ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, - дети и воспитатели группы проживания ребенка.

3.9. услуга ранней помощи: Комплекс профессиональных действий, направленных на достижение целей ранней помощи детям и их семьям.

3.10. пролонгирование услуг ранней помощи - услуги ранней помощи могут быть пролонгированы для детей старше 3-х лет по ежегодному решению консилиума организации, предоставляющей услуги ранней помощи, в том числе, с целью подготовки к переходу и сопровождения в ходе адаптации ребенка в образовательной организации.

3.11. потребители услуг ранней помощи: Дети целевой группы и их семьи.

3.12. поставщик услуг ранней помощи: Государственная организация / учреждение системы социальной защиты, здравоохранения, образования или негосударственная организация, в которой создано специализированное структурное подразделение, предоставляющее услуги ранней помощи на основании настоящего стандарта.

4. Порядок оказания услуг ранней помощи

4.1. Общие положения

4.1.1. Целями ранней помощи являются:

- улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях (ЕЖС);
- повышения качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье;
- повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах развития и воспитания ребенка;
- включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи.

4.1.2. Услуги ранней помощи детям и их семьям должны предоставляться при соблюдении следующих принципов:

- бесплатность (услуги ранней помощи предоставляются без взимания платы с родителей/законных представителей);
- доступность (услуги ранней помощи доступны для потребителей);
- регулярность (услуги ранней помощи в рамках индивидуальной программы ранней помощи (ИПРП) предоставляются потребителям на регулярной основе в течение всего времени ее действия);
- открытость (информация об услугах ранней помощи открыта для родителей и других непосредственно ухаживающих за детьми целевой группы лиц);
- семейноцентрированность (специалисты организации-поставщика услуг ранней помощи содействуют вовлечению родителей и других непосредственно ухаживающих за детьми целевой группы лиц в процесс ранней помощи, в том числе в оценочные процедуры, составление и реализацию ИПРП, а также в оценку её эффективности);
- индивидуальность (услуги ранней помощи предоставляются в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка и семьи);

- функциональная направленность (услуги ранней помощи направлены на формирование компетенций ребенка в ЕЖС);

- естественность (услуги ранней помощи оказываются преимущественно в ЕЖС);

- уважительность (услуги ранней помощи предоставляются потребителям в уважительной манере, с учетом их индивидуальных, семейных, религиозных и этнокультурных особенностей, ценностей, установок, мнений, приоритетов);

- командная работа (услуги ранней помощи предоставляются междисциплинарной командой специалистов из разных областей знаний о ребенке и семье, и/или трансдисциплинарным специалистом, объединяющим в своей работе разные области знаний о ребенке и семье и получающим консультации со стороны междисциплинарной команды специалистов);

- компетентность (услуги ранней помощи предоставляются специалистами, имеющими необходимую квалификацию и соответствующие компетенции в области ранней помощи);

- научная обоснованность (при оказании услуг ранней помощи специалисты используют научно-обоснованные методы и технологии ранней помощи);

4.1.3 Права потребителей услуг ранней помощи

4.1.3.1 Дети – потребители услуг ранней помощи имеют право на:

- получение всех услуг ранней помощи, указанных в ИПРП;

- получение услуг ранней помощи в тех ЕЖС, в которые ребенок вовлечен;

- получение услуг ранней помощи ребенком в уважительной, чувствительной и отзывчивой манере;

- получение услуг ранней помощи ребенком с опорой на его ресурсы функционирования и его интересы;

- обеспечение поддерживающих влияний среды при получении услуг ранней помощи ребенком с учетом специфики ограничений его жизнедеятельности.

4.1.3.2 Родители (законные представители) детей-потребителей услуг ранней помощи имеют право на:

- получение информации о перечне услуг ранней помощи и о перечне поставщиков услуг ранней помощи;

- отказ от оценочных процедур, составления ИПРП и получения услуг ранней помощи;

- прохождение с ребенком оценочных процедур, разработку и утверждение ИПРП в течение 30 дней с момента обращения, если результаты оценки соответствуют критериям составления ИПРП;

- получения услуг ранней помощи в соответствии с ИПРП без взимания платы;

- участие в оценочных процедурах, составлении ИПРП, реализации ИПРП, во внесении изменений в ИПРП, в промежуточной (не реже чем 1 раз в 3-4 месяца) и итоговой оценке эффективности ИПРП;

- получение открытой информации о ходе и результатах проведения оценочных процедур, целях и задачах ИПРП, сроках, объемах, исполнителях, порядке реализации ИПРП, результатах оценки эффективности реализации ИПРП;

- своевременное получение предварительного письменного уведомления о любых изменениях в реализации ИПРП, а также о необходимости проведения промежуточной или итоговой оценки её эффективности;

- строгое соблюдение конфиденциальности документации, которая содержит персональные данные;

- фиксацию согласия с получением услуг;

- ознакомление с рабочей документацией, связанной с оказанием услуг ранней помощи ребенку и семье;

- обращение к администрации с целью разрешения конфликтных ситуаций.

4.1.4. В случае причинения детям и их родителям при оказании услуг ранней помощи вреда их здоровью, имуществу или морального вреда они могут с целью защиты своих законных прав и интересов обращаться в суд с иском о возмещении причиненного вреда в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

4.1.5 Выявление детей в возрасте до 3-х лет, потенциально нуждающихся в услугах ранней помощи, осуществляется в организациях и учреждениях систем социального обслуживания, здравоохранения, образования.

4.1.6 Поставщик услуг ранней помощи содействует выявлению детей, нуждающихся в ранней помощи, в организациях / учреждениях систем здравоохранения, образования и социальной защиты.

4.1.7 Поставщик услуг ранней помощи предоставляет информацию об услугах ранней помощи организациям / учреждениям систем здравоохранения, образования и социальной защиты.

4.1.8. Поставщик услуг ранней помощи оказывает следующие группы услуг детям и их семьям:

- по определению нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи и разработке ИПРП;

- в рамках ИПРП;

- вне ИПРП.

4.1.8.1 Услуги по определению нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи и разработке ИПРП включают:

4.1.8.1.1 определение нуждаемости ребенка и семьи в услугах ранней помощи, а именно:

- регистрация обращения;

- информирование о порядке предоставления услуг ранней помощи;
- информирование о правах потребителей услуг;
- информирование об организации-поставщике услуг ранней помощи;
- прием документов на обслуживание;
- заключение договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи;
- первичный прием (беседа с родителями, анализ документации (выписки, медицинская карта, результаты обследований, ИПРА), наблюдение, проведение оценочных процедур двумя специалистами в сфере ранней помощи с оформлением протокола первичного приема, оценка и принятие решения о нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи, запись на проведение оценочных процедур для разработки индивидуальной программы ранней помощи по согласованию с родителями).

4.1.8.1.2 Проведение оценочных процедур и разработка ИПРП, а именно:

- проведение углубленной оценки функционирования и ограничений жизнедеятельности ребенка в контексте факторов окружающей среды по категориям МКФ;
- оценка других аспектов развития ребенка и его взаимодействия с социальным окружением: качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье, с другими детьми; состояние эмоционального и поведенческого благополучия ребенка;
- оценка вовлеченности и поведения ребенка и его родителей в повседневных естественных жизненных ситуациях;
- оценка состояния, потребностей и ресурсов семьи;
- обсуждение с родителями результатов оценки;

4.1.8.1.3 разработка и оформление индивидуальной программы ранней помощи, включая её согласование с родителями (законными представителями).

4.1.8.2 Услуги ранней помощи, оказываемые в рамках ИПРП включают:

4.1.8.2.1 содействие развитию функционирования ребенка и семьи в ЕЖС (услуга направлена на комплексное развития функционирования ребенка в повседневных естественных жизненных ситуациях, основываясь на потребностях ребенка, по основным областям жизнедеятельности согласно МКФ, в том числе развитие познавательной активности и игровой деятельности ребенка, в том числе с использованием адаптированных игрушек и вспомогательных средств, развитие общения и речи ребенка, мобильности, навыков самообслуживания и бытовых навыков, развитие взаимодействия и формирования отношений с родителями, в семье, с другими людьми, в том числе с использованием технических средств альтернативной и поддерживающей коммуникации, а также на содействие подготовке ребенка в образовательную организацию; услуга оказывается

посредством консультирования родителей и других, непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, а также организации и поддержки совместной активности ребенка с родителями и семьей;

4.1.8.2.2 содействие развитию общения и речи ребенка (услуга направлена на развитие общения и речи ребенка в естественных жизненных ситуациях, в том числе с использованием средств дополнительной и альтернативной коммуникации, вспомогательных средств связи и техник общения, а именно: развитие у ребенка способности воспринимать вербальные и невербальные сообщения при общении, использовать речь и невербальные сигналы, направленные на взрослого при общении, начинать, поддерживать и завершать диалог; услуга оказывается посредством консультирования родителей и других, непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, а также организации и поддержки совместной активности ребенка с родителями и семьей;

4.1.8.2.3 содействие развитию мобильности ребенка (услуга направлена на развитие мобильности ребенка в естественных жизненных ситуациях, в том числе с использованием вспомогательных технических средств, а именно: изменение позы тела, поддержание тела в необходимом положении, перемещение тела сидя или лежа, поднятие и перенос объектов, перемещение объектов ногами, использование точных движений кисти (подбирание, захват, манипулирование, отпускание), использование кисти и руки, ходьба и передвижение другими способами, передвижение с использованием технических средств; услуга оказывается посредством консультирования родителей и других, непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, а также организации и поддержки совместной активности ребенка с родителями и семьей;

4.1.8.2.4 содействие развитию у ребенка самообслуживания и бытовых навыков (услуга направлена на развитие так навыков как мытье, уход за частями тела, физиологические отправления, одевание, прием пищи, питье, а также бытовых навыков, например, помощь родителям при уборке, приготовлении простых блюд, сервировке стола, уходе за растениями и животными, в том числе с использованием вспомогательных средств в естественных жизненных ситуациях, средств дополнительной и альтернативной коммуникации; услуга оказывается посредством консультирования родителей и других, непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, а также организации и поддержки совместной активности ребенка с родителями и семьей;

4.1.8.2.5 содействие развитию познавательной активности ребенка (услуга направлена на поддержке развития познавательной активности ребенка в естественных жизненных ситуациях, в том числе, с использованием адаптированных игрушек и вспомогательных средств, а также средств дополнительной и альтернативной коммуникации, а именно: целенаправленное использование различных анализаторных систем [зрения, слуха и других] для исследования окружения, подражание, научение через

действия с предметами, поиск информации, усвоение языка и формирование понятий, запоминание и воспроизведение последовательностей, освоение элементарных навыков чтения, письма и счета, освоение культурных действий с предметами, развитие воображения, способностей принимать эффективные решения в проблемных ситуациях; услуга оказывается посредством консультирования родителей и других, непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, а также организации и поддержки совместной активности ребенка с родителями и семьей;

4.1.8.2.6 психологическое консультирование (услуга направлена на поддержку социального и эмоционального развития ребенка, его взаимодействия с родителями и другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, формирования привязанности, саморегуляции, в том числе в естественных жизненных ситуациях, а также в области социальных установок и представлений родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, отношений в семье; услуга оказывается посредством консультирования родителей и других, непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, а также организации и поддержки совместной активности ребенка с родителями и семьей;

4.1.8.2.7 содействие социализации ребенка (услуга направлена на поддержку социализации ребенка, включая взаимодействие со сверстниками, детьми другого возраста и взрослыми вне дома в процессе специально организованной социальной активности; услуга оказывается посредством организации и проведения групповой активности с детьми и их родителями;

4.1.8.2.8 проведение промежуточной оценки реализации ИПРП (с целью внесения необходимых изменений);

4.1.8.2.9 проведение итоговой оценки реализации ИПРП (с целью определения её эффективности с последующим составлением заключения).

4.1.8.3 Услуги ранней помощи, оказываемые вне ИПРП:

4.1.8.3.1 пролонгированное консультирование без составления индивидуальной программы ранней помощи: консультирование родителей и семьи с ребенком с ограничениями жизнедеятельности, имеющим противопоказания к разработке индивидуальной программы ранней помощи или мониторинг функционирования ребенка и/или семьи;

4.1.8.3.2 краткосрочное предоставление услуг ранней помощи без составления индивидуальной программы ранней помощи: консультирование родителей (законных представителей) и семьи по вопросам преодоления социального, эмоционального и поведенческого неблагополучия ребенка, включая содействие улучшению взаимодействия и отношений в паре “родитель-ребенок” и в семье;

4.1.8.3.3 консультирование родителей в период адаптации ребенка в образовательной организации с целью обеспечения преемственности в поддержке развития ребенка и сопровождения семьи.

4.1.8.4 в рамках ИПРП каждый ребенок и семья, должны получать услуги, перечисленные в п.п. 4.1.8.2.1, 4.1.8.2.8, 4.1.8.2.9, а также те услуги из

перечисленных в п.п. 4.1.8.2.2 - 4.1.8.2.7, которые предусмотрены в ИПРП, исходя из нуждаемости ребенка и семьи.

4.1.9 Услуги ранней помощи могут предоставляться в следующих формах:

- на дому;
- при посещении потребителями организации-поставщика услуг ранней помощи;
- в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- в организации здравоохранения, в ситуациях продолжительного стационарного лечения;
- в очной или дистанционной формах;
- в индивидуальной и групповой формах.

4.1.10 Услуги ранней помощи могут предоставляться потребителям одним специалистом или одновременно несколькими специалистами разного профиля.

4.1.11 Услуги ранней помощи могут предоставляться потребителям в рамках ИПРП одной или несколькими организациями (в порядке взаимодополнения).

4.2. Требования к порядку оказания услуг ранней помощи

4.2.1 Порядок оказания услуг ранней помощи должен соблюдаться при всех формах предоставления услуг ранней помощи, и включает следующие этапы:

- обработка первичного обращения родителей (законных представителей) в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи;
- прием документов и заключение договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи;
- определение нуждаемости ребенка в разработке индивидуальной программы ранней помощи (первичный прием, междисциплинарный консилиум);
- проведение оценочных процедур для составления ИПРП;
- разработка ИПРП;
- реализация ИПРП;
- промежуточная и/или итоговая оценка результативности реализации ИПРП;
- пролонгация или завершение реализации ИПРП;
- содействие переходу ребенка в образовательную организацию.

4.2.2. Обработка первичного обращения родителей (законных представителей) в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи должна включать:

- регистрацию обращения;
- информирование о порядке предоставления услуг ранней помощи;
- информирование о правах потребителей услуг (по запросу);

- предоставление информационных ресурсов об организации-поставщике услуг ранней помощи (по запросу);

- запись на первичный прием.

4.2.3. Прием документов и заключение договора с родителями (законными представителями) ребенка об оказании услуг ранней помощи осуществляется по записи в течении 5 рабочих дней от первичного обращения с предоставлением родителями (законными представителями) следующих документов:

- документ, удостоверяющий личность родителей (законных представителей);

- документы, подтверждающие законное представительство интересов ребенка (сотрудник организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, выполняющий функции непосредственного ухода за ребенком, его воспитания и развития (воспитатель) действует на основании доверенности на представление интересов ребенка, выданной организацией – опекуном);

- копию свидетельства о рождении ребенка (предоставляется с предъявлением оригинала);

- выписку из истории развития ребенка (форма 112/у);

- заключение психолого-медико-педагогической комиссии с рекомендацией по оказанию услуг ранней помощи (при наличии);

- действующую справку, подтверждающую факт наличия инвалидности (при наличии);

- копия индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида/ребенка-инвалида (с предоставлением оригинала (при наличии).

4.2.4. Определение нуждаемости ребенка и семьи в услугах ранней помощи должно осуществляться на основе заключения междисциплинарного консилиума, составленного по результатам первичного приема.

4.2.4.1 Первичный прием, заключающийся в проведении оценочных процедур, должны проводить специалисты, имеющие соответствующие компетенции в сфере ранней помощи в срок со времени заключения договора об оказании услуг ранней помощи - 10 рабочих дней.

4.2.4.2. Первичный прием должен включать в себя проведение следующих оценочных процедур:

- оценку функционирования и выявление ограничений жизнедеятельности ребенка по ключевым категориям раздела «активность и участие» МКФ, определение взаимодействия и отношений ребенка с родителями и другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в контексте влияния факторов окружающей среды;

- сбор и изучение анамнеза;

- сбор и анализ информации, об условиях жизни и семье ребенка, о получаемых ребенком и семьей психологических, педагогических и социальных услугах;

- анализ медицинской документации (при наличии);

- анализ индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (при наличии).

4.2.4.3. Оценочные процедуры на первичном приеме следует проводить в ситуациях, максимально приближенных к естественным, с участием родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц.

4.2.4.4. Информация, полученная на первичном приеме, должна быть оформлена протоколом первичного приема и содержать:

- формальные персональные данные о ребенке и семье;
- описание функционирования и ограничений жизнедеятельности ребенка в соответствии с доменами МКФ в контексте влияния факторов окружающей среды;
- состав семьи, жилищные условия, сведения о занятости;
- распорядок дня ребенка, включая время, которое проводят с ребенком родители и другие непосредственно ухаживающие за ребенком лица;
- социальное окружение семьи (поддержка со стороны родственников, соседей, знакомых и т.д.);
- этническая, языковая и религиозная принадлежность семьи;
- сведения о получаемых ребенком и семьей психологических, педагогических и социальных услугах;
- ожидания и запросы родителей;
- заключение о наличии или отсутствии у ребенка ограничений жизнедеятельности, основанное на сопоставлении результатов первичной оценки развития и функционирования ребенка с нормативом для данного возраста;
- рекомендации родителям.

4.2.4.5. Результаты первичного приема подлежат обсуждению на междисциплинарном консилиуме, по результатам которого должно быть составлено заключение о соответствии или несоответствии состояния ребенка критериям разработки ИПРП.

4.2.4.6. К критериям разработки ИПРП относятся наличие у ребенка в возрасте до 3 лет ограничений жизнедеятельности и отсутствие противопоказаний к её разработке.

4.2.4.7. Наличие ограничения(й) жизнедеятельности для детей-инвалидов указывается в индивидуальной программе реабилитации-абилитации ребенка-инвалида, а для детей, не имеющих статуса ребенка-инвалида - выявляется при первичном приеме в организации-поставщике услуг ранней помощи и утверждается решением междисциплинарного консилиума. К критериям наличия у ребенка ограничения жизнедеятельности относятся умеренные, тяжелые или полные ограничения/задержка развития в следующих доменах МКФ:

- обучение и использование знаний;
- общие задачи и требования;
- общение;
- мобильность;

- самообслуживание,
- межличностные взаимодействия и отношения.

4.2.4.8. Противопоказанием к разработке ИПРП является устойчивая декомпенсация функции(й) организма ребенка, препятствующая участию ребенка в получении услуг ранней помощи в рамках ИПРП. В таких случаях услуги ранней помощи ребенку и семье могут быть предоставлены без разработки ИПРП.

4.2.4.9. В случае выявления соответствия состояния функционирования ребенка критериям разработки ИПРП, первичный прием должен быть дополнен следующими процедурами:

- информирование семьи о содержании и порядке предоставления услуг ранней помощи и получение подтверждения родителей об ознакомлении с содержанием и порядком предоставления услуг ранней помощи;

- при получении согласия родителей включение (зачисление) ребёнка и семьи в число потребителей услуг ранней помощи;

- назначение ведущего специалиста.

4.2.4.10. В случае, если состояние ребенка не соответствует критериям разработки ИПРП, но ребенок относится к группе риска, то родителям (законным представителям) и семье должно быть предложено пролонгированное консультирование, в т.ч. по вопросам взаимодействия в паре “родитель-ребенок”, без составления ИПРП, с частотой до 2 раз в месяц с мониторингом функционирования ребенка и/или семьи.

4.2.4.11. В случае выявления соответствия состояния функционирования ребенка критериям разработки ИПРП, но проблемы функционирования ребенка могут быть решены при условии предоставления краткосрочных услуг, то, согласно заключению междисциплинарного консилиума, родителям (законным представителям) могут быть предложены краткосрочные услуги ранней помощи без составления ИПРП.

4.2.5. Проведение оценочных процедур для разработки ИПРП планируется ведущим специалистом на основе рекомендаций междисциплинарного консилиума.

4.2.5.1. Оценочные процедуры для разработки ИПРП проводятся в течение 15 рабочих дней со времени заключения договора об оказании услуг ранней помощи.

4.2.5.2 Оценочные процедуры для разработки ИПРП проводятся ведущим специалистом с согласия родителей (законных представителей) и при взаимодействии с ними и/или другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами с привлечением тех специалистов, участие которых планируется в реализации ИПРП.

4.2.5.3 Оценочные процедуры для разработки ИПРП должны включать углубленную оценку функционирования и ограничений жизнедеятельности ребенка в контексте факторов окружающей среды, проводимую по доменам и категориям МКФ, в том числе, оценку функций и

структур организма ребенка, активности ребенка, а также вовлеченности и поведения ребенка и его родителей в естественных жизненных ситуациях.

4.2.5.4 В зависимости от особенностей ребенка и его социального окружения, оценочные процедуры для составления/изменения ИПРП могут включать углубленную оценку других аспектов развития ребенка и его взаимодействия с социальным окружением:

- качество взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье, с другими детьми;
- состояние эмоционального и поведенческого благополучия ребенка;
- другие (при необходимости).

4.2.5.5 Ведущий специалист должен обсудить с родителями и другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами результаты углубленной оценки и определить, совместно с ними, цели ИПРП и те ЕЖС, в которых планируется реализация ИПРП.

4.2.6 Разработка ИПРП осуществляется ведущим специалистом совместно с родителями, с учетом мнения специалистов, привлекаемых к реализации ИПРП.

4.2.6.1. ИПРП должна быть разработана в течение 20 рабочих дней от даты заключения договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи.

4.2.6.2 ИПРП должна быть подписана ведущим специалистом, родителем (законными представителем) ребенка.

4.2.6.3 ИПРП составляется на срок не менее 6 месяцев и пересматривается регулярно не реже 1 раза в 3 месяца, и может быть пролонгирована при отсутствии критериев её завершения.

4.2.6.4 ИПРП должна включать:

- формальные данные о ребенке - потребителе услуг ранней помощи;
- результаты оценочных процедур;
- цели ИПРП;
- перечень естественных жизненных ситуаций, в которых ИПРП реализуется;
- перечень услуг ранней помощи и количественные показатели их предоставления: длительность и периодичность оказания услуг, места и формы их предоставления;
- срок реализации ИПРП;
- фамилию, имя, отчество и контактные данные ведущего специалиста;
- фамилию, имя, отчество дополнительных специалистов;
- фамилию, имя, отчество и контактные данные родителя (законного представителя).

4.2.7. Реализация ИПРП осуществляется в соответствии со следующими требованиями:

- все специалисты, предоставляющие услуги ранней помощи в рамках ИПРП, должны содействовать вовлечению семьи в ее реализацию;

- все специалисты, предоставляющие услуги ранней помощи в рамках ИПРП, должны обсуждать с семьей ход ее реализации;

- взаимодействие с ребенком и семьей должно строиться на основе их собственной активности и участия, преимущественно в ЕЖС;

- в соответствии с целями ИПРП, к ее реализации привлекаются специалисты, обладающие необходимыми компетенциями;

- услуги ранней помощи должны предоставляться потребителям в формах, определенных исходя из целей ИПРП, возможностей и готовности ребенка и семьи, места и условий проживания ребенка, возможностей организации-поставщика услуг ранней помощи;

- длительность предоставления одной или нескольких, непрерывно предоставляемых друг за другом услуг ребенку и семье должна быть не менее 45 и не более 90 минут;

- длительность дистанционной консультации должна быть не более 90 минут.

4.2.8 Промежуточная и итоговая оценки результативности реализации ИПРП должны быть направлены на определение динамики целевых показателей ИПРП.

4.2.8.1 Промежуточная и итоговая оценка результативности реализации ИПРП должна проводиться с использованием тех же методов и методик, что и оценка при составлении ИПРП, а также включать в себя оценку удовлетворенности родителей (законных представителей), других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц полученными услугами.

4.2.8.2 Промежуточная оценка результативности реализации ИПРП должна проводиться не реже 1 раза в 3 месяца.

4.2.9 ИПРП следует пролонгировать, если ребенок в возрасте от 3 до 7 лет, имеющий ограничение жизнедеятельности, получавший до 3 лет услуги ранней помощи в рамках ИПРП, по решению междисциплинарного консилиума организации, предоставляющей услуги ранней помощи, недостаточно подготовлен к переходу в дошкольную образовательную организацию и не имеет противопоказаний для получения услуг ранней помощи в рамках ИПРП.

4.2.10 Реализация ИПРП должна завершаться в следующих случаях:

- отказ семьи (законных представителей) от получения услуг ранней помощи;

- ребенок/семья больше не нуждаются в услугах ранней помощи, так как цели ИПРП достигнуты;

- ребенок поступил в детский сад и успешно осваивает образовательную программу;

- ребенок достиг возраста 3-х лет в случае отсутствия необходимости пролонгации ИПРП;

- ребенок достиг возраста 7 лет - в случае пролонгации ИПРП после 3-х лет;

- при возникновении иных причин, создающих непреодолимые препятствия для продолжения реализации ИПРП.

4.2.11 Специалисты организации-поставщика услуг ранней помощи должны оказывать содействие переходу ребенка в образовательную организацию, в том числе:

- помогать семье в сборе и оценке информации, необходимой для принятия решения о выборе образовательной организации;
- консультировать специалистов образовательной организации, принимающей ребенка, по их запросу;
- предоставлять семье услуги пролонгированного консультирования в период адаптации ребенка в образовательной организации сроком до 6 месяцев (по запросу семьи).

Литература

Источник: https://www.traektoria-eii.ru/kopiya-rukovoditelyam

ПРИМЕРНАЯ МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ

1. Общие положения

1.1. Оценка качества предоставления услуг ранней помощи детям системы ранней помощи осуществляется в субъекте Российской Федерации и в его административно-территориальных и муниципальных образованиях.

1.2 Оценка эффективности предоставления услуг ранней помощи детям системы ранней помощи осуществляется поставщиками услуг ранней помощи в субъекте Российской Федерации и в его административно-территориальных и муниципальных образованиях.

1.3. Оценка качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям системы ранней помощи осуществляется в субъекте Российской Федерации ежегодно.

1.4. Результаты оценки качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации служат основанием для принятия субъектом Российской Федерации соответствующих решений по совершенствованию системы ранней помощи.

1.5. Порядок организации проведения оценки качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям, в том числе контроля за ее проведением, утверждается нормативным правовым актом уполномоченного исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации по организации и координации межведомственного взаимодействия в области ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

2. Показатели качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям и критерии их оценки

2.1. Оценка качества предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям производится на уровне субъекта Российской Федерации (показатели 1-11), административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации (показатель 5) и на уровне поставщиков услуг ранней помощи (показатели 8, 11).

2.2. Оценка эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям проводится на уровне поставщиков услуг ранней помощи (показатели 12-14).

2.3. Показатели качества предоставления услуг ранней помощи.

Показатель 1. Наличие системы координации действий по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

Значения показателя и критерии оценки:

– наличие открытых (размещенных на официальных web-ресурсах органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, специализированном web-ресурсе по поддержке развития ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации) и доступных для скачивания действующих документов по созданию, составу и регламенту работы Межведомственного Координационного органа по развитию Программы ранней помощи в субъекте Российской Федерации, созданного при Высшем органе исполнительной власти субъекта Российской Федерации, о межведомственном ресурсно-методическом центре по поддержке развития ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации, наличие специализированного web-ресурса по поддержке развития ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации - 1 балл;

– наличие открытых (размещенных на официальных web-ресурсах органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации) и доступных для скачивания действующих документов по созданию, составу и регламенту работы Межведомственного Координационного органа по развитию Программы ранней помощи в субъекте Российской Федерации, созданного при Высшем органе исполнительной власти субъекта Российской Федерации, наличие специализированного web-ресурса по поддержке развития ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации - 0,5 балла;

– отсутствие открытых (размещенных на официальных web-ресурсах органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, специализированном интернет-ресурсе по поддержке развития ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации) и доступных для скачивания действующих документов, об органах, координирующих деятельность по развитию ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации - 0 баллов.

Показатель 2. Наличие программы развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации и ежегодного плана деятельности по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

Значения показателя и критерии оценки:

– наличие открытых (размещенных на официальных интернет-ресурсах органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации Российской Федерации, на специализированном интернет-ресурсе по поддержке развития ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации) и доступных для открытого просмотра и скачивания действующих документов по развитию ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации, включая программу (стратегию) развития ранней помощи детям и семьям в субъекте Российской Федерации (на 5 лет), годовой(ые) план(ы) по её реализации, годовой(ые) отчет(ы) - 1 балл;

– наличие открытых (размещенных на официальных интернет-ресурсах органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, на специализированном web-ресурсе по поддержке развития ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации) и доступных для открытого просмотра и скачивания действующих документов по развитию ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации, включая программу развития ранней помощи детям и семьям в субъекте Российской Федерации (на 5 лет), годовой план по её реализации - 0,5 балла;

– отсутствие открытых (размещенных на официальных web-ресурсах органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, на специализированном интернет -ресурсе по поддержке развития ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации) действующих документов, по развитию ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации (на 5 лет) и годовой план по её реализации - 0 баллов.

Показатель 3. Наличие утвержденного перечня услуг ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации с обязательным включением в этот перечень основных и специализированных услуг ранней помощи в соответствии со стандартом «Порядок оказания услуг ранней помощи для детей и их семей».

Значения показателя и критерии оценки:

– наличие открытого (размещенного на официальном интернет-ресурсе Высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации) и доступного для скачивания действующего документа, утвержденного Высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, определяющего перечень и нормы подушевого финансирования услуг ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации с обязательным включением в этот перечень основных и специализированных услуг ранней помощи - 1 балл;

– отсутствие открытого (размещенного на официальном интернет-ресурсе Высшего органа исполнительной власти субъекта Российской

Федерации) и доступного для скачивания действующего документа, утвержденного Высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, определяющего перечень и нормы подушевого финансирования услуг ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации с обязательным включением в этот перечень основных и специализированных услуг ранней помощи - 0 баллов.

Показатель 4. Обеспеченность специалистами, обладающими компетенциями предоставления основных услуг ранней помощи (см. пункт 4.1.8.1), (проведение первичного приема детей от 0 до 3-х лет для выявления соответствия состояния ребенка критериям составления индивидуальной программы ранней помощи (ИПРП), составление ИПРП, реализацию ИПРП включая консультирование семьи по её реализации в естественных жизненных ситуациях, оценку эффективности реализации ИПРП).

Значения показателя и критерии оценки (количество специалистов на 1 тысячу детского населения в возрасте до 3-х лет):

- более 2,0 ставок специалистов - 1 балл;
- от 1,0 до 2,0 ставок специалистов - 0,5 балла;
- менее 1 ставки специалистов - 0 баллов.

Показатель 5. Доля административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации, на которых действуют поставщики услуг ранней помощи детям и их семьям, от общего количества административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации.

Значения показателя и критерии оценки:

- доля административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации, на которых действуют поставщики услуг ранней помощи детям и их семьям, от общего количества административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации составляет 90% и более % - 1 балл;

- доля административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации, на которых действуют поставщики услуг ранней помощи детям и их семьям, от общего количества административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации составляет более, чем 50%, но менее чем 90% административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации, - 0,5 балла;

- доля административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации, на которых действуют поставщики услуг ранней помощи детям и их семьям, от общего количества административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации более, чем в 5%, но менее чем в 50%

административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации, - 0,25 балла;

- доля административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации, на которых действуют поставщики услуг ранней помощи детям и их семьям, от общего количества административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации составляет, менее чем в 5% административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации или отсутствие таких поставщиков - 0 баллов.

Показатель 6. Доля поставщиков услуг ранней помощи, которые в установленных срок (10 рабочих дней от даты заключения договора об оказании услуг ранней помощи) обеспечивают первичный прием детей в возрасте от 0 до 3-х лет, потенциально нуждающихся в ранней помощи, и их семей, - от общего количества поставщиков услуг ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

Значения показателя и критерии оценки:

- доля поставщиков услуг ранней помощи детям и их семьям, предоставляющих первичный прием в течение 10 дней со времени заключения договора об оказании услуг ранней помощи, более, чем в 90% административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации, - 1 балл;

- доля поставщиков услуг ранней помощи детям и их семьям, предоставляющих первичный прием в течение 10 дней со времени заключения договора об оказании услуг ранней помощи, более, чем в 50%, но менее чем в 90% административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации, - 0,5 балла;

- доля поставщиков услуг ранней помощи детям и их семьям, предоставляющих первичный прием в течение 10 дней со времени заключения договора об оказании услуг ранней помощи, более, чем в 25%, но менее чем в 50% административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации, - 0,25 балла;

- доля поставщиков услуг ранней помощи детям и их семьям, предоставляющих первичный прием в течение 10 дней со времени заключения договора об оказании услуг ранней помощи, менее чем в 25% административно-территориальных и муниципальных образований субъекта Российской Федерации или отсутствие таких поставщиков - 0 баллов.

Показатель 7. Наличие установленного порядка выявления и учета детей в возрасте от 0 до 3-х лет потенциально нуждающихся в ранней помощи, направления их к поставщику услуг ранней помощи, информирования родителей о поставщиках услуг ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

Значения показателя и критерии оценки:

- наличие и открытость (размещение на официальном интернет-ресурсе уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации Российской Федерации и специализированном интернет-ресурсе по поддержке развития ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации) утвержденного уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации действующего документа о порядке выявления и учета детей в возрасте от 0 до 3-х лет потенциально нуждающихся в ранней помощи, направления их к поставщику услуг ранней помощи в срок 7 дней с момента выявления этой нуждаемости, информирования родителей о поставщиках услуг ранней помощи в субъекте Российской Федерации - 1 балл;

- отсутствие или закрытость (неразмещение на официальном интернет-ресурсе уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и специализированном интернет-ресурсе по поддержке развития ранней помощи детям и их семьям в субъекте Российской Федерации) утвержденного уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации действующего документа о порядке выявления и учета детей в возрасте от 0 до 3-х лет потенциально нуждающихся в ранней помощи, направления их к поставщику услуг ранней помощи в срок 7 дней с момента выявления этой нуждаемости, информирования родителей о поставщиках услуг ранней помощи в субъекте Российской Федерации - 0 баллов.

Показатель 8. Соблюдение установленного срока составления ИПРП - 20 рабочих дней от даты заключения договора об оказании услуг ранней помощи.

Значения показателя и критерии оценки:

– за прошедший календарный год более 95% ИПРП составлены в течение 20 рабочих дней от даты заключения договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи - 1 балл;

– за прошедший календарный год более 50, но менее 95 % ИПРП составлены в течение 20 рабочих дней от даты заключения договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи - 0,5 баллов;

– за прошедший календарный год более 25, но менее 50 % ИПРП составлены в течение 20 рабочих дней от даты заключения договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи - 0,25 баллов;

– за прошедший календарный год менее 25% действующих ИПРП составлены в течение 20 рабочих дней от даты заключения договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи - 0 баллов.

Показатель 9. Доля детей в субъекте Российской Федерации с впервые установленной инвалидностью в возрасте до 3-х лет, родители (законные представители) которых получили направление к поставщику услуг ранней помощи, от общего количества детей с впервые установленной инвалидностью в возрасте до 3-х лет в субъекте Российской Федерации за прошедший календарный год.

Значения показателя и критерии оценки:

- более 90% - 1 балл;
- 50-90% - 0,5 баллов;
- 25-49 % - 0,25 баллов;
- менее 25 % - 0 баллов.

Показатель 10. Доля детей с установленной инвалидностью в возрасте до 3-х лет, которые в прошедшем календарном году получали в субъекте Российской Федерации услуги ранней помощи в рамках ИПРП, от общего количества детей с установленной инвалидностью в возрасте до 3-х лет в субъекте Российской Федерации, нуждающихся в ранней помощи.

Значение показателя оценивается в контексте целевых ориентиров годового плана развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

Показатель 11. Доля детей до 3 лет, получающих услуги ранней помощи в рамках ИПРП от общей численности потребителей услуг ранней помощи в рамках ИПРП.

Значение показателя оценивается в контексте целевых ориентиров годового плана развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

2.4. Оценка эффективности предоставления услуг ранней помощи включает использование следующих показателей:

Показатель 12. Доля детей, которые демонстрируют снижение выраженности ограничений активности по целевым категориям в соответствии с «Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» и (или) увеличение вовлеченности в естественные жизненные ситуации в процессе реализации ИПРП, в общем количестве детей, получающих услуги ранней помощи в рамках ИПРП.

Значения показателя и критерии оценки:

- более 95% - 1 балл;
- 50-90% - 0,5 баллов;
- менее 50 % - 0 баллов.

Показатель 13. Доля семей, которые отметили позитивное влияние реализации ИПРП на какие-либо аспекты функционирования семьи (например, на понимание членами семьи особенностей ребенка, на их способности содействовать развитию ребенка, на качество их отношений и взаимодействия с ребенком и в семье в целом, на адаптацию семьи, на

расширение позитивного социального взаимодействия семьи с социумом) в общем количестве семей, участвующих в реализации ИПРП.

Значение показателя оценивается в контексте целевых ориентиров годового плана развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

Показатель 14. Доля детей, поступивших в образовательные организации по завершении ИПРП из общей численности детей, завершивших программу ранней помощи в текущем году.

Значение показателя оценивается в контексте целевых ориентиров годового плана развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации.

Литература

Источник: https://www.traektoria-eii.ru/kopiya-rukovoditelyam

Отчет мониторинга реализации проекта Благотворительного фонда «Наследие иркутских меценатов» - «Особые дети рядом» направленного на создание Службы ранней помощи в Иркутске и Иркутской области

Мониторинг проводился в два этапа: 1) на старте проекта по созданию Службы ранней помощи и 2) на завершении проекта по созданию Службы ранней помощи поддержанного Фондом президентских грантов.

Услуги работы Службы ранней помощи (далее – Служба) показаны детям первых трех лет жизни, которые имеют трудности в нескольких или какой-то одной области развития. Например, речь может идти о крупной и мелкой моторике, развитии коммуникации и речи, когнитивных навыках и способности к обучению, навыках самообслуживания, нарушениях в области психического здоровья и т.п.

Также программы Службы помогают семьям детей, имеющих диагнозы, с высокой вероятностью приводящие к нарушениям в развитии, такие как тяжелые множественные нарушения развития, расстройства аутистического спектра, ДЦП, серьезные нарушения зрения, нарушения слуха, недоношенность, генетические синдромы.

Кроме того, в Службу ранней помощи могут прийти семьи с детьми, у которых только предполагается отставание в развитии – в этом случае специалисты проведут диагностику и оценку развития ребенка и совместно с родителями примут решение о необходимости включения ребенка в программу.

Программами ранней помощи называют программы ранней помощи маленьким детям (детям первых трех лет жизни), имеющим нарушения развития или риск возникновения нарушений в развитии в будущем. Эти нарушения могут возникать по самым разным причинам – от врожденных и биологических медицинских факторов до проживания в трудных социальных условиях или вне семьи.

Первые годы жизни – необычайно важное время для развития ребенка. Именно в этом возрасте наиболее активно развивается мозг малыша. В первые 2-3 года жизни ребенок учится доверять своим близким и исследовать окружающий мир. В этом возрасте ребенку гораздо легче осваивать язык и речь, учиться самостоятельности и общению.

Программы ранней помощи включают работу междисциплинарной команды специалистов – медиков (педиатров, неврологов, физических терапевтов и эрготерапевтов, специалистов по ЛФК), психологов, педагогов и социальных работников. Важную роль в реализации программы ранней помощи играют и родители ребенка.

Необходимо понимать, что обращение родителей в Службу ранней помощи не заменяет медицинское лечение и медицинскую реабилитацию. Развитие навыков и адаптация ребенка, поддержка его родителей и интеграция в образовательные учреждения и жизнь общества должны проводиться вместе с необходимым медицинским лечением. Работа Службы ранней помощи не дублирует и не повторяет медицинскую помощь в больнице и поликлинике.

Благотворительный фонд «Наследие Иркутских меценатов» проводил исследование актуальности и востребованности Службы ранней помощи для особых детей в Иркутске и Иркутской области.

В первом этапе приняло участие 200 человек, во втором этапе также 200 человек. География участников была шире, чем Иркутская область, так как вопрос ранней помощи актуален и для других регионов: Республика Бурятия, Читинская область, Республика Саха, Красноярский край.

90% респондентов – это женщины (мамы особых детей), и только 10% – папы.

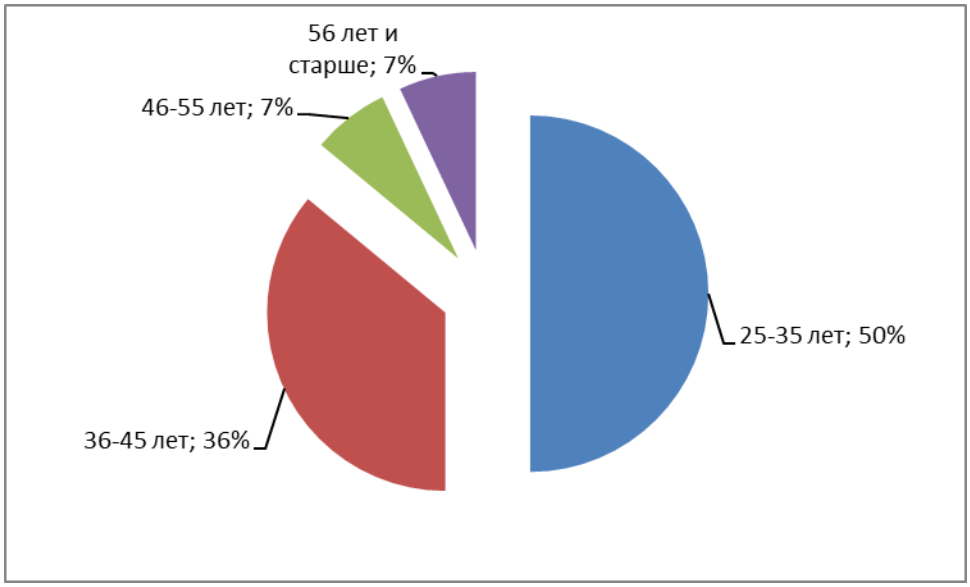


Рис.1. Возрастной состав участников исследования

Количество детей в семье чаще всего не большое. В половине семей – это один ребенок 50%, в 43% семей это двое детей, в 7% семей – это трое детей.

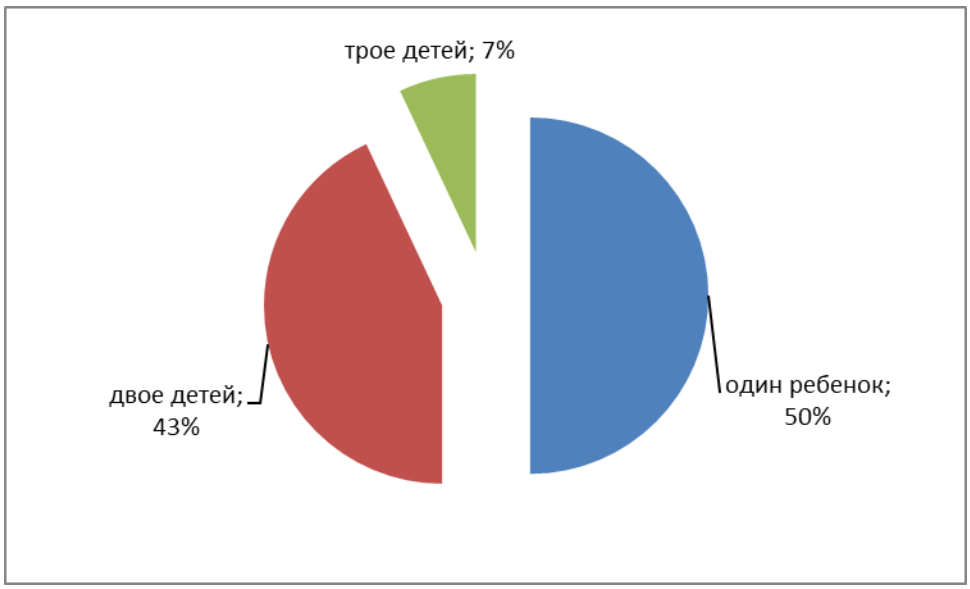


Рис.2. Количество детей в семьях с особыми детьми

В исследовании приняли участие родители детей с различными диагнозами: РАС – 29 %, ЗПР – 17%, умственная отсталость – 15%, ДЦП – 14%, Синдром Дауна – 12%, СДВГ – 8%, внутренняя окклюзионная гидроцефалия – 5%.

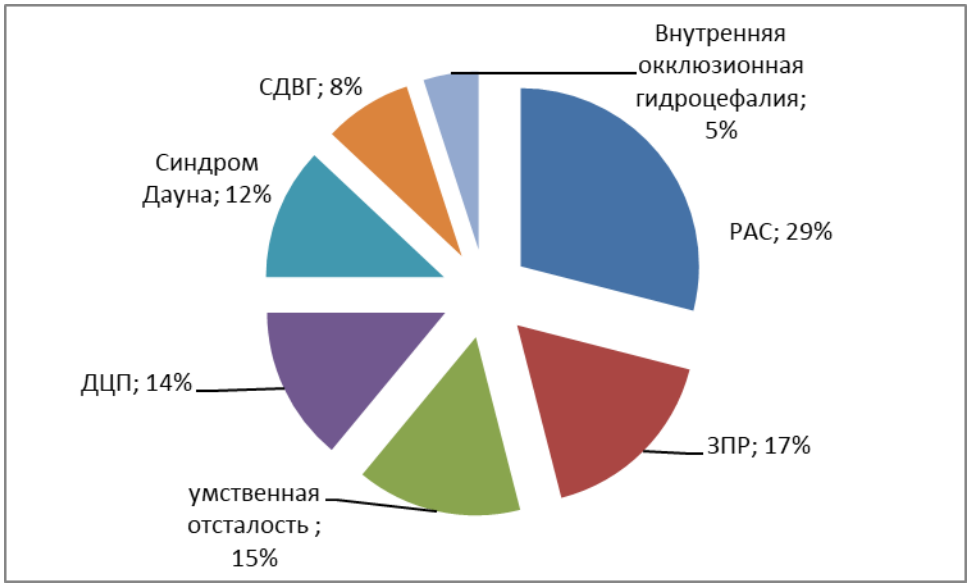


Рис.3. Диагноз особых детей, родители которых участвовали в исследовании

Только у 35% особых детей был установлен диагноз до 3 лет, у остальных 65% он был установлен с 3 до 8 лет. Чем позже ставится точный диагноз – тем сложнее работать с ребенком по формированию базовых условий развития. Поэтому вопрос ранней диагностики становится более актуальным и насущным.

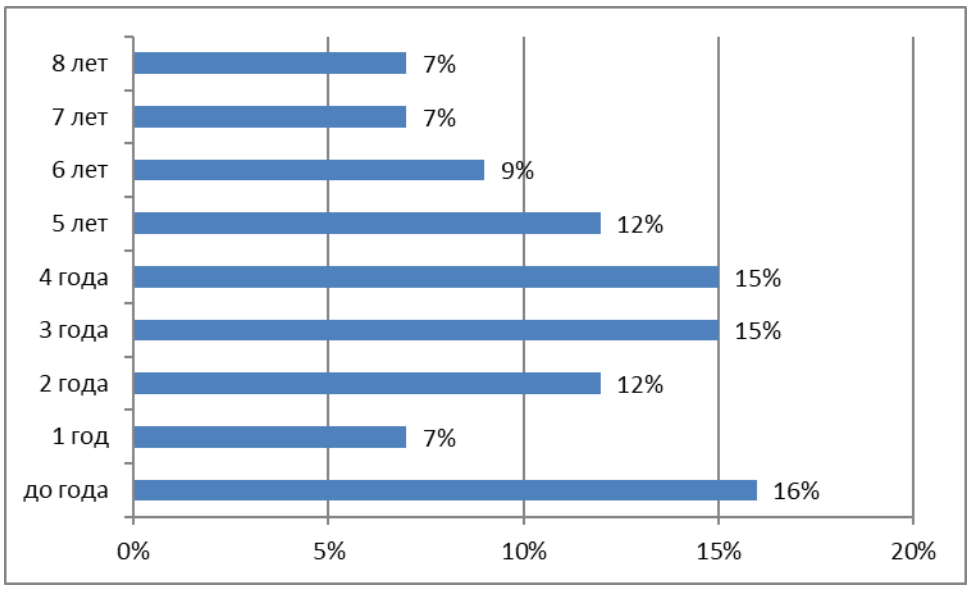


Рис.4. Время установления диагноза

Сейчас детям, чьи родители участвовали в исследовании от 6 до 8 лет – 60%, от 9 до 11 лет – 10%, от 3 до 5 лет – 20%, от 1 до 2 лет – 10%.

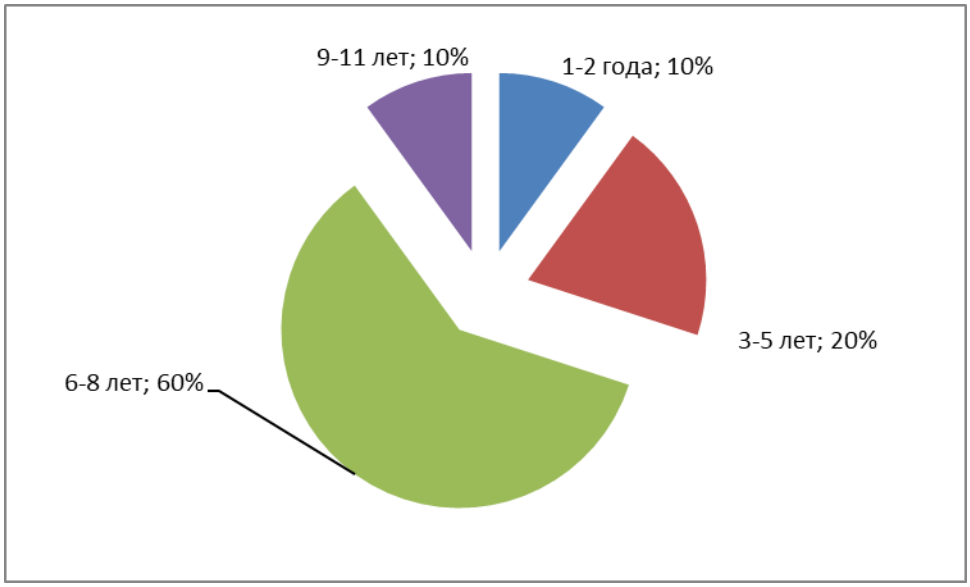


Рис.5. Возраст детей на момент исследования

Половина родителей (50%) обращаются в больницу по месту жительства для получения консультационной помощи, но чаще всего именно там ее мало кто может оказать. Тоже можно сказать и о тех, кто обращается в областную больницу (6%), которая также не имеет узкого профиля работы с особыми детьми и не может изначально качественно и компетентно помочь ребенку и его родителям.

Еще четверть родителей (25%) обращаются в специализированные организации (Центры, НКО, Фонды) способные проконсультировать в силу того, что имеют профиль работы с той или иной группой детей и могут более профессионально и компетентно помочь родителям в общении и развитии

особого ребенка. Настораживает тот факт, что 13% родителей пользуются только Интернет ресурсами, которые изобилуют совершенно различной, зачастую противоположной информацией, которая может быть совсем не применима в работе с ребенком с определенным диагнозом или в каждом конкретном случае отдельно. Без работы со специалистом точно подобрать способы взаимодействия самостоятельно родителям очень трудно.

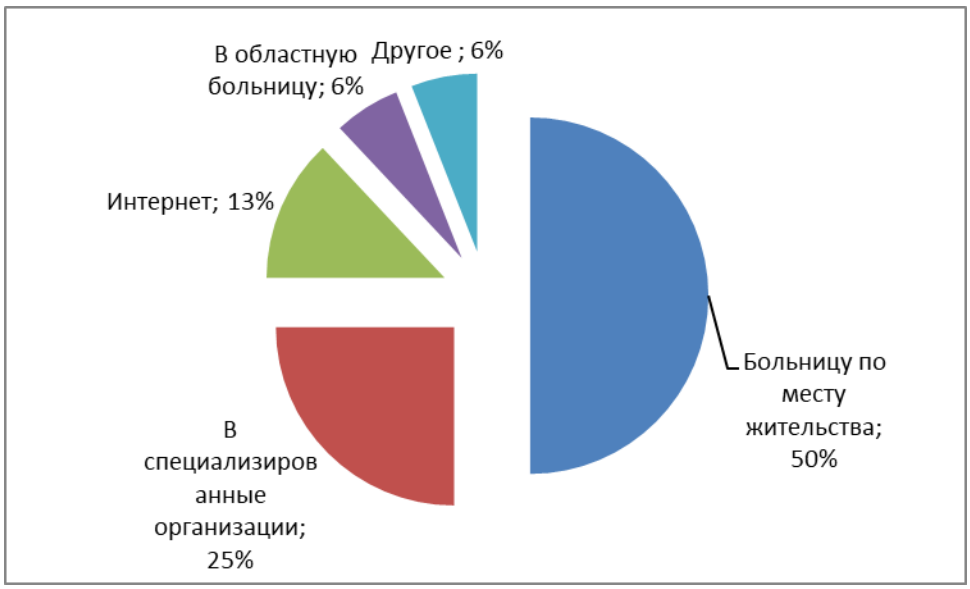


Рис.6. Куда обращались родители за консультационной помощью

Респонденты называли достаточно большое количество организаций, занимающихся с особыми детьми: ОГБУСО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», Благотворительный фонд «Наследие иркутских меценатов», ИРООРД РАС «Аутизм-Иркутск», АНО ЦЗРВДОВ «Шаги детства», ИРООРДИ «Солнечный круг», Интернет-проект «Особое детство Иркутска», ИОООИ «Семейная усадьба», Семейный клуб «Жар-птица», Росток, Исток, МБОУ ДОУ №18, СКОШ №20, ГАУ ИО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» г. Иркутска, Оздоровительный центр для детей и их родителей - бассейн «Аквапузики», АНО «Иркутский центр абилитации»;, ИОООИД «Надежда», Адаптационно-Педагогический Центр «Прибайкальский Талисман».

Все респонденты обращались в одну из выше перечисленных организаций по работе с особыми детьми. Кто-то в одну организацию (34%), кто-то прошел половину (48%), а третьи – во все (18%).

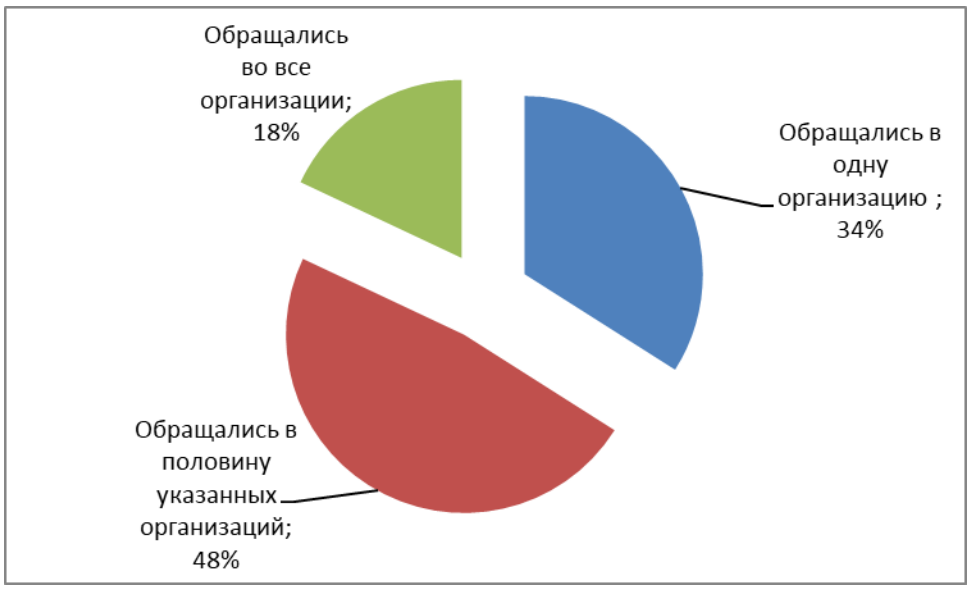


Рис. 7. В какие организации обращались за консультацией

Большая часть респондентов сама нашла данные организации 43%, в 27% случаев подсказали знакомые и друзья, специалисты из специализированных медицинских учреждений – 18%, другое – 12%.

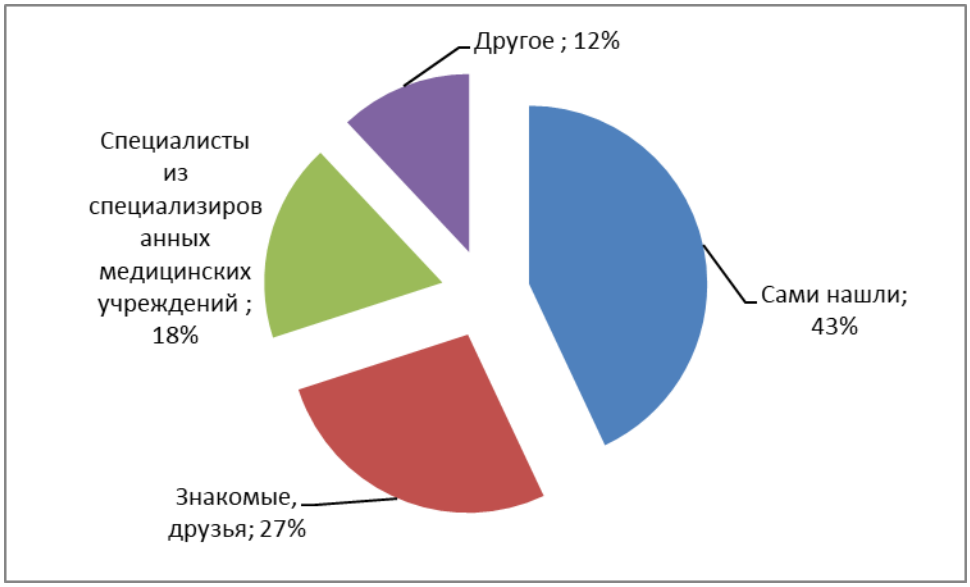


Рис.8. Кто отправил именно в эти организации

Существенная часть респондентов (38%) указали что никто не помог, 28% указал на то, что Мельник Серафима Николаевна, директор АНО «Иркутский центр абилитации» помогла и ребенку, и родителям выйти на новый уровень, Фонд «Наследие Иркутских меценатов» (14%), АНО «Иркутский центр абилитации» (10%), АНО ЦЗРВДОВ «Шаги детства» (5%), ГАУ ИО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» г. Иркутска (5%).

Рис.9. Кто оказал наибольшую поддержку и помощь

Оценивая характер помощи, респонденты также были неоднозначны. На психологическую поддержку указали 35%, информационную – 28%, на техническую поддержку – 20%, организационную – 10%, иная – 7%.

Родители, как и сами особые дети, нуждаются в помощи и поддержке со стороны более компетентных и профессиональных специалистов, которые могут направить взрослых в том направлении, которое будет максимально приемлемо и комфортно особому ребенку и позволит родителям выти на новый уровень понимания и восприятия себя в данном взаимодействии.

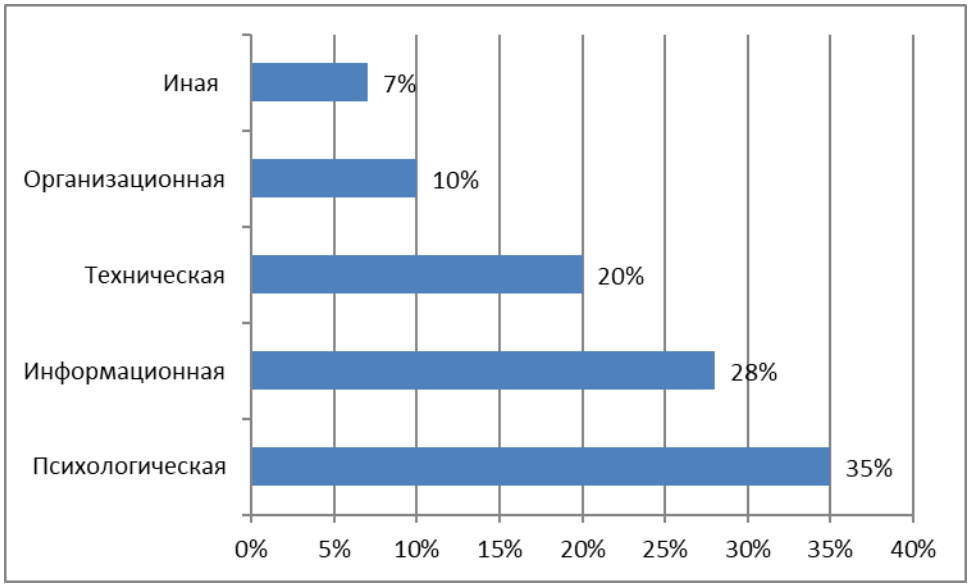


Рис. 10. Оценка сферы помощи

Мы попросили оценить респондентов ситуацию с ранней помощью в Иркутске и Иркутской области (от 5 до 0, где 5- максимально хорошо, 0 - минимально). Половина из них указала на низкий уровень развития ранней

помощи (1-2 балла) – 50%, на 3 балла оценило 30% респондентов и на 4 балла – 20%.

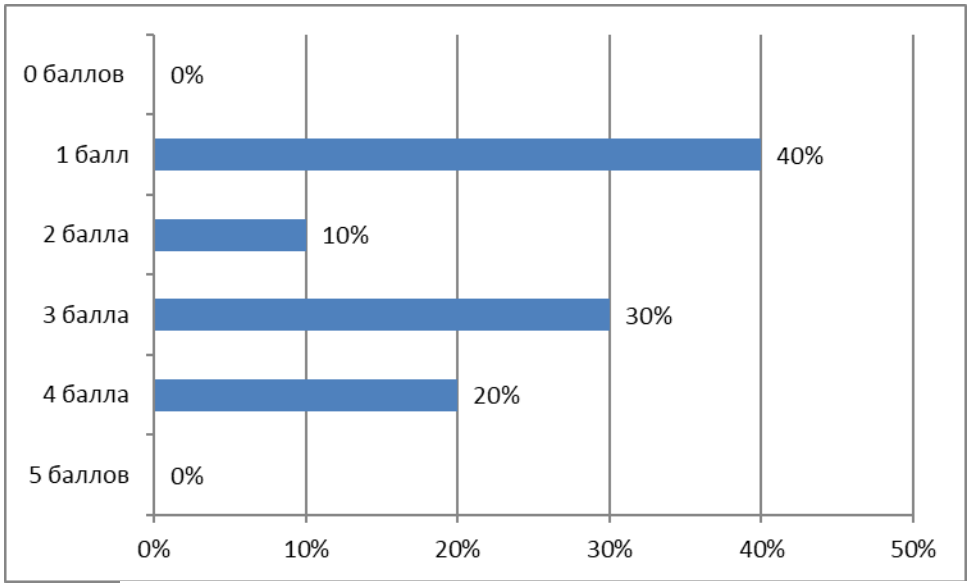


Рис.11. Оценка ситуации с ранней помощью в Иркутске и Иркутской области (от 5 до 0, где 5- максимально хорошо, 0 - минимально)

Более того, отвечая на открытый вопрос о характеристиках ранней помощи в Иркутске и области, мы получили следующие данные. Одна группа респондентов указывает на положительную динамику в данной сфере: «В период с 2008-2011 мы вообще не знали о ранней помощи, сейчас что-то стало меняться», «Ранняя помощь только начинает развиваться в Иркутской области», «Служба ранней помощи начинает развиваться, однако требуется работа по межведомственному взаимодействию специалистов, а также активное привлечение внимания СМИ» и проч.

Вторая утверждает, что данная работа не ведется: «не удовлетворительна», «очень печальна», «не организована», «оставляет желать лучшего», «никакого раннего вмешательства нет» и т.д.

Третья сетует на неподготовленность кадров: «Медицинские работники не ориентированы на реабилитацию и социализацию особого ребенка, помощь сводится к медикаментозному «лечению» устаревшими «тяжелыми» препаратами» и т.д.

Наши респонденты назвали разнообразные программы или Службы ранней помощи по работе с особыми детьми: АВА-терапия, иппотерапия, Каролина, сенсорная интеграция, СИПР, Служба ранней помощи при АНО «Иркутский центр абилитации»; ОГБУСО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»; Служба ранней помощи при ГАУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи».

Следующий вопрос касался оценки качества предоставляемых услуг в тех организациях, что сегодня функционируют в Иркутске и Иркутской области. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Оценка качества предоставляемых услуг
(Оценка велась по шкале от +3 до -3, где + 3 максимально хорошо и -3 – максимально плохо) (в %)

Критерий	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Квалификация персонала	50%	25%	5%	5%	10%	0%	5%
Место расположения	10%	15%	20%	40%	15%	0%	0%
Оборудование	40%	20%	15%	15%	10%	0%	0%
Применяемые методики	40%	25%	10%	10%	5%	5%	5%
Время приема	50%	20%	10%	10%	5%	5%	0%
Продолжительность приема	30%	25%	25%	10%	5%	5%	0%
Удовлетворенность итоговым результатом	50%	15%	20%	10%	0%	5%	0%
Удовлетворенность итоговым результатом	50%	20%	20%	5%	0%	5%	0%

Как видно из таблицы, респонденты достаточно высоко оценивают разные сферы работы специализированных центров с особыми детьми. Практически везде 50% указывали на максимальную оценку, за исключением – «продолжительности приема» – только 30% максимально высоко оценили и «местом расположения» – удовлетворены 10% респондентов. «Оборудованием» и «применяемыми методиками» удовлетворены по 40% респондентов.

Первые годы – очень важное время для развития ребенка. Это связано с тем, что его мозг во многом созревает именно в первые 2-3 года жизни. Очень важно, чтобы при обнаружении проблем программа помощи началась как можно раньше. Ранняя помощь не принесет никакого вреда и может помочь ребенку развиваться лучше.

Специалисты Службы ранней помощи могут помочь в следующем:

- Провести диагностику и оценить уровень развития ребенка.
- Вместе с родителями разработать и реализовывать программу развития (двигательного, речевого, когнитивного, самообслуживания, умения общаться с детьми и взрослыми и т.д.).
- Помочь родителям лучше понимать потребности ребенка и справляться с его трудным поведением (капризы, истерики, негативизм).
- Помочь подобрать необходимое ребенку специальное оборудование и технику (специальные стулья, коляски, приспособления для стояния и еды и т.д.).

- Найти способы лучше справляться с малышом в обычных бытовых ситуациях (кормление, одевание, игра и т.д.).

Специалисты также могут при необходимости разработать программу дополнительной коммуникации:

- Помочь родителям организовать для ребенка развивающее окружение дома, подобрать подходящие по возрасту игры и занятия.
- Предоставить родителям особых детей возможность встретиться с другими родителями, у которых есть похожие дети.
- Оказать психологическую помощь родителям.

Отвечая на вопрос о том, «Что вы знаете (слышали) о работе Благотворительного фонда «Наследие иркутских меценатов» по развитию системы Службы ранней помощи в г. Иркутске и поддержке семей воспитывающих детей с особыми потребностями?» мы получили следующие ответы: хорошо осведомлен – 15%, участвовал в мероприятиях – 45%, что-то слышал, но не участвовал в мероприятиях – 25%, 15% – ничего не слышал, не знаю.

Рис.12. Что вы знаете (слышали) о работе Благотворительного фонда «Наследие иркутских меценатов» по развитию системы Службы ранней помощи в г. Иркутске и поддержке семей воспитывающих детей с особыми потребностями?

Информация о работе Службы ранней помощи при АНО «Иркутский центр абилитации» к нашим респондентам приходила из разных источников: из СМИ – 30%, от родственников – 24%, знакомых и друзей – 20%, из Интернета – 16%, коллеги по работе – 10%.

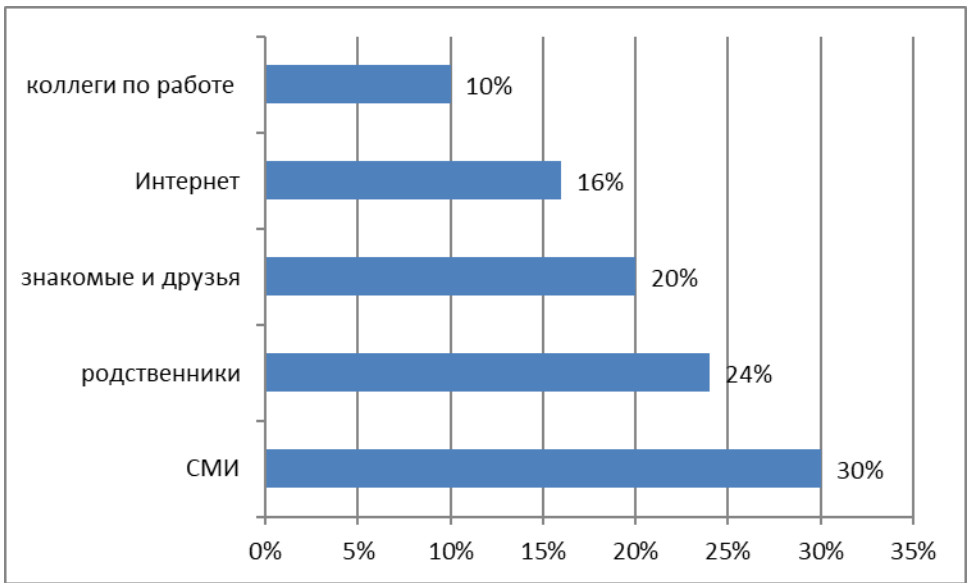


Рис.13. Откуда вы узнали о работе Службы ранней помощи при АНО «Иркутский центр абилитации»

Таким образом, те, для кого актуальна информация по работе с особыми детьми в целом осведомлены о различных организациях, работающих в городе в данной сфере. Но Служб, работающих с ранней диагностикой и помощью – практически нет. Качество оказываемых услуг не охватывает все группы и сферы потребностей, возникающих у особых детей и их родителей. Поэтому, деятельность Фонда «Наследие иркутских меценатов» в данной области является инновационным и прогрессивным, что помогает на ранних стадиях диагностировать и работать с особыми детьми, что смягчает сам процесс социализации и развития и помогает родителям более уверенно помогать своим детям в процессе социального взаимодействия.

Те, кто заполнял повторно анкету, указали на то, что участие в данной программе очень помогло и ребенку, и семье (80% отметили что хорошо помогли, 20% указали что проконсультировали), отрицательные оценки никто не указал.

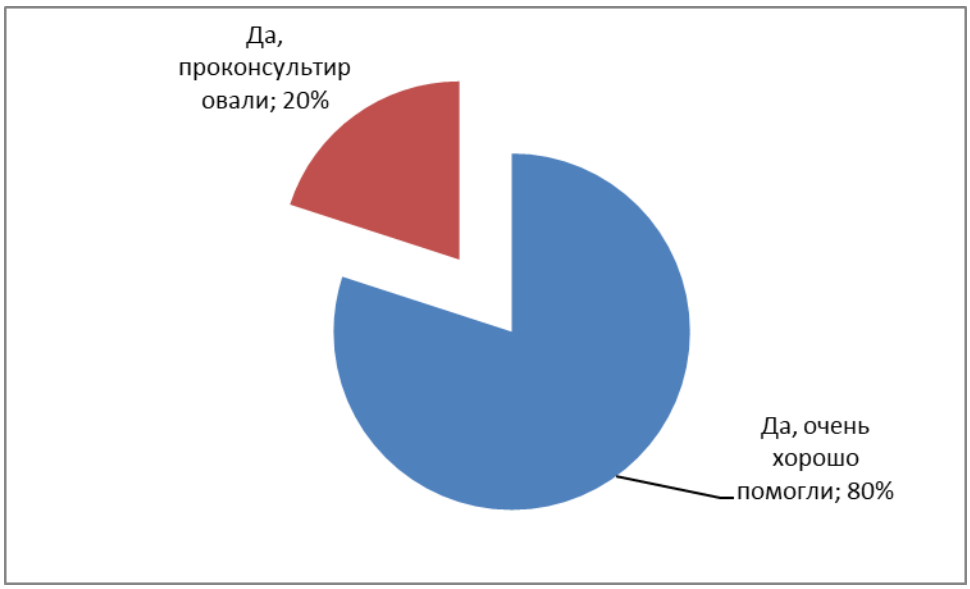


Рис.14. Оценка ранней помощи в работе с особым ребенком

Родители замечают существенные изменения в поведении ребенка (31%), определённые изменения имеются (64%), не заметили особых изменений 5%.

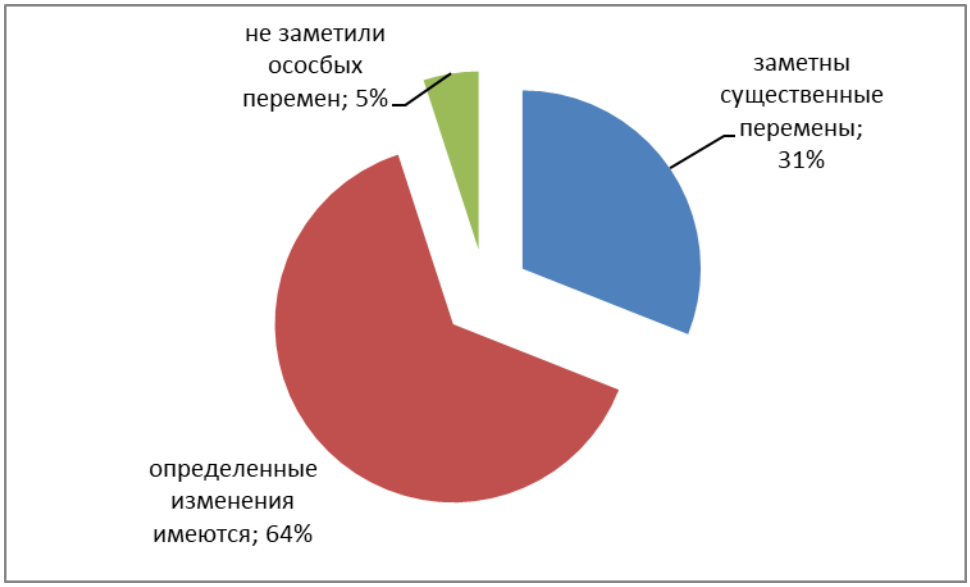


Рис. 15. Оценка наиболее значимых перемен

Мы также попросили оценить, что было наиболее ценным в работе Службы ранней помощи и получили комплексную оценку эффективности работы Службы.

Работу специалистов с ребенком, консультации родителей, образовательное сопровождение, оценка уровня развития ребенка, заняли во всех анкетах максимальную оценку – 5 баллов (по 100%).

Доступность и инструктивность самостоятельной работы на дом – 5 баллов 65%, 4 балла – 25%, 3 балла – 10%

Удовлетворенность результатом – 80% - на 5 баллов, 10% на 4 балла, 10% на 3 балла.

Сопроводительная информационно-просветительская информация также достаточно высоко оценивается – 72% на 5 баллов и 18% на 4 балла и 10% на 3 балла.

Медицинское сопровождение в 55% оценили на 5 баллов и в 35% на 4 балла, также 10% оценили на 3 балла.

Подача правовой информации была оценена на 5 баллов в 30%, в 45% на 4 балла, 25% на 3 балла.

В целом можно заключить, что родители достаточно высоко оценивают работу Службы ранней помощи. Хотя отдельные вопросы заслуживают более глубокого рассмотрения в будущем (правовая консультация или медицинское сопровождение).

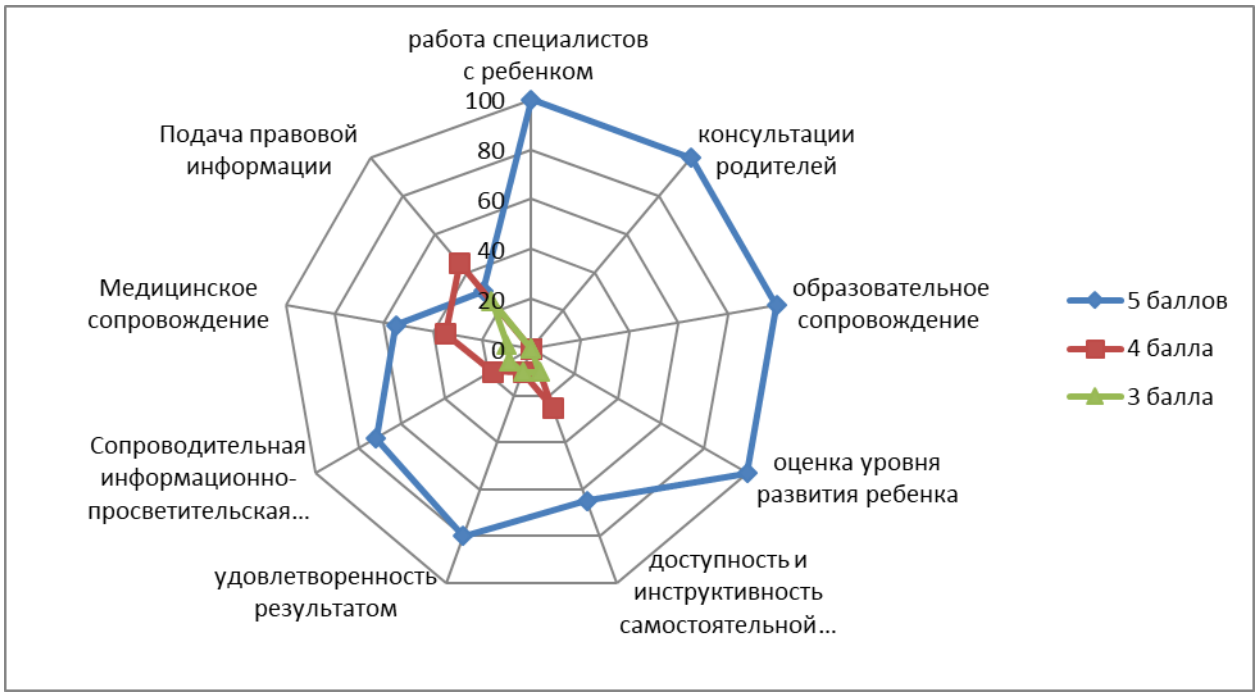


Рис.16. Оценка оказанных услуг в Службе ранней помощи

Отвечая на открытый вопрос, «О чем лично вы узнали по итогам прохождения программы ранней помощи», мы получили следующие ответы:

«как работать, заниматься дома с ребенком», «чем занимается служба ранней помощи», «как развивать ребенка», «получили консультацию об уровне развития ребенка», «с особым ребенком нужны занятия с высококвалифицированными специалистами», «как можно играть и заниматься с особым ребенком», «что с моим ребенком все в порядке, есть небольшие трудности, но они с легкостью откорректируются с помощью специалистов службы», «в каком направлении нам развиваться», «у моего ребенка есть проблемы, на которые я ранее не обращала внимания», «о новых подходах развития детей раннего возраста», «о развитии своего ребенка» и проч.

Характеризуя работу Службы ранней помощи, респонденты говорили о «высоком профессионализме специалистов» – 75%, «выражали благодарность Службе и отдельно специалистам» – 45%.

«*я очень благодарна судьбе, что мы попали в Службу ранней помощи АНО «Иркутский центр абилитации», где работают настоящие профессионалы своего дела», «слаженная работа высококвалифицированного коллектива. Я очень довольна», «Заинтересованность своей работой, помощь детям», «остались очень положительные эмоции от общения со специалистами службы»* и т.д.

Среди пожеланий Службе ранней помощи можно назвать следующие:

Патетичные: *«быть такими же внимательными», «благодарим за сотрудничество», «дальнейшего благополучия», «продолжать работать», «так держать!», «процветания и новых меценатов, и инвесторов», «всего самого наилучшего работникам службы»* и проч.

Прагматические: *«решить проблемы с доставкой», «передать информацию в поликлиники, чтобы неврологи знали, куда отправлять детей за помощью», «работать с РАС», «оборудование РП»* и т.д.

Таким образом, проведенный мониторинг позволяет с уверенностью говорить о том, что Служба ранней помощи особым детям актуальна и востребована в Иркутске и Иркутской области. Возникновение Службы ранней помощи при поддержке Фонда Президентских грантов для некоммерческих организаций позволило по-новому подойти к вопросам развития и успешной социализации особых детей.

РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОБЪЕДИНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ В ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОМ И ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ

С.Н. Мельник (Иркутск)
Директор
Автономная некоммерческая организация
«Иркутский центр абилитации»

С начала 90-х годов двадцатого века наметилась тенденция воспитывать детей с разными нарушениями развития дома, в семье. До этого мать обычно ещё в роддоме уговаривали оставить «неполноценного» ребёнка, отдать его в специальное учреждение, то с этого времени все больше детей, имеющих нарушения в интеллектуальном развитии, оказывается под опекой родителей, готовых бороться за их развитие и адаптацию в обществе. С помощью близких людей такой ребёнок имеет возможность претендовать на образование, лечение, общение со сверстниками. В связи очень слабой поддержкой семей, воспитывающих детей с выраженными нарушениями интеллекта, со стороны государства, с начала 90-х годов в России было создано большое количество объединений родителей с такого рода проблемами и результаты их работы действительно заслуживают уважения, но как форма коррекционной работы с такими семьями в научных работах почти не описано.

Практический опыт работы нашей организации показывает, что даже самые «тяжёлые» дети при условии правильного обращения с ними стремятся к общению и активности. Дети, не умеющие говорить, часто плохо понимающие обращенную к ним речь окружающих, воспитываясь в семье, лучше и быстрее развиваются, нежели их сверстники, оказавшиеся в домах-интернатах.

Однако следует понимать, что рождение ребенка, с нарушениями в интеллектуальном развитии, а также его воспитание сопряжено с целым рядом трудностей для его семьи: семья зачастую оказывается исключенным из социума - ежедневно сталкиваясь с массой проблем начиная от непринятия «особых детей» обществом, до простых элементарных бытовых проблем с которыми сталкиваются родители ежедневно. Семья, воспитывающая такого ребенка, попадает в совершенно «исключительные» условия: все вокруг водят детей в детский сад, школу, организуют для ребенка досуг; «особой» же семье отвести ребенка некуда, зачастую выход на прогулку на ближайшую детскую площадку является ежедневным стрессом для родителей. В результате, чаще всего, мама вынуждена оставить работу, быть прикованной к дому; семья зачастую попадает в социальную изоляцию,

социальный связи таких семей становятся крайне обеднены, и клубок ее проблем нарастает, как снежный ком. Все это порождает необходимость создания системы помощи семьям, воспитывающим детей с нарушениями интеллектуального развития.

Современный этап развития данной проблемы характеризуется тем, что к концу 20 века в специальной педагогике и психологии возникла идея поиска новых эффективных путей социальной адаптации «особых» детей.

Интерес специалистов не ограничивается лишь методическими вопросами формирования у ребенка тех или иных психических функций, а акцент переносится на семью ребенка и разработку путей помощи таким семьям. В связи с этим проблема семьи, воспитывающей ребенка с особенностями развития становится все более актуальной. Данное положение вещей находит свое отражение в работах таких авторов как О.Б. Чарова и Е.А. Савина, А.Г. Московкина, Е.В.Пахомова, В.В. Сабуров, Ткачева и др. Предлагаются различные варианты помощи таким семьям, которые включают в себя проведение различных тренингов, семинаров, консультаций, проведение занятий для родителей, однако очень мало внимания уделяется такому виду работы как создание родительский сообществ (групп, ассоциаций), которые представляли бы собой сеть социальной поддержки, которая представляет собой особую систему взаимосвязанных людей, связанных между собой общей проблемой, в нашем случае это воспитание ребенка с нарушениями в интеллектуальном развитии.

Основная идея создания таких сетей заключается в развитии контактов семей с близким по проблематике социумом с целью использования ресурсов неформальной взаимопомощи и поддержки со стороны его ближайшего окружения, позволяющий дополнить и поддержать формальные аспекты помощи.

Следует отметить, что данный метод работы ни в коем случае не позиционируется как единственная форма работы, а используется как компонент системы комплексной работы с семьями, воспитывающими детей с выраженными нарушениями в интеллектуальном развитии.

В научной литературе, посвященной психологической поддержке и сопровождению семей, воспитывающих детей с нарушениями интеллекта, почти не уделяется внимание данному аспекту, в работах Мастюковой упоминается об этом. Она пишет: «особенно благоприятный психотерапевтический эффект могут оказывать ассоциации родителей, организаторами которых являются религиозные деятели, в частности сестры матери Терезы». На наш же взгляд не имеет принципиального значения кто является создателем ассоциации, а важен сам терапевтический эффект от данного явления.

Так же В.О. Скворцовой в книге «Социальное воспитание детей с нарушениями в развитии» упоминает о том, что работе с семьями могут способствовать объединения родителей, в качестве примера она предлагает опыт США и их клубы родительской самопомощи «Родители помогают

родителям», занимающиеся помощью детям с нарушениями в развитии и их семьям. Задачами таких объединений являются не только материальная и организационная поддержка таких семей, но и психопрофилактические и психотерапевтические цели, направленные на восстановление эмоционального тонуса детей, обмен опытом. Кроме того, автором указывается, что в большинстве европейских стран, в Америке, Австралии и, рядя других регионов, получили широкое распространение и другие объединения родителей по взаимопомощи.

Групповое вмешательство как малая форма терапевтической помощи получило распространение со времен второй мировой войны, когда острая необходимость в психотерапевтической помощи жертвам войны намного превышала число специалистов, отмечают в своей работе «Обычные семьи, особые дети» М. Селигман и Р. Дарлинг. Они отмечают, что группами поддержки могут руководить как специалисты, так и сами родители, в последнем случае- с поддержкой специалистов или без нее. Огромный рост групп поддержки почти для всех видов нарушений зафиксирован документально (Lieberman 1990 Seligman Meyerson 1982). Как отмечают авторы, в наше время все шире в Европе и Америке распространяются группы поддержки для братьев и сестер детей с нарушениями, серьезная научная оценка эффективности этих групп еще не проводилась, однако клинические сообщения и рассказы самих участников групп говорят о положительном опыте. На базе Вашингтонского Университета созданы группы поддержки для отцов, братьев, сестер, бабушек и дедушек, ориентированные в основном на обучение. Большая часть групп, описанных в литературе, сочетает в себе ориентацию на обучение и терапию, утверждается, что именно такая модель наилучшим образом отвечает потребностям семьи, однако, как отмечается в работе Селигмана и Дарлинга, серьезных исследований в этой области не проводилось. Благоприятный практический опыт, описанный Mott и его коллегами, приводится в программе «Надежда», который реализовывался в Северной Каролине, в этот проект основан на убеждении, что социальная поддержка имеет огромное значение для снижения, испытываемого семьей стресса. Другие принципы этого проекта: родители эффективнее учатся друг и друга, чем у специалистов, никто не может понять родителя ребенка с нарушениями лучше, чем другой родитель, находящийся в аналогичной ситуации, важно снизить чувство изоляции и дать понятие родителям, что другие семьи тоже испытывают схожие проблемы, переживают схожие чувства как позитивные, так и негативные, переживают успехи и неудачи. Конечной целью проекта помочь родителям на протяжении всей жизни ребенка с момента постановки диагноза. Однако следует учитывать, что среди родителей, которые впоследствии оказывали помощь, проводились специальные занятия и отбор.

Успех данной формы работы определяется тем, что в ходе создания таких родительских сообществ создается особая неповторимая среда в которой родитель получает возможность чувствовать себя полноценным,

наличие такого ребенка не воспринимается участниками группы как нечто выходящее за рамки привычного, к нему не испытывают чувства неприкрытой жалости или осуждения - что зачастую бывает в случае общения с людьми не знакомыми с такого рода проблемами, здесь родитель не чувствует себя одиноким и уникальным в своей проблеме, создается ситуацию безусловного принятия и защищенности. В этих группах родители учатся друг у друга, у приглашенных специалистов. Возможность делится своим опытом, поддерживать контакты с людьми, имеющим схожие проблемы, а также их поддержка, возможность обсуждать ежедневно возникающие проблемы и находить решения, делиться опытом походов к различным специалистам, устраивать совместные выходы в различные места, совместно проводить досуг, устраивать различные мероприятия позволяют родителям избавиться от чувства одиночества, безысходности и незащищенности. Следует отметить, что такая модель работы не призвана создать обособленную группу людей, объединенную общей проблемой, а создать предпосылки их социальной адаптации в современном обществе.

Таким образом, создание родительских групп (сообществ) должно стать компонентом комплексной программы поддержки семей, воспитывающих детей с выраженными нарушениями в интеллектуальном развитии, которые позволяют осуществлять долговременную поддержку, кроме того, следует обязательно учитывать, что такие группы нуждаются в поддержке со стороны специалистов.

Литература:

В.О. Скворцова Социальное воспитание детей с отклонениями в развитии-М. владос-пресс, 2006. -160 с.

М. Селигман Р. Дарлинг Обычные семьи, особые дети (пер с англ)-изд 2-е-М.: Теревинф, 2009,-368 с.

Е.М. Мастюкова А.Г. Московкина Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб пособие для студентов высших учеб заведений, под ред. В.И. Селиверстова. - М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДРОС, 2003-408 с.

УВЕРЕННОЕ НАЧАЛО - НАДОМНАЯ ПРОГРАММА РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ТМНР: ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАПРОСОВ СЕМЕЙ

Горина Е.Ю.
Лучникова А.П.
Клочкова Е.В.

Введение

Согласно концепции, принятой правительством РФ в августе 2016 года [2] ранняя помощь определяется как «комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг на межведомственной основе,

направленных на раннее выявление детей целевой группы (дети от рождения до 3 лет, имеющие ограничения жизнедеятельности), содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, включения в среду сверстников и интеграцию в общество, сопровождения и поддержки семьи, повышение компетентности родителей (законных представителей)».

В результате анализа, проведенного для разработки новой концепции, было выявлено, что в большинстве случаев ранняя помощь оказывается на курсовой основе и не соответствует принципам семейно-центрированного подхода [2].

Наиболее уязвимой группой оказываются т.н. дети с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Это дети, у которых наблюдается нарушение в двух и более сферах деятельности, например, ограничение моторных функций (в т.ч. ДЦП) сочетаются с нарушениями зрения, слуха или задержкой психического развития.

Из бесед с родителями маленьких детей с ТМНР, а также анализа деятельности московских помогающих сервисов можно сделать вывод о недостатках существующей системы помощи.

Таблица 1. Характеристики существующей системы ранней помощи в г. Москва

<table>
<tr><th>Система государственных услуг</th><th>Услуги частнопрактикующих специалистов и центров</th></tr>
<tr><td>Курсовая реабилитация в условиях стационара (21 день)</td><td>«Хаотичная» реабилитация без ясных целей</td></tr>
<tr><td colspan="2">Несогласованность действий специалистов</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Стандартный набор манипуляций, прописывается медицинскими работниками</td><td>Обещание «чудесного исцеления»</td></tr>
<tr><td>Недостаток контроля:
множество опасных методов</td></tr>
<tr><td colspan="2">Отсутствие постурального менеджмента</td></tr>
<tr><td colspan="2">Недостаток обучающих программ / тренингов для родителей</td></tr>
</table>

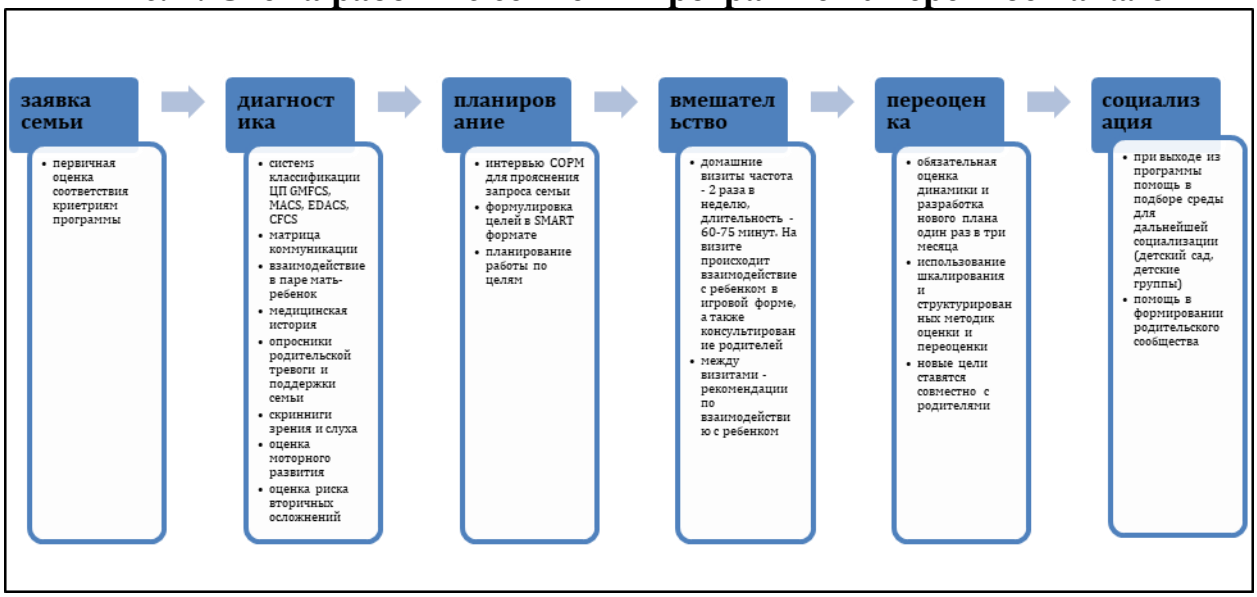
Исследования последних лет показывают, что семейно-центрированный подход, основанный на выполнении ежедневных рутин оказывается наиболее эффективной моделью помощи для семей, воспитывающих маленьких детей с нарушениями развития [5,6,9,10,11]. Следует отметить, что семейно-центрированный подход предполагает не просто вовлечение родителя как основного ухаживающего взрослого в процесс абилитации ребенка, но работу по запросу семьи с опорой на ее ценности и предпочтения, с учетом ресурсов этой семьи и ближайшего окружения. Важно, что в данном подходе родители сами определяют цели и приоритеты вмешательства. Модель помощи, основанная на выполнении ежедневных рутин, предполагает, что развитие необходимых навыков и функций происходят не в специально отведенное для занятий время, а на протяжении всего дня во время ежедневной активности (купание, еда, игра,

умывание). Если говорить о детях с тяжелыми моторными нарушениями, особое внимание при это уделяется позам, в которых находится ребенок.

В феврале 2017 года в Москве открылась программа «Уверенное начало», в ней сделана попытка учесть мировой опыт и доказательные практики, которые применяются в службах ранней помощи во всем мире. Сейчас в программе участвует 90 московских семей. Провайдерами услуг являются 3 НКО, в каждой из которых сформирована команда из пяти консультантов и одного супервизора.

На рис 1 представлена обобщенная схема всего процесса работы с семьей в программе

Рис. 1. Схема работы с семьей в программе «Уверенное начало»



После 1,5 лет работы программы появилась необходимость обобщить и проанализировать данные о том, какие темы больше всего волнуют родителей маленьких детей с ТМНР, какие запросы являются самыми частыми и какова специфика проблемных областей в зависимости от тяжести нарушений у ребенка.

Цели исследования

- изучить потребности московских семей, воспитывающих детей раннего возраста с ТМНР,
- определить круг проблем, которые чаще всего называются в качестве мишеней для совместной работы семьи и консультанта службы раннего вмешательства,
- сравнить субъективную оценку родителями выполнения ежедневных активностей ребенком и удовлетворенности этими сферами в начале и в конце 3х месячного периода работы

• определить, есть ли зависимость выбираемых областей от уровня развития крупной моторики ребенка

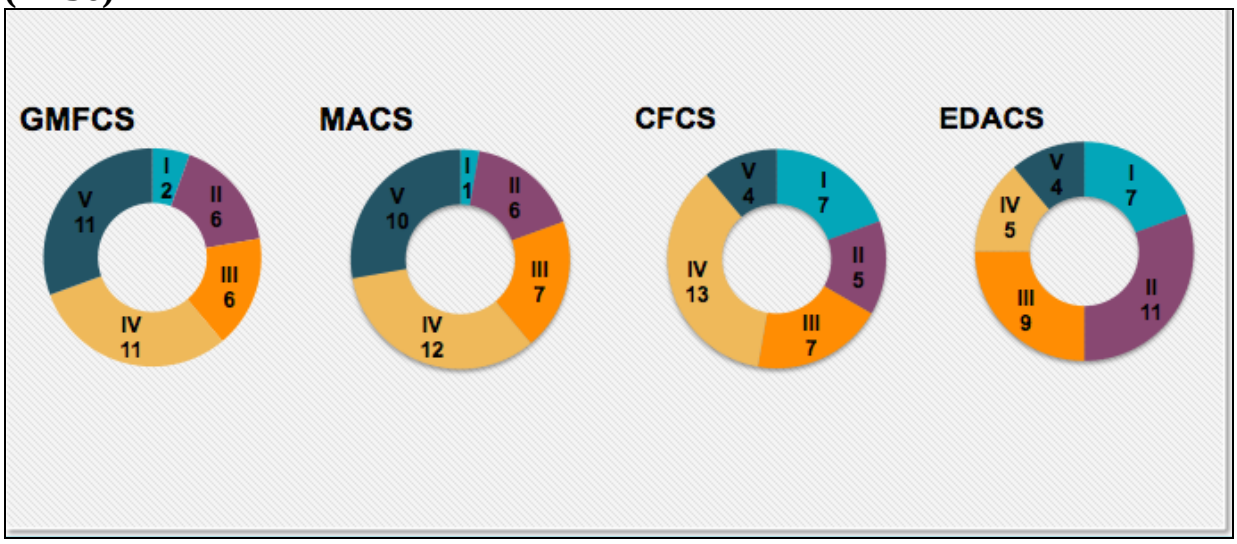
Выборка

В выборку вошли 36 семей, воспитывающих детей от 0 до 3 лет, соответствующие следующим критериям:

- у ребенка официально диагностирован ДЦП (критерий исключения – подозрение на генетические или внутриутробные пороки развития)
- семья оставила заявку на участие в программе ранней помощи и прошла процедуру первичной оценки

На рис 2 представлены характеристики выборки (детей) с учетом основных классификаций, разработанных для разных сфер функционирования при ДЦП.

Рис. 2 Характеристики выборки по основным классификациям (N=36)



Остановимся на этих классификациях чуть подробнее.

GMFCS - gross motor function classification system – система классификации крупной моторики при церебральном параличе, разработанная канадскими исследователями. Эта система используется во всем мире для определения уровня тяжести и планирования тактики ведения пациентов с церебральным параличом. Она позволяет отнести функциональные возможности ребенка к одному из 5-ти уровней от I - легкие поражения до V – наиболее тяжелые, и на основании этого сформулировать прогноз развития навыков крупной моторики, а также определить необходимые ребенку ТСР и реабилитационные услуги. Подробнее об этой системе можно прочитать в русскоязычном руководстве [4].

MACS – система классификации навыков двуручной деятельности, которая используется для детей с 4 лет. Несколько лет назад авторы разработали модифицированную версию miniMACS для детей 1 – 4 лет. Эта система используется для оценки возможности использования ребенком двух

рук в повседневной активности (игре, самообслуживании, продуктивной деятельности), помогает разработать план развития мелкой моторики в активности, предполагающей двуручную деятельность [12].

Классификации EDACS и CFCS помогают определить тяжесть нарушений способности к приему пищи/питья и коммуникации соответственно [7,8].

Большинство семей в нашей выборке имеют средний социально-экономический статус, являются полными.

Методы исследования

Для выявления запросов семьи, приоритезации проблемных областей, а также для анализа субъективной оценки «продвижения» ребенка в названных областях мы использовали полуструкрурированное интервью и ранжирование областей COPM (Canadian Occupation Performance Measure). Этот инструмент был разработан канадскими эрготерапевтами для того, чтобы оценивать изменения, произошедшие в процессе работы с точки зрения самого клиента. Подробнее об этом инструменте можно прочесть в руководстве [1]. Мы немного модифицировали процедуру оценки с помощью COPM, чтобы адаптировать ее под нужды родителей (так как в нашем случае не сам ребенок дает оценку своей деятельности и заявляет о проблемах, а его родитель). В процессе интервью специалист в недирективной манере путем полуструктурированного интервью выясняет у родителей, как проходит их обычный день с ребенком, подробно спрашивает о деталях всех ежедневных рутин. В процессе этого интервью родитель и специалист совместно выделяют проблемные области, которые беспокоят родителей. Например: «когда Петя лежит в кроватке, а над ним находится модуль с игрушками, он не тянется к ним руками». Затем путем шкалирования интервьюер просит родителя по 10-бальной шкале оценить важность для него данной проблемы. На основании этого шкалирования выбираются 5 наиболее значимых для родителя областей. После этого даются оценки (также по 10-бальной шкале) выполнения ребенком этой деятельности и субъективной удовлетворенности родителя существующим положением дел. На основании данных проблем родители с помощью специалиста ставят ближайшие (на трехмесячный период) цели вмешательства в формате SMART (конкретные, измеримые, достижимые, актуальные и ограниченные во времени). Например: “Петя, лежа в специальной укладке, помогающей ему свести локти и препятствующей разгибанию туловища, захватывает яркий звучащих предмет, когда мама привлекает его внимание, держит предмет в 10 см от кистей Петя и помогает приподнять локти рук, затем выдерживает паузу в 5 секунд. Петя делает это в 3 случаях из 5-ти с тремя разными видами игрушек”. В данном исследовании мы не анализировали цели, ограничившись анализом проблемных областей.

Мы собрали данные обо всех проблемах, заявленных родителями в ходе COPM интервью: регистрировались все задокументированные

проблемы на протяжении всего нахождения ребенка в программе. Иными словами, для кого-то из детей получилось сделать 3-4 среза (при вступлении в программу, через 3, через 6 и через 9 месяцев работы), а для кого-то лишь зарегистрировать первоначальный запрос и переоценку данных проблем через 3 месяца. Всего получилось 311 проблем. Путем экспертной оценки двумя исследователями мы затем разделили данные проблемы на несколько крупных областей и проанализировали частоту их встречаемости.

Также мы проанализировали разницу в усредненных баллах по выполнению и удовлетворенности в начале и в конце каждого трехмесячного периода по каждой категории проблем.

Для того, чтобы проверить гипотезу о связи категорий заявляемых проблем в области крупной моторики и уровнем GMFCS мы проанализировали нормированное количество проблем категорий «крупная моторика» и «позиционирование» для клиентов с разным уровнем по GMFCS.

Результаты и обсуждение

1. Распределение заявленных проблем по категориям

В таблице 1 представлены результаты подсчета частоты встречаемости проблем по категориям.

Таблица 1. Примеры проблем по областям (N=311 проблем, 36 семей)

	% от общего числа проблем	**категории**	**Кол-во проблем в категории**	**Пример проблемы**
движение	53 %	Крупная моторика	84	Не переходит из позы лежа в позу сидя
		Функции руки	52	Не исследует предметы левой рукой
		Позиционирование	30	В прогулочной коляске заваливается вбок
Игра и коммуникация	18 %	Коммуникация	33	Нет понятных сигналов о своих потребностях
		Игра	22	Не может какое-то время поиграть сам без взрослых
Самообслуживание	16 %	Еда и питье	38	Не жует
		Гигиена	7	Не подает сигналы, что хочет в туалет
		Одевание	5	Никак не участвует в процессе одевания
Когнитивные навыки	6 %	Зрение	9	Не прослеживает за предметом
		Другое	11	Не удерживает внимание в игре, постоянно отвлекается
Другое	6 %	Страхи	6	Боится оставаться один в

				комнате
		Сенсорные проблемы	5	Протестует во время мытья
		Другое	8	Плохо спит ночью

Как мы видим, наибольшее кол-во заявленных проблем лежит в области развития движений и в категории «игра и коммуникация». Это неудивительно, учитывая специфику выборки (дети с тяжелыми двигательными нарушениями) и возраст детей (0-3 года, основной вид досуга ребенка – игра и непосредственное эмоциональное общение с родителем). При этом включение в поле работы большого количества заявленных проблем по самообслуживанию, игре, когнитивному развитию является не только результатом прямой фиксации запроса родителей, но совместного анализа и обсуждения родителей и специалиста. Своими вопросами в ходе интервью специалист помогает «расширить» родительский взгляд (например, «как Петя сообщает Вам, что ему дискомфортно?» или «есть что-то, что Вы считаете нужным и возможным изменить в вашей игре с Петей?). Интересно, что те трудности, которые те же самые родители перечисляли при оставлении заявки на участие в программе, обычно ограничивались описанием моторных проблем («не переворачивается», «не сидит»). При этом применение стандартизированных шкал не давало возможности прицельно увидеть те области домашней жизни, которые беспокоят членов семьи и работа над которыми будет наиболее востребована в ближайшие 3 месяца. Наши наблюдения подтверждаются данными исследований. В статье Verkerk и коллег на выборке родителей детей с нарушениями развития было показано, что запросы, выявляемые с помощью COPM, во-первых, стабильны во времени (то есть инструмент соответствует критерию воспроизводимости результатов), во-вторых в полной мере не могут быть выделены с помощью других стандартных процедур (открытый вопрос о проблемах, опросник удовлетворенности и шкала PEDI NL) [15].

Почему же с нашей точки зрения так важно точно формулировать проблемы, отталкиваясь от запроса родителей и учитывая экспертную оценку специалиста? Во-первых, наш проект построен на принципах МКФ, а значит, для нас очень важно оценить любую проблему ребенка с точки зрения трех компонентов: структуры/функции, активности и участия. Современные данные говорят о том, что вмешательство, направленное на изменение структуры / функции, не обязательно влечет за собой улучшение качества активности и участия (например, такой метод лечения как ботулинотерапия не воздействует напрямую на способность человека к функциональным действиям, если не сопровождается программой физической терапии, построенной на выполнении целенаправленных движений в рамках интересной и соответствующей возрасту клиента деятельности) [16]. Именно поэтому нам так важно формулировать проблемы и цели работы, учитывая окружение ребенка и вовлекая его в соответствующую возрасту интересную ему активность. Во-вторых, часто проблема заявляется как чисто

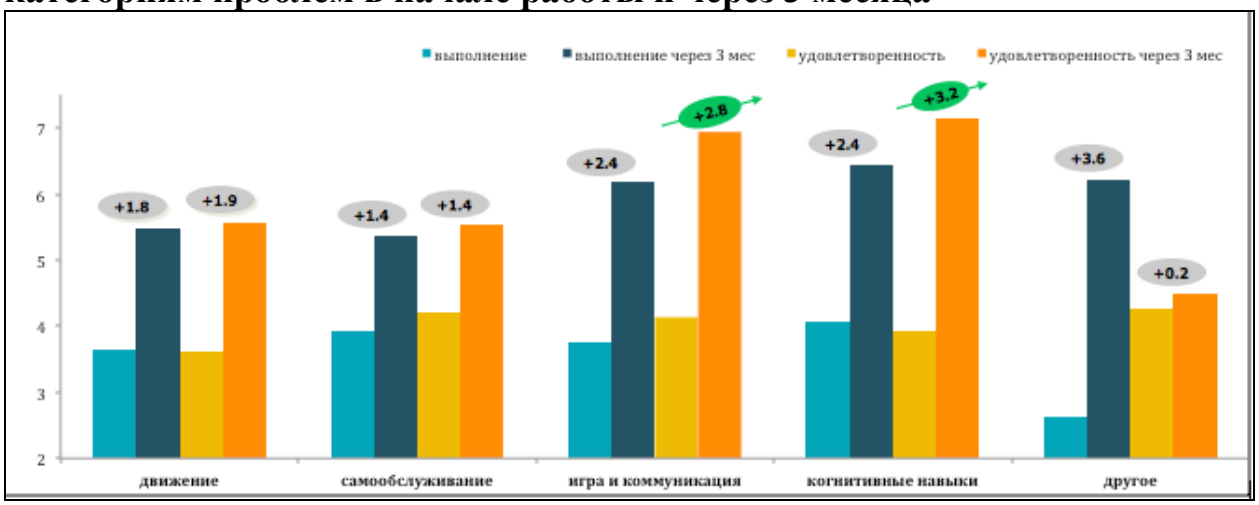
медицинская («снизить тонус»), а наша программа не включает в себя медицинские услуги. Но иногда важно увидеть тот компонент, на который семье может помочь повлиять именно специалист по раннему вмешательству, что также поможет решить проблему (например, известно, что постуральный менеджмент влияет на тонус и подобрав необходимые позы и внедрив их в повседневную жизнь ребенка и семьи мы также повлияем на решение проблемы, связанной со спастикой).

2. Субъективная оценка динамики в решении проблемы за трехмесячный период

Рассмотрим разницу значений субъективных оценок выполнения и удовлетворенности, которую мы регистрирует в начале работы над проблемой и по истечению 3-х месячного периода.

На рисунке 3 представлены усредненные оценки выполнения и удовлетворенности по заявленным проблемам, распределенные по категориям.

Рис. 3 Оценка выполнения и удовлетворенности по разным категориям проблем в начале работы и через 3 месяца



Мы видим, что наибольшая разница в оценке выполнения и удовлетворенности регистрируется по категориям проблем «игра и коммуникация» и «когнитивные навыки». В других исследованиях с применением COPM отмечается, что значимый (связанный с достижением целей) результат - это разница в 2-3 балла между уровнями оценки на начало и на конец периода [13].

Данный результат был интересен нам прежде всего тем, что высокие оценки получили «непрофильные» для детей с ДЦП области: проблемы, связанные с развитием двигательных навыков, получили более низкую оценку динамики. Можно отчасти объяснить данный результат особенностями выборки: большинство детей – это дети с уровнями IV-V по MACS и GMFCS, и развитие собственно двигательных навыков у этой категории детей ограничено определенными пределами (см., например,

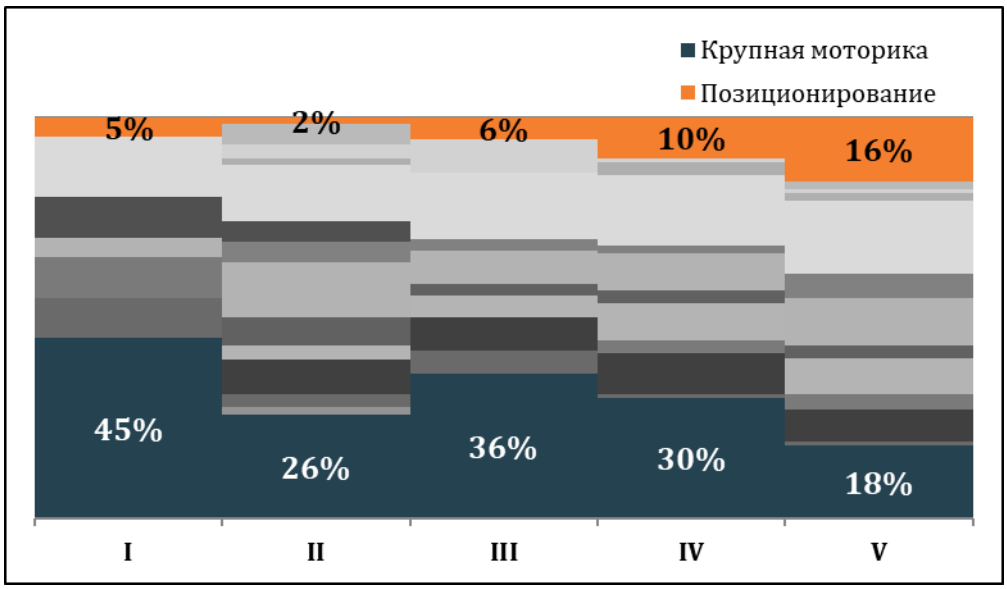
разработанные канадской исследовательской группой для каждого уровня траектории развития – [14]). Включение программу вмешательства проблемных областей, связанных с развитием ранней коммуникации, игры и когнитивных навыков (остаточного зрения, внимания, прослеживания, ориентации в рутинах) соответствует представлениям биопсихосоциальной модели инвалидности, позволяющей оценивать активность индивида и его участие в жизни сообщества. Мы видим, что родители высоко оценивают результаты, достигнутые в данных областях. Можно предположить, что включение этих областей в программу вмешательства также повышает родительскую компетентность и ощущение успешности в помощи своему ребенку (эта гипотеза требует отдельной проверки). Следует отметить, что в таких областях как игра и коммуникация сложнее сформулировать проблемы и поставить цель, инструменты, которые позволяли бы детально оценить эти области и увидеть следующий достижимый «маленький шаг», только разрабатываются.

3. Проблемные области, выделяемые для работы в зависимости от уровня

В нашей программе раннего вмешательства проблемные области для работы выделяются индивидуально для каждой семьи совместно родителями и консультантом. Стоит отметить, что при определении этих областей мы ориентируемся прежде всего на запрос родителей, однако при формулировке проблем и особенно при постановке целей специалист активно участвует и в диалоге с родителями помогает определить специфику той или иной трудности, проанализировать её причины и поставить реалистичные цели вмешательства.

Нам было интересно проследить, как зависит специфика проблемных областей от уровня ребенка по классификации крупной моторики. Мы нормировали количество проблем для детей каждого уровня по GMFCS, чтобы сравнить доли проблем разных категорий. На рис 4 представлен результат по категориям “крупная моторика” и “позиционирование”.

Рис 4. Доля проблем, связанных с развитием крупной моторики и позиционированием, от общего количества проблем в группах в зависимости от уровня GMFCS



Полученный нами здесь результат согласуется с представлениями современной практики вмешательства для детей с ДЦП (см.например, [3]). Для детей IV и V уровней первой и приоритетной задачей является обеспечение правильного позиционирования для предотвращения риска развития вторичных осложнений, а также поиск комфортных поз, в которых ребенок сможет проявлять собственную активность, играть, взаимодействовать со взрослым и развивать необходимые компетенции. Следует отметить, что поиск, организация и внедрение этих поз в повседневную жизнь часто занимает довольно много времени и требует больших усилий от членов семьи. Тогда как дети I-II уровней нуждаются в консультировании по вопросам позиционирования лишь в раннем возрасте (до 1 года) и обычно это не требует больших усилий от родителей и каких-либо специальных условий.

Выводы:

1. На основе работы «Уверенного начало» - пилотной программы ранней надомной помощи детям с ТМНР были выявлены области, которые наиболее часто являются мишенью вмешательства для детей от 0 до 3х лет: движение, игра и коммуникация, самообслуживание.
2. Проанализированы оценки динамики выполнения и удовлетворенности, которые дают родители в выбранных для работы сферах. Наиболее значимые результаты получены в сферах «игра и коммуникация» и «когнитивные навыки». Эти данные показывают важность включения данных областей в работу специалиста по раннему вмешательству и фиксацию конкретных целей и результатов совместно с семьей ребенка. Часто мы слышим от специалистов по реабилитации: «сначала нужно поработать с движением. Когда он сможет лучше двигаться, тогда будет возможным играть» или «за движением и мозг подтянется». Таким образом, часто первые годы жизни ребенка уходят на работу по развитию

двигательных навыков, которая для детей IV-V уровней по классификации GMFCS окажется неуспешной и повлечет за собой низкую удовлетворенность семьи. Тогда как невнимание к развитию ранней коммуникации и игры может сформировать вторичную задержку развития в данных областях. Необходимо дальнейшее систематическое изучение различных программ ранней помощи и их эффективности.

3. Из анализа данных по доле разных категорий проблем в группах детей с разным уровнем развития крупной моторики можно заключить, что в данной программе ранней помощи цели вмешательства определяются совместно родителем и специалистом, «на стыке» экспертной оценки и ожиданий семьи и соответствуют современным представлениям о стратегии «ведения» детей с различными уровнями развития крупной моторики. Специфика запроса родителей и постановка целей вмешательства для детей с разными уровнями развития моторики, коммуникации и других навыков также требует отдельного систематического изучения.

1. **Литература:**
2. Клочкова Е.В., Мальцев С.Б. “Использование «Канадской оценки выполнения деятельности (COPM)» для оценки потребностей клиента». Методическое пособие – Душанбе, 2010
3. Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 N 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года http://static.government.ru/media/files/7NZ6EKa6SOcLcCCQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf
4. Семенова Е.В., Клочкова Е.В., Коршикова-Морозова А.Е., Трухачёва А.В., Заблоцкис Е.Ю. «Реабилитация детей с ДЦП» - Лепта книга, Москва, 2018
5. Система классификации больших моторных функций при церебральном параличе – перевод на официальном сайте https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/077/original/GMFCS-ER_Translation-Russian.pdf
6. Berlin, Lisa J., et al. "The effectiveness of early intervention: examining risk factors and pathways to enhanced development." *Preventive medicine* 27.2 (1998): 238-245.
7. Blauw-Hospers, C. H., et al. "Does early intervention in infants at high risk for a developmental motor disorder improve motor and cognitive development?." *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 31.8 (2007): 1201-1212.
8. Communication Function Classification System (CFCS) for Individuals with Cerebral Palsy http://cfcs.us/wp-content/uploads/2014/02/CFCS_English_2011_09_01.pdf
9. Eating and drinking ability classification system https://www.sussexcommunity.nhs.uk/downloads/get-involved/research/chailey-research/edacs/edacs-classificationsystem-english.pdf
10. ESPE-SHERWINDT, M. A. R. I. L. Y. N. "Family-centred practice: collaboration, competency and evidence." *Support for learning*23.3 (2008): 136-143.
11. Hwang, Ai-Wen, Mei-Yuan Chao, and Shu-Wen Liu. "A randomized controlled trial of routines-based early intervention for children with or at risk for developmental delay." *Research in developmental disabilities* 34.10 (2013): 3112-3123.
12. Kaaresen, Per Ivar, et al. "A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth." *Pediatrics* 118.1 (2006): e9-e19.

13. Mini-Manual Ability Classification System for children with cerebral palsy 1 - 4 years of age http://www.macs.nu/files/Mini-MACS_English_2016.pdf
14. Rodger, Sylvia, Michelle Braithwaite, and Deb Keen. "Early intervention for children with autism: Parental priorities." *Australian Journal of Early Childhood* 29.3 (2004): 34-41.
15. Rosenbaum, Peter L., et al. "Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves." *Jama*288.11 (2002): 1357-1363.
16. Verkerk, Gijs JQ, et al. "The reproducibility and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in parents of children with disabilities." *Clinical Rehabilitation* 20.11 (2006): 980-988.
17. Wright, F. Virginia, et al. "How do changes in body functions and structures, activity, and participation relate in children with cerebral palsy?." *Developmental Medicine & Child Neurology*50.4 (2008): 283-289.

ПРИНЦИП МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДНОЙ РАБОТЫ В РАННЕМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ

Трифонова Н.Н., Луконина Ф.Д., Ханнанова Р.А., Тухфатуллова А.Н., Антонова Ж.В. (Казань)
Служба раннего вмешательства
ГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Апрель»

Почему мы остановились на особенностях работы междисциплинарной команды в нашем Центре? Почему именно этот принцип перешел из программ раннего вмешательства на работу со всеми детьми, обслуживаемыми в Центре?

Здоровье, качество и продолжительность жизни ребенка с множественными нарушениями развития зависят не только от своевременной и квалифицированной медицинской помощи, но и от среды, в которой он живет и развивается. Оптимальному развитию и реабилитации способствуют индивидуальные программы помощи, сформированные с учетом потребностей и возможностей конкретного ребенка, и запросов семьи. Успешная реализация таких программ может быть обеспечена *только при работе междисциплинарной команды специалистов.*

И дело не только в том, чтобы упростить процесс хождения родителей по специалистам или умение специалистов «говорить» на одном языке, сколько в совместимости членов команды и их готовности учиться и делиться знаниями. Также важно, чтобы члены команды имели общую мировоззренческую позицию на проблемы детей с особыми потребностями и обладали такими моральными качествами, как сострадание и милосердие. Работая с «особыми» детьми более 10 лет, в Центре сформировалась междисциплинарная команда и была открыта Служба раннего вмешательства. Группа специалистов различных специальностей (педиатр развития, специалист по ранней коммуникации, специалист по движению,

психолог, специалист по сенсорной интеграции и специальный педагог по работе с детьми, имеющими нарушения аутистического спектра, диспетчер) стали по-настоящему командой только после длительной совместной работы и соответствующего обучения.

С первых дней основания нашего Центра мы обучались у специалистов из Института раннего вмешательства (г. Санкт-Петербург), Центра лечебной педагогики (г. Москва). Мы участвовали в трехгодичных обучающих семинарах в рамках проекта «Об организации деятельности служб ранней помощи по комплексному сопровождению семей с детьми раннего возраста, имеющими нарушения в развитии или риск появления таких нарушений», реализуемом международной детской благотворительной сетью «Светлячок» (США). Члены команды раннего вмешательства прошли обучение по программе «Образовательная программа по раннему вмешательству – подготовка тренеров», с целью подготовки группы тренеров, которая в настоящее время проводит обучение специалистов по раннему вмешательству. При этом основам позиционирования, коммуникации, сенсорной интеграции, кормления обучались все члены команды без исключения. И на сегодня знаниями по коммуникации или сенсорной интеграции владеют и психолог, и специалист по движению, и все остальные члены команды. И в этом основная особенность нашей команды.

Гибкость и вариативность состава команды, работающей с семьей – это тоже важная составляющая успешной командной работы. Состав команды и ведущий специалист определяются с учетом потребностей семьи и могут меняться в ходе ведения случая в зависимости от целей и задач.

Обращение в службу происходит традиционно со звонка родителей, в ходе которого выявляется запрос семьи, собирается минимальная информация о проблеме. Диспетчер определяет и согласовывает с остальными специалистами состав команды для первичного приема.

На первичном приеме команда обычно состоит из 2 специалистов. Участие врача обязательно в тех случаях, когда у ребенка имеются тяжелые пороки развития (эпилепсия, наличие трахео- или гастеростом и др.) и он нуждается в постоянном наблюдении. В случае тяжелой социальной ситуации в семье, когда семья нуждается в большем ресурсе (родители много куда уже обращались и не получили необходимой помощи) подбирается состав команды из 3 человек: врач, специалист по коммуникации или специальный педагог (психолог, специалист по движению, в зависимости от потребностей семьи).

Работая с детьми, имеющими множественные нарушения, понять и наметить программу помощи не всегда удается с первого раза. На совместных обсуждениях специалистов и родителей проговариваются результаты оценки, в случае необходимости меняются задачи, периодичность посещения, специалисты. Так случилось с Амиром.

Амир, 4 года.

Диагноз: ДЦП, диффузно-мышечная гипотония, атетоз, задержка психо-речевого развития.

На первичный прием с мальчиком пришли мама и бабушка. Прием вели физический терапевт и логопед. Амир сидел у мамы на руках, мог передвигаться на четвереньках и вставать самостоятельно у опоры. У него не было речи, только отдельные звуки, инструкцию не выполнял, артикуляционный аппарат без особенностей. Мама на вопросы отвечала односложно, основной акцент делала на то, что ребенок не ходит, о других проблемах не заявляла. По итогам первичного приема и запроса родителей была разработана программа, включающая в себя работу над двигательными нарушениями (удержание позы, развитие координации движений, ходьба вдоль опоры) и определен ведущий специалист – специалист по движению.

После нескольких занятий специалист отметил что, у Амира не отмечается повышение общей двигательной активности, не формируются двигательные навыки. Ребенок на занятиях часто был вялый, сонный, уходил от контакта. Казалось, чем больше пытаешься привлечь его к активностям, тем сильнее проявляется протест. Ему привычнее лежать на спине с рукой во рту и тереться головой о ковер, он периодически возбуждается и начинает раскачиваться. У ребенка снижена мотивация к исследованию окружающего мира, он не реагирует на обращенную к нему речь, все предметы тянет в рот. Было похоже, что ребенок большую часть времени предоставлен самому себе. Мама, которая приходила на занятия, никак не проясняла ситуацию – было похоже на то, что поведение сына и непонятно для нее и уже привычно одновременно.

Эти вопросы были вынесены на командное обсуждение. Мы стали просматривать видео занятий и убедились, что необходимо доработать программу помощи ребенку. Возникли вопросы относительно состояния слуха и зрения, режима сна и кормления. Маме было предложено проконсультироваться у невролога, и была назначена встреча для проведения углубленной оценки.

Углубленную оценку проводили психолог, специалист по коммуникации и специальный педагог. На эту встречу были приглашены мама и бабушка. Мы уточняли у родителей о том, как организована жизнь ребенка дома (чем занят, в каком положении обычно находится, как дает понять о своих потребностях и др.). Казалось, что взрослые все знали о медицинских назначениях и ничего о желаниях и предпочтениях ребенка. Но при этом бабушка была гораздо активнее и была больше информирована о развитии ребенка. Для себя мы отметили это как сильную сторону данной семьи. Специалист по коммуникации, оценивая способы взаимодействия Амира со взрослыми, отметил, что после многократного обращения к нему мальчик давал слабую ответную реакцию (Амир поднимал голову, затихал), к предложенной музыкальной, вибрирующей игрушке тянулся рукой.

Проведенные дополнительные обследования (нейро-аудиометрия с вызванными потенциалами) и консультация невролога подтвердили

нарушение слуха. У Амира нарушена функциональная активность корковых структур акустических анализаторов левого полушария головного мозга. Дисфункция центральных зрительных образований, экстрагеникуляторных преимущественно, на фоне функциональной слабости фронто- понто-церебеллярных модулирующих систем образований среднего мозга.

Теперь в поведении ребенка многое стало понятным: почему он интенсивно терся головой, поворачивался правой стороной к собеседнику, хлопал себя по левому уху, фиксировал взгляд только на ярких, вибрирующих игрушках.

Анализ и обсуждение увиденного на углубленной диагностике позволили нам разработать программу помощи, наиболее полно отвечающую возможностям и потребностям ребенка и семьи.

Исходя из ограничений активностей Амира (не ходит, самостоятельно сидит, но не долго, неуверенно переходит из положения сидя в положение стоя у опоры, недостаточно контролирует движения тела из-за гиперкинетических проявлений, не ест самостоятельно, отсутствует мотивация) ведущим специалистом по-прежнему был выбран специалист по движению, который начал свою работу с подбора стабильной позы сидя. Мы поняли, что семье нужна большая поддержка, для увеличения повседневной активности, занятия с Амиром проводились с интенсивным воздействием – ежедневно.

Специальный педагог был включен в программу совместно со специалистом по движению. Мы выяснили, что кормление дома происходит на руках у матери, в положении полулежа, за обеденным столом. При этом у ребенка запрокинута голова, пищу, он не пережевывает, заглатывает целиком. Поэтому первоочередной задачей стал подбор правильного положения при кормлении. Специалисты приспособили детский стул (добавив подлокотники) таким образом, чтобы ноги упирались на подставку и это давало дополнительную опору, а руки лежали на столе. Таким образом, Амир мог стабильно удерживать позу сидя. При этом педагог находился с правой стороны, поднося ложку ко рту приемом «рука в руке», комментируя свои действия родителям. Жевание улучшилось после многократных предъявлений и удерживания длинной полоски вяленого мяса (любимая еда) в области коренных зубов. Периодически, сначала бабушка, а потом и мама заменяли педагога и пробовали делать это самостоятельно. И с каждым разом это получалось у них все лучше и лучше, как в Центре, так и дома.

В связи с низкой активностью в повседневной жизни и отсутствием мотивации, в программу был включен специалист по коммуникации. Амир постоянно лежал и не хотел сидеть. Поэтому на первых занятиях специалист по движению помогал мальчику удерживать положение стоя с поддержкой в области таза, давая специалисту по коммуникации возможность работать над привлечением внимания и желанием манипулировать с игрушкой. В последствии Амир сидел на детском стуле с минимальной поддержкой, протягивал руку к предложенной игрушке и мог играть ею гораздо дольше по

времени (реже тянул ее в рот).

На следующем этапе свои желания мальчик уже выражал взглядом и протягиванием руки, мог отказаться от предъявляемых предметов, отворачивая голову в сторону.

Прогресс в мотивации и улучшение контроля движения, выражающийся в самостоятельном удержании позы сидя за столом (при предъявлении игрушки слева и справа на занятиях), при переходе из положения сидя в положение стоя (дотянуться до игрушки, включить сенсорную игрушку с поддержкой педагогом в области таза), удержание позы стоя у опоры, перемещение приставным шагом вдоль опоры за желаемой игрушкой - привели к ходьбе с поддержкой за одну руку с мамой.

Труднее всего для нас оказалась работа с мамой. Вначале мама отличалась крайней эмоциональной холодностью, речь у нее была невнятной и неразборчивой, даже для взрослых (со слов бабушки у мамы в детстве стояли брекеты и у нее до сих пор осталась привычка закрывать рот рукой при разговоре). Нарушение привязанности (отсутствие «чуткости» в отношении с сыном) - все это определило еще одно важное направление в программе – помощь маме в понимании потребностей Амира.

Активное включение в процесс мамы Амира и его бабушки определило позитивные сдвиги. Родители стали говорить об изменениях в поведении Амира. Положительная реакция со стороны Амира (увеличение голосовых реакций, улыбки, движения) изменило и отношение мамы к ребенку, что в свою очередь, увеличило мотивацию и собственную активность.

Работа в настоящее время продолжается. У Амира появились любимые активности

– качание на качелях, сухой бассейн, самостоятельная ходьба вдоль опоры, появились любимые игрушки (музыкальное пианино, музыкальный домик), мальчик предвосхищает многократно повторяющиеся события, у него изменился взгляд. Снизился уровень протестных реакций. Теперь мама с Амиром ходят за руку по Центру, держась за поручни. Несколько дней назад ребенок сделал первые шаги самостоятельно. В настоящее время подбирается слуховой аппарат, что в дальнейшем активизирует работу логопеда по улучшению понимания речи, стимуляции активной речи (звуков, звукоподражания, слов), по развитию когнитивной сферы. Конечно, сложности еще остаются – ему требуется серьезная помощь в саморегуляции, игровая деятельность все еще манипулятивная. Требуется время и постепенные шаги в развитии двигательной активности Амира. Программа помощи снова будет пересматриваться и дополняться.

Но уже сегодня, по истечении трехмесячной кропотливой работы стало понятным, что гораздо важнее для нас было помочь ребенку и его семье научиться жить с имеющимися у него нарушениями в данном социальном окружении. И сделать это стало возможно только тогда, когда семья была помещена в центр внимания всех членов команды – специалистов разных дисциплин. И только в том случае, когда действия всех специалистов были

скоординированы и подчинялись единым целям нам удалось добиться существенного улучшения качества жизни семьи с «особым» ребенком.

ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА: РОЛЬ СЕТТИНГА И ВЕДУЩЕГО В СОВМЕСТНОЙ ГРУППЕ «МАТЬ-ДИТЯ», СОПРОВОЖДАЮЩЕЙ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ И РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Иерс С. Э.
Клинический психолог, психоаналитик
Психолого-медико-педагогический центр, Исси, Франция
Папсуева О. В.
Психолог, психоаналитик, прямой член IPA, тренер-аналитик
Московская группа психоаналитиков, Москва, Россия

Аннотация. В данной статье представлены размышления о сеттинге, а именно об организации и функционировании групповой психоаналитической терапии «мать-дитя», функциях ведущего и поддержке родительской позиции[1]. Авторы предлагают динамическую модификацию сеттинга как прием, служащий для выявления и коррекции неадекватных паттернов взаимодействия «родитель-ребенок». Функции группы иллюстрируются метафорой групповой оболочки вслед за Дидье Анзье: сеттинг, как живая мембрана, выполняет поддерживающую и трансформирующую функции. Сеттинг, включающий в себя все условия организации терапии, делится на внешний, неизменный и практический, и внутренний, гарантированный аналитической позицией ведущего. В статье выделяются материнские аспекты внутреннего сеттинга, связанные с созданием барьера возбуждения, психического конверта\оболочки, и отцовские – в виде введения правил и запретов, осуществляющих функцию социализации и ограничения детского всемогущества. В заключении представлены размышления о реабилитации образа родителей в данной программе.

Ключевые слова: рамка\сеттинг, внутренний и внешний сеттинг, Кожа-Я, групповой конверт\оболочка, динамическая модификация сеттинга, материнский и отцовский аспект сеттинга, символическая плата.

Введение

Наши размышления опираются на клинический опыт совместных групп «мать-ребенок»[2]. Основной причиной обращения семей с младенцами были проблемы функционального характера, связанные со сном, питанием, беспричинным плачем, отлучением от груди; детей постарше родители приводили с отставанием речевого развития, нарушением поведения или трудностью адаптации в дошкольном учебном заведении.

---

[1] Принципы и история появления метода были представлены авторами в статье Психологическая помощь детям раннего возраста с нарушениями развития и РАС в совместной группе мать-дитя, опубликованной в эл. журнале Клинической и специальной психологии 2014 года в т.3, №3.
[2] История появления таких групп была освещена в предыдущей статье.

Оглядываясь на пятнадцатилетний опыт проведения такого рода групп, можно сказать, что благодаря раннему вмешательству большинство семей смогло преодолеть кризисы раннего развития и по необходимости продолжить работу в индивидуальном порядке с психологом, а также комплексно с другими специалистами по психокоррекции. Некоторые семьи, увидев прогресс детей, остались в психотерапевтической группе на несколько лет. Бывает, что родители приводят к нам уже младших братьев и сестер наших бывших пациентов.

Данная психокоррекционная программа опирается на психоаналитическую парадигму. Ведущие анализируют процесс в терминах бессознательного, конфликтов, влечений, фантазмов, тревог.

Состав группы определяется после коллегиального обсуждения первичных семейных консультаций. Задача ведущих – создать особую атмосферу, позволяющую трио «мать-отец-дитя», опираясь на терапевтов, найти внутренние ресурсы для преодоления трудностей и развить способность к мечтанию, в терминах В. Биона [15]. Метафора группы как психической экосистемы, предложенная нами ранее, отражает идею группы как живого организма, способного к развитию, росту и дифференциации. Семья воспринимается не через призму симптома и диагноза, а как цельная система способная к саморегулированию, к преображению и трансформации.

Дети и их количество подбирается в группу не по критерию возраста, а по интенсивности нарушения, которое могут выдержать ведущие в групповом процессе. Терапевты оценивают стадию психоэмоционального развития, совместимость проблематики детей, а самое главное совокупность групповой энергетики, то есть массивность эмоциональных нарушений, которые необходимо удерживать и канализировать.

Важной задачей терапевтической работы является проработка процессов сепарации–индивидуации, в терминах М. Малер [23].

Еженедельно родители и дети могут прожить в безопасной обстановке всю гамму опыта расставания и встреч, а именно:

- сборы и приезд на встречу группы, часто сопряженные с конфликтами между родителем и ребенком;
- встреча с другими парами в зале ожидания, затем встреча с терапевтами;
- расставание пар «родитель-ребенок», сглаженное встречей с другими детьми;
- окончание детской группы и встреча большой группы «родители-дети-терапевты»;
- прощание с терапевтами и воссоединение пар «родитель-ребенок».

На первом этапе «мать\отец-дитя» играют вместе, затем родители формируют свою группу с одним из ведущих, оставаясь доступными зрительному контакту детей. На последнем этапе группа родителей собирается в отдельном зале. Поэтапность программы позволяет проработать сепарационную проблематику без насильственного отрывания детей от

родителей с соблюдением внутреннего ритма каждого ребенка.

Сначала основная терапевтическая работа происходит на периферии сессии - вход в группу и расставание. Затем, с продвижением ребенка в индивидуализации, терапевты могут посвятить больше времени игровому взаимодействию детей.

Терапевтический сеттинг и его функции в группе

Сеттингом называют обоюдный договор между психологом и пациентом, оговаривающий место, время, оплату, длительность сессии, а также этические (и технические) правила поведения обеих сторон.

З. Фрейд в 1904 году в своей статье «Психоаналитический метод Фрейда», определил условия и правила психоаналитического метода под названием «психоаналитическая процедура лечения» (cure). Именно он указал на значимость ритуализации психоаналитической ситуации для эффективности лечения. Д. В. Винникот в 1956 году называет психоаналитическую процедуру сеттингом, «setting» [29]. Этот термин заимствован затем кляйнианцами и обозначает с тех пор практически-формальные условия психотерапевтических отношений. По-русски мы говорим о рамке[3] [25] или о сеттингепсихотерапии[4].

В психоанализе сеттинг имеет важное методологическое значение: частота встреч, позиция на кушетке, правило свободных ассоциации и др. – все это отличает психоанализ от других методов психотерапии. Если сначала психоанализ больше интересовался содержанием – фантазмами, конфликтами, внутренними объектами, – то с ориентацией на лечение детей, пограничных и психотических пациентов, а также на работу в групповом и семейном формате психоанализ вынужден был задуматься о природе сеттинга и его функционировании.

В послевоенное время появились труды о структуре и функции психоаналитического сеттинга. Аргентинский психоаналитик José Bleger выделяет сеттинг и процесс в психоаналитической ситуации, утверждая, что в формально- неизменную, «молчаливую» структуру сеттинга пациенты проецируют свою психотическую, недифференцированную часть, ту, которая связана с первичными симбиотическими отношениями [13].

Особая кодифицированная организация сеттинга психоанализа, провоцируя регресс и сенсорную депривацию пациента, позволяет ему инвестировать свое психическое пространство, проецируя на аналитический диспозитив\кадр свои архаические, неосознанные и довербальные части личности. Поэтому сеттинг из формально-практического контракта становится терапевтической функцией в процессе лечения.

---

[3] Марион Милнер в ст. Роль иллюзии в образовании символа (1955) сравнивает временно-пространственную организацию психоаналитической сессии с рамкой картины. Как картинная рама разграничивает два типа реальности, внутри и снаружи картины, так и временно-пространственная рамка психоанализа делает возможным полное развитие креативной иллюзии, называемой переносом.

[4] Во французском языке используется слово кадр (cadre) психоанализа.

В литературе для рамки и процесса психоанализа используют множество метафор: фигуры и фона, сосуда и содержимого[5], ядра и оболочки [9], психической кожи [11], контейнирующего трансформирующего объекта, внутреннего поддерживающего объекта [16].

Основой наших размышлении послужила теория психической оболочки или конверта, предложенная Дидье Анзье[6] [11] вслед за идеей Эстер Бик о вторичной психической коже [14]. Благодаря понятию «Кожа-Я» ему удается показать, как на основе раннего тактильного и проприоцептивного опыта у ребенка развивается чувство базового благополучия, называемое первичным нарциссизмом. Когда ранний опыт целостного существования внутри кожи-тела терпит неудачу, ребенок формирует замещение в виде мышечного панциря или ажитации, защищаясь таким образом от архаических тревог.

Д. Анзье и др. достаточно плодотворно исследовали патологию «Кожа-Я» в различных конфигурациях. И применили эту идею к групповому функционированию [18]; [20]; [27].

В 1979 году Д. Анзье и Р. Каес представили модель традиционного анализа (l'analyse transitionnelle), направленную на восстановление у индивида или у группы, «Кожи-Я», психического конверта и способности к мета-мышлению[7]. Такая модель позволяет психоаналитически работать с пациентами, имеющими нарциссический дефект идентичности, выражающийся в недостатке первичной символизации. Не умея словесно обозначить свою (архаическую) проблематику, эти пациенты выражают ее телесно – через жесты, моторику, позы, дыхание, телесные запахи.

Опираясь на идеи Д. Анзье и Р. Каеса, мы предлагаем использовать метафору оболочки[8] для описания функций сеттинга.

Сеттинг, как живая мембрана, как психическая плацента выполняет поддерживающую и трансформирующую функции, позволяя отношениям переноса развиться внутри группы. Сеттинг или рамка позволяет «отдельной реальности» трансферентных отношении достичь своего полного аффективного качества, защищая воображаемое поле от вторжения внешней реальности. Тот факт, что существует свод правил, которые управляют игрой, позволяют ей проявляться свободно и безопасно» [3, 32].

Групповой сеттинг, как многослойный кокон-оболочка, обеспечивает следующие терапевтические функции в данной программе: 1) защиту от внешних и внутренних посягательств (как норка, лоно), 2) различение внутреннего и внешнего (как граница, порог, двери), 3) удержание в границах, объединение\контейнирование (свод правил и рефлексия

---

[5] Contenant-contenu фр. В. Биона, (1962)

[6] Д.Анзье «Понятие кожи -я», МПЖ № 3, 2002 (пер Лапиной С.)

[7] «Un appareil à penser les contenus psychiques » пер. с фр. = способность к рефлексии.

[8] В качестве иллюстрации, Анзье предлагает следующие образы для функции кожи-я, как например, *зеркало реальности.* Как *мешок* она помещает и удерживает внутри все хорошеее и ценное, как например молоко, заботу. Как поверхность (*экран)*, она служит границей с внешним миром, и барьером, защищающим от посягательств извне. Первичное средство коммуникации с Другим, она является фильтром обмена (как *сито)* и запечатления первичных отношении.

терапевтов). Иллюстрации функционирования сеттинга как групповой оболочки представлены далее.

Группа имеет физическое и символическое выражение. С одной стороны, она олицетворена залом со стенами, игрушками и т. д., с другой стороны, группа включает в себя всех участников процесса — терапевтов, пациентов, родителей, а также кодекс правил для тех и других, и методику лечения. Мы выделяем внешние и внутренние аспекты организации психотерапевтического пространства-сеттинга. К внешним мы относим неизменные параметры: время-место-оплату, ритм\частоту и продолжительность встреч. К внутренним аспектам организации психотерапевтического пространства мы относим качество присутствия терапевтов – их психотерапевтическую позицию, то есть способность гарантировать рамку терапии и психически прорабатывать архаические, деструктивные тенденции пациентов.

Динамическая модификация сеттинга как терапевтический прием

В силу своей незрелости пациенты с нарушением поведения и РАС должны проделать большой путь, прежде чем начать психоаналитическую терапию в малой группе. Каждый элемент сеттинга получает огромное значение и преодолевается с большими усилиями такими детьми, например, когда им требуется просто зайти, раздеться, поздороваться.

Наиболее типичные сложности при работе с сеттингом с вышеуказанной детской категорией вытекают из структурных особенностей, одинаковых с пограничной структурой личности у взрослых, таких как диффузная идентичность, использование примитивных защит, тенденция к отыгрыванию, нарушение границ терапии, хрупкое чувство базового доверия, сильная интенсивность переноса [4]. Активизация архаических тревог и примитивных защит таких детей в ситуации групповой терапии ведет к размыванию границ и разрушению сеттинга. От ведущих и котерапевтов так же, как и с пограничными пациентами, требуется гибкость, но твердость в соблюдении границ и правил, несмотря на давление, эмоциональный шантаж и уловки пациентов. А также осознание и проработку сильных контрпереносных чувств. Сеттинг становится не просто опорой «игровых занятий», а фокусом лечения. «Пространство между реакциями пациента на сеттинг и работа с сеттингом аналитика – и есть поле, где происходит анализ» [2, 17].

Практическая новизна данной программы состоит в использовании рамки терапии для проработки психической дифференциации пары «родитель-ребенок». Мы предлагаем обозначить этот прием как динамическую модификацию сеттинга.

На первом этапе психотерапевтической работы динамическая модификация сеттинга будет использоваться для выявления и коррекции неадекватных паттернов поведения «родитель-ребенок». Терапевты с

пристальным вниманием отмечают, как пациент использует сеттинг для сопротивления лечению\изменению, и прорабатывают начало сессии и вхождение в контакт семьи с ребенком.

Ведущие фокусируют свое внимание на определенном паттерне взаимодействия, проблематизируют его в группе котерапевтов и принимают решение об модификации правила сеттинга. Теперь правило становится универсальным, независимым от воли ведущих. Таким образом, мы избегаем прямых комментариев и интерпретации, оберегая самолюбие родителей, и, с другой стороны, указываем на феномены, которые необходимо скорректировать.

Терапевтическая работа на периферии сессии позволяет проработать границы и разделение с матерью на физическом и символическом уровне.

Структура сеттинга и терапевтическая позиция ведущего

Практическая часть организации терапии, времени, места и оплаты является важным, но недостаточным условием для успешной работы.

Наши пациенты должны пройти тот же путь, что и обычный ребенок, чтобы «Я сам» стало самостью, путь от физического самовыражения к символическому. Двигательная активность, чувственная сфера, переживания участвуют в символизации и необходимы в психической эволюции. Однако недостаточно того, чтобы ребенок забавлялся, играл, выражал себя экспрессивно на группе. Все телесные проявления пациента должны быть проработаны терапевтом в его собственном психическом аппарате, чтобы открыть для него новые пути, ведущие к изменению.

Функционирование терапии гарантируется аналитической позицией ведущих – в наших терминах, внутренним сеттингом. Аналитическая (как и терапевтическая) позиция в детской группе подразумевает такие качества, как доброжелательность, нейтральность, такт, внутренняя готовность к новому и неожиданному, свободноплавающее внимание. Внутренняя позиция аналитика становится основной составляющей процесса терапии, его ядром.

В групповой работе необходимо опираться на материнские и отцовские аспекты сеттинга.

Материснкий аспект сеттинга

По аналогии с материнской заботой (holding), терапевт должен развивать свои материнский инстинкт, чтобы тонко чувствовать психические и бессознательные процессы пациента. Глубокая идентификация с пациентом позволяет понять его потребности и нужды. Аналитик в этой функции использует не только свое предсознательное, связывая представления с аффектом, но и тонкое наблюдение за невербальной коммуникацией.

В работе группы одна из функции терапевтов – служить барьером

возбуждения[9], то есть давать ощущение спокойствия, защиты, уверенности перед любыми самыми странными и агрессивными проявлениями пациента. Качество присутствия терапевта, его доброжелательный авторитет способствуют регулированию хаотических выбросов за счет снижения тревоги.

Дети, приходящие на терапию, предъявляют разнообразную клиническую картину, однако их общая черта – это хрупкая способность связывать и регулировать аффекты. Терапевт должен быть способен принимать регрессивный способ самовыражения – эмоциональные взрывы, ярость, оппозицию, деструкцию, несущие отпечатки архаических примитивных тревог. В психоанализе это умение называется контейнированием[10] [15].

Психотерапевт как мать выполняет функцию альфа, помещает в себя и с помощью мысли изолирует и обезвреживает в своей психике опасные и хаотичные импульсы, давая им новый смысл [15]. Переход от «телесной экспресивности» к психической интеграции разрозненных частей Эго идет через вербализацию и интерпретацию. С помощью комментариев терапевт позволяет гуманизировать архаические элементы, вписывать их в совместно прожитый опыт.

Отцовский аспект сеттинга

Пространство группы дает возможность телесного выражения пациента, он позволяет первичным ощущениям, проживаемым телом и в теле, интегрироваться в структуру и стать базой последующих стадий развития.

Однако некоторые проявления – ажитация, возбуждение, ярость – настолько массивны, что словесные обращения терапевта недостаточны. В таких ситуациях терапевт рискует почувствовать со своей стороны отторжение, непринятие пациента, называемое негативным контрпереносом, и ответить на этот поток ярости и деструкции сгоряча, то есть быть в acting-е, в непосредственном отреагировании.

Перед лицом психического хаоса, деструктурации (мы имеем в виду не только психотическую структуру) недостаточно использования слов для удерживания агрессивности и деструктивности. Речь идет не о непонимании значения слов пациентом и не о когнитивном дефиците, а о недостатке символической интеграции. В такие моменты необходимо найти другие

---

[9] Понятие барьера возбуждения было введено Фрейдом, оно обозначает способность человека защищать свой психический аппарат от сверх-стимуляции, внутренней или внешней. Сверхстимуция переживается человеком как фрустрация, боль или опасность. Когда такой барьер хрупкий, ребенок подвержен чрезмерной тревоге и ажитации, как например гиперактивные дети.

[10] Понятие контейнирования было введено английским психоаналитиком Бионом. Опираясь на механизм проективной идентификации (Мелани Кляйн), Бион предлагает следующую модель ранних отношений: младенец проецирует часть своей психики, а именно, хаотические ощущения, называемые «содержимым» в материнскую психику «контейнер», и получает ответ в удобоваримой для него форме. То есть мать ухаживая за ребенком превращает телесное напряжение и фрустрацию (например, от голода) в удовлетворение и умиротворение.

способы и терапевтические приемы для вмешательства.

Апелляция к правилам становится в этом случае терапевтическим приемом. Не столько воспитательным, сколько социализирующим и высоко символичным, помогающим структурировать эмоциональные выбросы. Франсуаза Дольто называла этот прием символической кастрацией.

В детской группе отцовскую роль играют правила. Правила совместного пребывания просты и доступны детям. С их помощью ребенок понимает, что позволено, а что запрещено. Правила вводят ограничения, позволяя ребенку выражать свою сущность, не притесняя никого и не нанося ущерб другим членам группы.

Правила ограничивают свободу проявления, но в то же время необходимы для структурации влечении. У них есть несколько функций, таких как ограничение всемогущества, защита от сверхстимуляции, уменьшение внутреннего возбуждения. Метафорически законы и правила можно представить в виде берегов, очерчивающих русло реки, т.е. влечение направляется по руслу, оберегая психику от затопления.

Каждое правило вводится терапевтами с особым смыслом и обыгрывается пациентом по-своему. Правил немного, но они важны. Есть правила неоспоримые, касающиеся безопасности; есть правила, с которыми пациент может играть. Например, в группе есть правило снимать верхнюю одежду в начале сеанса.

Естественно, этот момент включается пациентом в зону контроля-сопротивления и разнообразного обыгрывания правила с целью почувствовать границы, рамки кадра и способность терапевта быть гибким, но требовательным, способным выдерживать эмоциональный натиск и не разрушаться, то есть не выходить из себя. Пациент испытывает терапевта на прочность – можно ли на него положиться и доверить ему свою непослушную, неструктурированную часть.

Правила защищают пациента и терапевта от произвола и всемогущества, занимают роль третьего, то есть отца\общества в структуре терапевтических отношении.

В психоанализе речь идет о третьем как о разделяющей и символической функции, которую берет на себя отец[11], а затем и общество в виде универсальных норм, правил и запретов.

Основная роль правил – это социальное регулирование, умение жить в сообществе, принятие во внимание других существ с их волей, интересами и их территорией. В ходе воспитания, когда родитель вводит правило или запрет, дети отвергают его. Постепенно правило входит в поле игры со взрослым вокруг кооперации – принятия, послушания или отвержения, разрушения правила, по сути - желания взрослого. Это игра взаимных

[11] В жизни семьи, слияние и взаимное упование матери и младенца встречает ограничение в виде отца, который останавливает безмерную материнскую страсть, перенаправляя ее в супружеское ложе. Отец выполняет функцию разделения пары мать-младенец и развенчания детского всемогущества. В момент разрыва такого слияния, ребенок должен заполнить (временное) отсутствие матери собственной психической жизнью, которая постепенно обогащается.

уступок – раздел поля желания, власти и территории, попросту говоря, кто что хочет и какие выгоды можно из этого получить.

Запреты интериоризируются, то есть из внешнего предписания взрослого они становятся внутренними правилами и нормами, Суперэго, то есть некой внутренней структурой личности.

Терапевтический сеттинг с системой правил и запретов сам по себе становится символообразующим, позволяющим пациентам получить доступ к символизации, если аналитик требует их соблюдения, конечно.

Из жизни группы

Девочка М. пяти лет входит с мамой за руку в зал. М. ни на кого не смотрит, глаза опущены в пол. Она играет языком во рту, делая еле заметные асимметричные гримасы. Ведущий подходит поздороваться. Мама протягивает руку. М. на обращенную к ней речь не отвечает, она не отпускает руку матери и следует за ней в родительскую зону. М. садится на стул, достает свой мобильный телефон и начинает играть, всем своим видом показывая нарочитое игнорирование терапевтов. Через небольшое время ведущий говорит М., что на время занятия телефон должен оставаться в сумке, в зале не разрешается им пользоваться. М. продолжает играть, не обращая внимания на слова ведущего. Мать смотрит на дочь и остается в стороне, не вмешиваясь. Терапевты чувствуют враждебность и негативизм со стороны девочки, она как бы бросает им вызов. После еще одного обращения М. убирает телефон. На сессии она всем своим видом показывает насколько ей скучно и неинтересно. Пользуясь моментом, когда ведущий занимается с другим ребенком, М. украдкой подходит к сумке, вытаскивает телефон, поглядывая на взрослых, кладет его себе в карман. Лицо ее на секунду озаряется улыбкой.

В течение нескольких месяцев М. нарушала правила группы одно за одним, причем достаточно хитро, на грани дозволенного. Ведущие не всегда могли сразу понять, какое правило и каким образом она нарушает. И только на синтез-группе или при просмотре видеосессии терапевты понимали, как она обводит их вокруг пальца. Интересно, что М. выглядит как очень молчаливая, послушная, застенчивая, даже робкая девочка, однако у котерапевтов она вызывает сильно негативные чувства.

P.S. На втором году группы М. стала защитницей, блюстительницей правил перед другими детьми.

Роль сеттинга в реабилитации родительской позиции

Родители, приходящие в группу, часто истощены и измотаны, они признают свое поражение в воспитании ребенка. Их самолюбие ранено симптомами ребенка, которые невозможно умолчать, скрыть или проигнорировать.

Одной из задач нашей программы является реабилитация образа родителя. Мы предлагаем им нейтральное пространство, где возможен обмен

и коммуникация, где пары «мать-дитя» могут выйти за рамки привычного патологического взаимодействия и получить другой опыт общения. Очевидно, что родители сильно инвестируют эту программу, посещая группу без пропусков. Хочется отметить, что в группу приходят не только мамы, но и папы (около двух третей пациентов). Отцы приходят одни или в паре с супругой.

В рамках группы проблематика каждого родителя вступает в резонанс с остальными участниками. Телесные и вербальные отклики других имеют функцию отражения, которая становится терапевтичной. Взгляд со стороны, как в зеркальной галерее, позволяет посмотреть чужими глазами на свое поведение, которое, в свою очередь, становится менее монолитным, более тонким и нюансированным.

Другая точка зрения вводит семейную проблематику во временную перспективу, выводя из мертвой точки небытия и тотальности несчастья и негатива, по словам одного из родителей. Обмен опытом с другими родителями дедраматизирует взаимоотношения с ребенком. Знание, по словам одной из мам, «что такие ужасные вещи бывают и в других семьях, и другие их пережили, порождает у нас надежду», вписывает остроту переживании в банальность человеческого бытия.

Пациент имеет возможность разыграть свой «внутренний театр» на сцене группы и расширить свой репертуар. Каждый член группы находит свое символическое место и пытается выразить свою уникальность.

Группа терапевтов эмоционально и энергетически инвестирует диады. Терапевты выполняют роль инвестирующего органа, чье активное внимание и неподдельный интерес к ребенку отражают, как в зеркале, его внутреннее содержание. На психотерапевтическом языке мы говорим о нарциссизирущей функции, то есть придающей ценность, важность и уникальность внутреннему миру ребенка и материнской заботе о нем.

Снимая остроту конфликта с ребенком, терапия способствует репарации уязвленного самолюбия. Родитель, улавливая иной взгляд на ребенка со стороны психологов и то, каким образом изменяется поведение последнего, может обнаружить новый способ взаимодействия с ним. Постепенно моделируется внутренний образ «плохого, жесткого, неадекватного» родителя. Опираясь на поддержку терапевтов, родитель может занять место взрослого, способного понять и защитить своего ребенка, приспособиться к его запросам и потребностям без потакания.

Опыт материнства и отцовства затрагивает глубинные пласты психики, относящиеся к своему собственному детству. Часто родители, сами того не понимая, являются заложниками межпоколенческого конфликта, идущего от прародителей. Работа с филиацией, с линией жизни помогает приоткрыть тайну симптома или, по крайней мере, вписать его в семейный роман.

Разница в возрасте ведущих-аналитиков вводит тематику отношении между бабушкой, матерью и ребенком, восстанавливает межпоколенческое различие и исторический контекст.

Укрепление родительской функции происходит и через положительный опыт. Родителям создаются все условия для Встречи с ребенком. Игра, рисование, чтение – они могут выбрать занятие по интересам, главное - оставаться в контакте и получать удовольствие. Для одних родителей такая задача будет сложной: в повседневной жизни их энергия направлена, скорее, на то, чтобы избежать контакта с ребенком, настолько он требователен, несносен и вызывает тревогу и фрустрацию. Для других терапевтическая рамка будет достаточно защищающей, чтобы позволить себе регрессировать. Через эффект заражения, глядя на других родителей, даже самые отстраненные начинают интересоваться игрой ребенка, освобождая свое внутреннее пространство для него.

В ходе терапии ребенок получает место в семье не как материнский придаток, а как отдельный субъект. Постепенно семья проделывает необходимую работу: отказ от патологического слияния, переход к психической самостоятельности, включение ребенка в семейную историю. Семья сопровождается на всех этих этапах и находит свои путь, вяжет свой семейный неповторимый орнамент.

Несколько иллюстрации использования внешнего сеттинга группой

1) Мы заметили, что в рамках психотерапии планировка помещения инвестируется пациентом особым образом. В нашем центре пациент преодолевает несколько барьеров-этапов на пути к залу. Сначала нужно позвонить по интерфону, подняться и пройти мимо охранника, далее – по небольшому коридору в зал ожидания, куда выходят двери детского зала, раздевалки, родительского зала и туалетов. (Эти помещения используются детьми, например, для игры в прятки; убегая от матери, они выражают свою амбивалентность – входить\не входить).

Путь к залу через прилегающие зоны включается пациентом в настройку к сессии. Они становятся промежуточном пространством между внешним и внутренним миром и предвосхищают момент расставания с родителем и встречи с терапевтами. Раздевание и вход в зал сначала сопряжено с большим чувством тревоги. Дети находятся в сильной ажитации и оппозиции.

Например, девочка трех лет П. Она приходит в центр с мамой, которая несет ее сонную на руках из машины до зала. В тот момент, когда дверь зала открывается и в проеме появляются терапевты, она начинает протестовать на материнских руках, размахивая руками и ногами, громко крича. Мать отпускает ее и П., одетая в зимний комбинезон, шапку, капюшон и варежки, бежит к входной двери с криком протеста.

Зона у входной двери является границей между улицей и залом; эта зона контроля мужчины-охранника. Дети используют ее по-разному: как

защитное пространство (ребенок подползает под баннер, который накрывает его с двух сторон как крыша-укрытие), для регулирования дистанции, для безопасного выражения несогласия, для атаки или привлечения внимания.

П. кричит сначала с требованием-протестом, затем, видя, что мать не собирается возвращаться домой, она начинает бить ногой по железной двери и баннеру, создавая гулкое эхо. Уговоры матери пойти в зал не действуют. Когда ведущий подходит к П., та кричит: «Уходи!» Крики перерастают в истерику, ребенок неумолим, она ложится на пол и бьет ногами и руками по стенам и двери. Взрослые, меняя друг друга, подходят к П., пытаясь поговорить с ней. Охранник не выдерживает и скрывается у себя в бытовке. Через какое-то время, минут через двадцать, П. соглашается зайти в зал, продолжая выть. Начинается атака на дверь зала. П., все еще одетая в зимнее, не дает матери себя раздеть. Лицо у нее багровеет, пот течет из-под шапки с капюшоном. Все это время она не прекращает кричать ни на минуту. Мать отходит поговорить с одним из терапевтов. В это момент П. начинает дергать входную ручку, чтобы открыть дверь зала. Терапевт ей говорит, придерживает ручку: «Нельзя». Она замахивается ногой на терапевта и пытается его ударить. Пользуясь моментом, когда П. уже обессилела и ее тонус снижается, ведущий говорит ей, что она может опереться на его руку, ту самую, которую она пытается атаковать, чтобы открыть дверь. Рев П. превращается в подвывание, она кашляет и вызывает у себя рвотный рефлекс несколько раз. Слюни и сопли текут у нее рекой, вызывая у взрослых желание вытереть их. Однако ведущий отклоняет их жест. Он кладет ей ладонь на спину, ласково говоря что-то. Подвывания П. потихоньку стихают. Она зовет мать и дает себя раздеть. Вся одежда мокрая от пота вплоть до нательного белья. П. на руках у матери успокаивается и последние пять минут сессии с приветливым лицом начинает играть, ища поддержки у терапевта.

По словам матери, П. ведет себя подобным образом в различных ситуациях — в магазине, дома, на площадке. Истерика длится до тех пор, пока мать не уступит или не разозлится. П. испытывает особую сложность при приходах и уходах, смене деятельности. Любое совместное предприятие с матерью – прогулка, покупки, прием пищи, засыпание – становится полем битвы и брани. Причем П. имеет тенденцию подвергать свою жизнь опасности. Не вдаваясь в детали, скажем лишь, что П. повредила себя и, в связи с риском потерять один из органов чувств, была прооперирована. Родители не могут справиться с дочерью и находятся на грани нервного истощения.

Такая реакция на сессии повторяется неоднократно. Однако каждый раз она видоизменяется. Если сначала все время занятие проходит у входной двери, то постепенно время, проведенное в этой зоне, сокращается. Благодаря поддержке терапевтов, родитель может избежать лобового

столкновения. Ярость ребенка сдерживается другими взрослыми, которые отвечают ему в новом, необычном для него регистре. Не выходя из себя, терапевт проговаривает тревогу ребенка, предлагает ему пути выхода из ситуации.

На третьей сессии первоначальная ярость сменилась стеснительностью – заходя в зал, П. зарывается в юбку матери. Неукрощенные всплески эмоции постепенно становятся социально приемлемыми. П. по-другому проигрывает свою амбивалентность по отношению к группе, например, несколько занятий подряд отказывается снимать шапку. На седьмой сессии мать оповещает нас, что у П. исчез ее основной симптом, тот, который больше всего мешал им в повседневной жизни.

История с раздеванием – это не просто оппозиция, речь идет о защищающей функции одежды. Хрупкость или недостаток психической оболочки, «Кожи-Я», заставляет этих детей использовать одежду как панцирь-оборону. Обычно плачущих детей успокаивают поглаживанием по голове. В вышеописанной ситуации у ребенка был одет комбинезон с капюшоном на шапку, то есть голова была достаточно защищена. Поэтому ведущий прислонил свою руку к спине ребенка, давая ему дополнительную защиту и опору. Благодаря телесному холдингу, словесно- звуковому окружению\оболочке (bain des paroles, enveloppe sonore) девочка смогла успокоиться.

2) Когда барьер раздевания и входа в зал преодолен, следующим этапом становится встреча и приветствие. Этот этап достаточно деликатный и требует от терапевтов особого умения. Понятие «приветствовать» подразумевает быть вежливым без назойливости и сюсюканья, уметь располагать к себе, чтобы дети захотели войти в контакт. Такая установка имеет свое физическое выражение в том, как терапевт занимает пространство и несет, проживает свое тело[12]. Дети особенно чувствительны к невербальным аспектам коммуникации. Дети же с нарушениями развития имеют шестое чувство и, как локаторы, улавливают любую брешь, амбивалентность, тревогу со стороны взрослых – и тут же используют ее в обратной коммуникации. То, что в данной программе работает двое ведущих и несколько котерапевтов, кардинальным образом меняет поле взаимодействия. Ведущие опираются на котерапевтов, избегая дуэльных отношении с пациентом.

Ведущий приветствует каждого пациента рукопожатием. Рукопожатие открывает начало сессии и символизирует встречу пациента и аналитика, вход в пространство игры. Иногда дети отказываются от рукопожатия в начале, но с удовольствием тянут руку для прощания. Можно считать, что

[12] В психологии говорят о конгруэнтности, то есть соответствии вербального посыла его невербальному выражению.

так они говорят о своем расположении, которое не могли показать в начале сессии из-за амбивалентности чувств.

Момент приветствия важен не только как социальный ритуал вежливости, но и как акт признания каждого из участников группы. Обмен взглядом, прикосновение при рукопожатии, обращение со словами приветствия и называние по имени – для детей это всё не очевидно и требует времени и проработки. Приветствие является комплексным и смыслообразующим моментом встречи и вхождения в контакт с другим, третьим.

Мальчик К. (3,5 года), появляется в группе на руках матери. Мать, высокая молодая женщина, вносит его. Ведущий смотрит на мальчика и здоровается — К. с рыком отворачивается. Мать ставит его на пол и протягивает руку ведущему. К. протестует и лезет обратно, как по стремянке, цепляясь руками и ногами за тело матери, пиная ее. Мать терпит удары ног и поднимает его на руки.

К. использует тело матери, как свое собственное. Для передвижения он использует ее ноги. При их виде создается впечатление о комбинированном теле, химере на длинных ногах с двумя головами. К. использует руки матери, чтобы брать предметы. Часто он вкручивается в материнское лоно – упираясь головой в низ живота, он с напором вдавливается в мать закручивающимися движениями.

Мальчик К., присваивая тело матери, не может войти в контакт с ведущим напрямую. «Паразитируя» на материнском теле, он использует ее социальные функции.

3) Мы заметили, что дети часто приносят свои игрушки с собой, иногда в туго набитых рюкзаках – и демонстрируют их терапевту. Это наблюдение послужило введению правила символической платы, используемого детскими психоаналитиками вслед за Ф. Дольто. Ребенок приносит на сеанс и отдает терапевту что-то от себя – камушек, бусинку, копеечку, фантик. Сам предмет не имеет никакого значения, важно то, что ребенок готовился к сессии. Введение символической платы в определенной момент терапии показывает ребенку, что его желание принимается в расчет и что он отдельное от родителей существо.

Например, когда П. стала с удовольствием приходить на сессию, она начала приносить свои игрушки. С этого момента мы ввели для нее и для других правило символической оплаты.

Конечно, это правило выполняется детьми на разном уровне, в зависимости от стадии индивидуации. Можно перечислить различные конфигурации по отношению к символической оплате: ребенок ничего не приносит, приносит, но не отдает или просит возвратить в конце, иногда

приносит что-то очень ценное, в счет оплаты за несколько сессий. Игрушка или вещь, отдаваемая в качестве платы, должна стать символом желания ребенка прийти на терапию. Мы посвятим этой теме отдельное размышление – как ребенок символизирует свой вклад в лечение и каким образом ведущие работают с этим правилом.

Заключение

Совместная психотерапия дает возможность паре «родитель-ребенок» испытать новые способы взаимодействия в благожелательной обстановке. Групповое пространство создает экран, на который проецируются взаимоотношения родителя и ребенка. Это позволяет ведущим выявить и проблематизировать определенные паттерны поведения. Авторы работают с сеттингом, как с пластическим материалом, выстилающим поверхность группы и адаптирующимся к конкретной ситуации пациентов. Этот особый терапевтический прием авторы назвали динамической модификацией сеттинга. Благодаря такому приему, оперирующему правилами, сеттинг вводит пары в триангуляцию, где роль отца, третьего, играет группа с четкими правилами функционирования. Таким образом, дети обретают относительную автономность, отпуская родителей, и могут начать инвестировать свое психическое пространство в малой детской группе.

Литература

1. *Винникотт Д.* Игра и Реальность. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
2. *Голдсмит Г.* Терапевтический сеттинг в психоанализе и психотерапии. М., ЖППиП, 2009, №2. пер Мирза А.
3. *Кафка Д.* Множественная реальность в клинической практике. Психиатрия и психоанализ. М.: Томас Букс, 2008.
4. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства (1975). М., 1998.
5. *Малер М., Пайн Ф.* Психологическое рождение человеческого младенца. Симбиоз и индивидуация; М.: Когито-Центр, 2011.
6. *Фрейд З.* Я и оно (1923). М.: Фолио, 2001.
7. *Фрейд З.* По ту сторону принципа удовольствия (1920). М.: Прогресс, 1992.
8. Психология и психопатология кожи. Тексты. Ижевск: ERGO; Москва, 2011. 384 с.
9. *Abraham N., Torok M.* Ecorce et noyau. Paris, Flammarion., 1996.
10. *Anzieu D.* Le groupe et l'inconscient. Paris, Dunod., 1984.
11. *Anzieu D.* Le moi-peau. (1974). Paris, Dunod., 1985.
12. *Anzieu D., Kaes R. et al.* Crise, rupture et depassement. Dunod,1979.
13. *Bleger J.* Psychanalyse du cadre psychanalitique.(1966) в Crise, rupture et depassement. Dunod,1979. Pp 255-285.
14. *Bick E.* The experience of the skin in early object relation. - International Journal of Psycho-Analysis, (1968) 49, pp.484-6.
15. *Bion W.R.* Aux sources de l'expérience (1962). Paris, P.U.F., 1983.
16. *Ciccone A.* Enveloppe psychique et fonction contenante: modèle et pratique. Cahier de psychologie clinique. 2001/2 n°17.
17. *Dolto F.* L'image inconsiente du corps. (1984). Paris, Dunod. 2010.
18. *Haag G.* Enveloppes psychiques, enveloppes groupales. Conference CIRPPA., 1994.
19. *Freud S.* La technique psychanalytique. Paris, PUF., 1953.

20. *Kaes R.* L'appareil psychique groupal. Paris, Dunod., 1976.
21. *Klein M.* La psychanalyse des enfants (1932). Paris, Payot, 1959.
22. *Lebovici S., Diatkin R.* Le jeu chez l'enfant. - Psychiatrie de l'enfant, 1962, t. V, n°1, pp. 217-252.
23. *Mahler M., Pine F., Bergman A.* La naissance psychologique de l'etre humain. (1975), Paris, Payot. 2010.
24. *Matot J-P.* Reflexion sur la dimension groupale de la pratique psychanalytique individuelle. Revue belge de la psychanalyse, 2009, n° 55.
25. *Milner M.* Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. (1955) Revue française de la psychanalyse, 1979, n° 5-6.
26. *Palacio Espasa F., Manzano J.* La consultation tharapeutique des très jeunes enfants et leur mère. 1982. Psychiatrie d'enfant, 25, pp. 5-25.
27. *Urwand S. Haag G. et al.* Prosessus groupal et enveloppes psychiques au travers des psychanalyses groupales avec des enfants psychotiques et dificitaires. In: Les psychotherapies des groupes d'enfants au regard de la psychanalyse. Journées d'Auxerre, Paris, 1988.
28. *Winnicott D.* Jeu et realité : l'Espace potentiel (1971). Paris, Gallimard, 1975.
29. *Winnicott D.* Clinical varieties of transference (1956), in Collecters papers, NY Basics Books, 1958.
30. *Winnicott D.* De la pediaterie à la psychanalyse. Paris, PUF., 1969.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОЦЕНКА: ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ, ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ

Самарина Л.В. (Санкт-Петербург)
Директор
АНО ДП «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»Л.В. Самарина
Ермолаева Е.Е. (Санкт-Петербург)
Руководитель образовательного направления
АНО ДП «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»
Самарина А.А. (Санкт-Петербург)
Лечебный педагог, специалист по эрготерапии и сенсорной интеграции
АНО ДП «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»

Междисциплинарная оценка является обязательным этапом в оказании ранней помощи тем детям и семьям, для которых по результатам первичного приема было сделано заключение «нуждается в услугах ранней помощи». Междисциплинарная оценка – обязательное условие составления Индивидуальной программы ранней помощи.

Цели междисциплинарной оценки:
– выбор направлений Индивидуальной программы помощи;
– определение услуг ранней помощи;
– определение условий получения услуг (специалисты, которые оказывают услуги, форма оказания услуг, частота, с которой семья получает услуги).

Задачи междисциплинарной оценки:

– определить особенности функционирования ребенка в повседневной жизни;

– узнать, есть ли трудности в повседневной жизни ребенка, и какие факторы в жизни ребенка влияют на возникновение трудностей;

– получить более полное понимание, как развивается ребенок (какие навыки уже имеет);

– определить мотивационные факторы для развития (какие игры и игрушки интересуют ребенка, что может стать для него стимулом для развития).

Проведение междисциплинарной оценки основано на ряде **принципов**.

1. Междисциплинарная оценка является индивидуализированной: для каждой семьи составляется свой план оценки, подбираются методы оценки.

2. Междисциплинарная оценка является семейноориентированной, семья активно вовлекается и участвует в процессе оценки: ее планировании, проведении, и обязательно должна быть ознакомлена с ее результатами. Все моменты оценки обсуждаются с семьей: время, место, игрушки, оборудование и другие важные моменты. В процессе оценки члены семьи предоставляют важную информацию о функционировании ребенка, его интересах, трудностях. Оценка ориентирована на потребности ребенка и семьи. При этом, с одной стороны, специалисты ориентируются на запрос родителя, поскольку семья имеет определенное беспокойство, и родители хотят получить результат, который бы их удовлетворил. С другой стороны, во время проведения оценки специалисты могут предпринять шаги, не касающиеся запроса родителя, так как развитие того или иного навыка может быть пока не возможным, не актуальным или сложным для ребёнка. Поэтому необходимо сформировать предпосылки к развитию того или иного навыка и взять за опору то, что ребёнок уже хорошо умеет, или интересно ему. Свои решения специалист обязательно объясняет родителям.

3. Функциональная направленность междисциплинарной оценки: ее фокус сосредоточен на качестве и актуальном функционировании ребенка и семьи, потребностях семьи в повседневной жизни.

4. Принцип комплексности. Оценка не ограничивается оценкой возможностей и особенностей ребенка, специалисты должны оценить также среду, в которой живет ребенок и которая непосредственно влияет на его функционирование: особенности семьи, ближнего и дальнего окружения, среду дома (оборудование, игрушки), другие моменты, которые влияют на его жизнедеятельность.

5. Оценка имеющихся у ребенка навыков (сильные стороны). Сильные стороны — это то, в чем ребенок успешен, что у него хорошо получается, это те способности, которые могли бы стать базой, опорой для успешного, оптимального функционирования, фундаментом для формирования и

развития новых навыков и умений, позволяющих жить самостоятельно.

6. Оценка рисков для профилактики вторичных нарушений: важно оценить возможные риски дальнейших нарушений развития при отсутствии помощи ребенку.

7. Оценка является междисциплинарной: в ней участвуют специалисты разных специальностей, в зависимости от потребностей ребенка и семьи.

8. Оценка является продолжающейся: на каждом этапе реализации Индивидуальной программы ранней помощи специалисты проводят необходимые промежуточные оценки.

9. Принцип научности: в ходе оценки используется стандартизированный диагностический инструментарий.

КОМПОНЕНТЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ОЦЕНКИ. АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ ОЦЕНКИ

Самарина Л.В. (Санкт-Петербург)
Директор
АНО ДП «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»Л.В. Самарина
Ермолаева Е.Е. (Санкт-Петербург)
Руководитель образовательного направления
АНО ДП «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»
Самарина А.А. (Санкт-Петербург)
Лечебный педагог, специалист по эрготерапии и сенсорной интеграции
АНО ДП «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»

Междисциплинарная оценка содержит ряд компонентов, каждый из которых является обязательным:

- дифференциальная диагностика;
- оценка рутин;
- углубленная оценка навыков;
- оценка мотивационных факторов.

Остановимся на каждом компоненте подробнее.

Дифференциальная диагностика: имеет своей целью определение причин ограничений жизнедеятельности ребенка, трудностей его функционирования. Первичный прием позволяет специалистам выдвинуть ряд гипотез о причинах трудностей в жизни ребенка. Данные гипотезы и позволяет подтвердить или опровергнуть дифференциальная диагностика. В каждой области развития используются свои стандартизированные методы для дифференциальной оценки. Так, например, для медицинской диагностики используются следующие методы: МРТ, ЭЭГ, генетическое обследование и другие. Для оценки социально-эмоционального развития – ADOS и другие;

для оценки двигательного развития - GMPCS и другие.

Оценка рутин. Ее цель - оценка уровня активности и участия ребенка в повседневной жизни, выявление трудностей в ежедневном функционировании. Рутина — это ежедневные дела, в которые вовлечен ребенок, привычная, повседневная деятельность. Часто запрос родителей касается именно трудностей ребенка в выполнении таких повседневных дел. Для оценки рутин используются следующие методы: интервью «Типичный день», опросник MEISR.

Углубленная оценка навыков. Цель данной оценки - оценка функционирования ребенка по важным для его рутин областям развития. Выполнение каждой рутины складывается из ряда навыков. Если один или несколько навыков из цепочки недоступен ребенку или развит недостаточно хорошо, то может нарушиться вся рутина. Поэтому важно понять, какие навыки у ребенка сформированы, а какие – нет, и в какой степени, для того, чтобы затем спланировать Индивидуальную программу помощи. На данном этапе также используются диагностические стандартизированные методы для каждой области развития, например: «Матрица коммуникации», «Каролина», «Маленькие ступеньки», другие опросники, тесты, планируются и проводятся реальные пробы.

Оценка мотивационных факторов. Ее цель - определение интересов, предпочтений ребенка, для того, чтобы при планировании Индивидуальной программы помощи их учитывать, и стимулировать развитие ребенка наиболее приятными и интересными для него способами. Для оценки мотивационных факторов используются следующие методы: беседа с родителями (или другими близкими для ребенка людьми), наблюдение за игрой ребенка, реальные пробы (с предложением ребенку разных игр и игрушек).

Существует алгоритм проведения междисциплинарной оценки:

1. Планирование оценки. Каждый компонент оценки должен быть спланирован специалистами, и данный план согласован с родителями. Существуют специальные бланки планирования различных компонентов оценки, в которых фиксируются время, место оценки, методы, которые специалист будет использовать для проведения оценки, игры и игрушки.
2. Проведение оценки. Осуществляется согласно плану. Каждое действие специалиста объясняется родителям, результаты фиксируются в специальных бланках для проведения различных компонентов оценки.
3. Результаты оценки обсуждаются на междисциплинарном консилиуме специалистов, участвовавших в проведении оценки. Также на данном консилиуме осуществляется предварительное планирование Индивидуальной программы ранней помощи.

Ответственным за проведение всех этапов оценки является ведущий специалист, закрепленный за семьей.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В СЛУЖБЕ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Самарина Л.В. (Санкт-Петербург)
Директор
АНО ДП «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»Л.В. Самарина

Изменение подходов к оценке развития ребёнка: функциональный подход и его преимущества.

Традиционно в течение многих лет в зарубежных странах и России процесс реабилитации детей, имеющих инвалидность, носил исключительно медицинский характер. Раннее вмешательство, как область помощи детям раннего возраста строилась по аналогии с реабилитацией детей старшего возраста. Основными задачами реабилитационных мероприятий были: постановка правильного медицинского диагноза, подбор и осуществление лечебных мероприятий. Медицинский диагноз часто ассоциировался с наличием нарушений развития ребёнка, например, церебральный паралич связывали с двигательными нарушениями, задержкой развития речи, когнитивными нарушениями и пр., синдром Дауна с интеллектуальными нарушениями и агрессивным поведением. Для борьбы с нарушениями развития ребенка предлагалось медицинское лечение и специальное обучение ребенка. С ребенком занимались различные специалисты: логопеды, дефектологи, сурдо-, тифло-, олигофренопедагоги и др. Задачи их работы касались развития у ребенка конкретных знаний и умений, например, различать и называть цвет предмета, собирать пирамидку по определенному признаку, складывать разрезную картинку. Большинство умений носили академический характер и очень мало были связаны с повседневной жизнью ребенка. При этом семьи сталкивались с большими трудностями при необходимости каждый день общаться и договариваться с ребенком, кормить, мыть и одевать его, ездить с ним в транспорте, ходить по улицам, посещать общественные места. Реабилитационные мероприятия не касались жизни и потребностей семьи, а были направлены на преодоление «недостатков» ребенка, не учитывали и не опирались на его сильные стороны.

В последние десятилетия в международной практике раннего вмешательства произошло изменение целей, начал развиваться новый подход, определяемый, как *функциональный* (World Health Organization. Early Childhood Development and Disability: A discussion paper. World Health Organization: Geneva). Главными целями раннего вмешательства становятся содействие благополучию ребенка, улучшение способностей ребенка выполнять задачи, встающие в ***повседневной жизни***, обеспечение максимального ***участия*** ребенка в повседневных жизненных ситуациях. При этом развитие у ребенка способности участвовать в различных социальных

ситуациях рассматривается как наиболее значимая цель программ помощи семье и ребенку.

Развитие функционального подхода привело к изменению программ раннего вмешательства. Теперь они обладают следующими характеристиками.

Обеспечение функциональной направленности программ. «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков» - МКФ-ДП (International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2007) подчеркивает необходимость сфокусироваться в реабилитации на *функционировании ребенка в повседневной жизни и его социальном участии*. В отличие от задач, типа «развивать слуховое восприятие», «учить складывать разрезную картинку» или «учить рисовать вертикальные линии», функциональный подход сосредотачивается на развитии у ребенка способностей выполнять разные задачи, встающие перед ним в основных жизненных сферах, таких как:

- получение и применение знаний, нужных для игры, общения, творчества и пр.;
- выполнение задач, простых и сложных, управление своим поведением, адаптация к изменениям в жизни;
- общение с разными людьми в различных ситуациях для выполнения совместных дел, разделения информации, достижения взаимопонимания;
- забота о своем здоровье, в частности распознавание и сигнализация о факторах, ухудшающих здоровье, таких как боль, голод, усталость, холод;
- уход за своим телом и освоение таких умений, как умывание и мытье рук, чистка зубов, причесывание, одевание-раздевание и пр., помощь в повседневных делах;
- совершение различных движений: крупных, необходимых для поддержания позы во время еды, игры и передвижения в пространстве; мелких, необходимых для ухода за своим телом, творчества, игры и пр.;
- установление и развитие отношений с другими людьми;
- участие в различных общественных мероприятиях: детских праздниках, спортивных играх.

Основными мероприятиями в программах становятся развитие способностей ребенка, приспособление и устройство окружающей среды, обучение окружающих людей взаимодействию с ребенком с учетом его особенностей.

Реализация программ в естественной среде, на основе повседневных рутин. Идея проведения программ раннего вмешательства в естественной среде исследуется с начала 90-х годов. Установлено, что маленькие дети учатся лучше, когда они могут практиковать новые навыки в рамках той деятельности, в которой они будут их использовать, а не в специально созданных учебных ситуациях, которые не представляют для ребенка реальной жизненной проблемы (R.A. McWilliam "Routines-Based Early Intervention: supporting young children and their families", Brookes Publishing 2011). Кроме того, многие естественные ситуации способствуют развитию и расширению различных возможностей ребенка (в социальной, коммуникативной, двигательной и др. областях), которые в свою очередь улучшают его способности учиться. Иными словами, предоставление услуг раннего вмешательства должно происходить в типичных повседневных активностях ребенка, что увеличивает количество возможностей для его обучения.

Реализация программ вмешательства на основе участия семьи, направленность на повышение компетентности семьи в вопросах развития ребенка. Использование семейно-центрированного подхода в раннем вмешательстве означает переход от экспертной модели взаимодействия с семьей к консультативной модели, в которой опыт профессионалов используется для поддержки семьи, а не для прямого обучения ребенка. Задача профессионалов в том, чтобы направлять действия родителей, с учетом их индивидуальных повседневных жизненных ситуаций, пожеланий и условий.

Специалисты, которые обеспечивают реализацию программы вмешательства, опираются на активность и участие членов семьи. Понятие "участие" предполагает вовлеченность членов семьи в процесс развития собственного ребенка, которая характеризуется такими показателями, как частота и интенсивность. Реализация программы вмешательства в естественной среде позволяет развивать у ребенка новые навыки и умения в привычных для него рутинных делах, которые почти всегда выполняются совместно с родителями и естественным является то, что именно родители помогают ребенку учиться. Само по себе использование рутин для обучения обеспечивает частоту повторения, а необходимость достижения результата обеспечивает интенсивность включения родителей в этот процесс.

Применение МКФ для проведения оценки

На первоначальных стадиях развития системы раннего вмешательства, когда целью вмешательства было улучшение развития ребенка в различных областях, оценка предполагала изучение факторов, влияющих на развитие ребенка (особенности его рождения, анамнез, история развития), обследование достижений ребенка в различных областях: когнитивная, речевая, социальная, двигательная области. Чаще всего описание развития

ребенка включало в себя описание не столько имеющихся умений, сколько описание «неумений» и ограничений, что влияло в дальнейшем на специфику поставленных задач, которые могли быть направлены на формирование отдельных недостающих навыков, не связанных с повседневным функционированием ребенка.

Подход к оценке функционирования ребенка, основанный на диагнозе или нарушениях ребенка, которые у него есть, не обеспечивает достаточной информацией о личности ребенка, его умениях и особенностях его включении в разные жизненные ситуации, с какими проблемами при этом он сталкивается. Дети, имеющие одинаковые диагнозы, такие как церебральный паралич или аутизм, могут иметь самые разные способности, интересы, умения, сталкиваться с различными трудностями.

С позиции МКФ-ДП оценка функционирования ребенка должна быть нацелена на исследование жизни ребенка с точки зрения ее нормализации (К. Грюневальд), когда в фокусе внимания оказывается не только сам ребенок, но и его повседневная жизнь, трудности, с которыми он сталкивается. Главная цель такой оценки – получение необходимой информации для построения программы помощи ребенку и семье, чтобы максимально нормализовать их жизнь и улучшить функционирование ребенка в повседневной жизни (Bronfenbrenner, U. (1979).

Анализ функционирования ребенка на основе МКФ-ДП осуществляется в биопсихосоциальной модели. Рисунок ниже показывает соотношение между основными факторами, влияющими на активность и участие ребенка: здоровье, функции и структуры организма, контекстуальные факторы, включающие личностные факторы и факторы окружающей среды. При этом под активностью в МКФ-ДП понимается «выполнение задачи или действия индивидом», «участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию».

Функционирование ребенка является результатом комплексного взаимовлияния всех элементов этой модели, которые находятся в динамическом взаимодействии друг с другом. Воздействие на один элемент потенциально может изменить другой или другие элементы и состояние системы в целом.

Схема 1. «Факторы, влияющие на функционирование ребенка».

В целом, семья обращается за помощью к специалистам из-за тех или иных нарушений активности и участия ребенка, которые не позволяют ему выполнять необходимые виды деятельности в повседневной жизни. Поэтому оценка по МКФ-ДП строится на основе следующего алгоритма (рисунок 2):

- первичная оценка трудностей в повседневной жизни,
- оценка активности и участия ребенка, а именно, оценка уже имеющихся у ребенка способностей к выполнению какой-либо деятельности, имеющихся навыков,
- оценка трудностей, с которыми ребенок встречается при выполнении деятельности, и определение степени трудностей,
- изучение нарушений функций и структур организма, которые потенциально могут влиять на формирование умений и выполнение деятельности в целом, исследование и оценка влияния на функционирования ребенка факторов окружающей среды и личностных факторов.

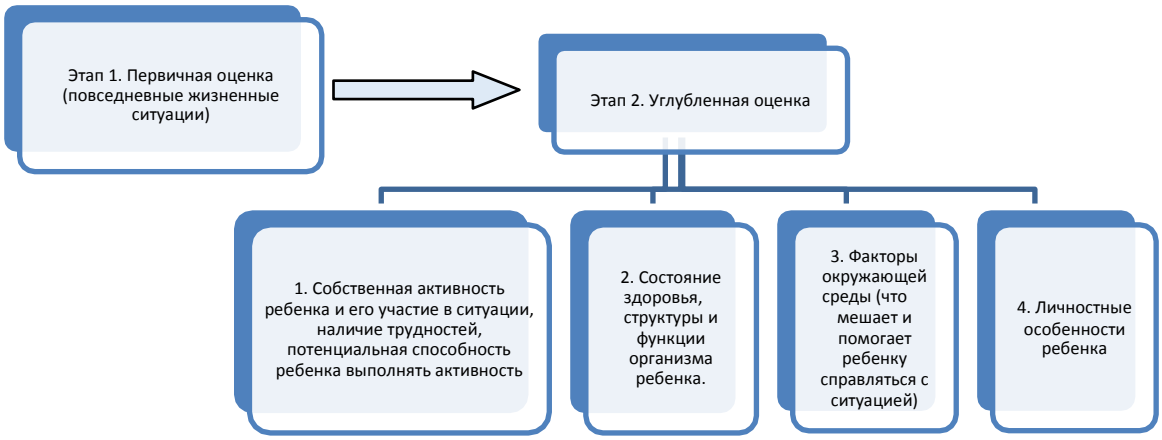


Рисунок 2. «Алгоритм проведения оценки»

Проиллюстрируем сказанное на примере оценки умения ребенка самостоятельно принимать пищу (домен d5, раздел d550 «Прием пищи: выражение желания есть, выполнение скоординированных действий и задач по приему поданной пищи, помещение её в рот в соответствии с общепринятыми культурными нормами, разрезание или разделение еды на куски, пользование столовыми приборами, при обычном приеме пищи или во время торжества»).

Родители и специалисты, наблюдая за ситуацией кормления ребенка отмечают, что ребенок изначально вовлечен в кормление, активен, но в целом кормление проходит очень долго, ребенок держит еду во рту или выплевывает ее. И мама, и ребенок испытывают значительные эмоциональные трудности. Чем все эти проблемы обусловлены?

Важно последовательно изучить, что умеет делать ребенок, состояние

его здоровья и функций организма, важных для процесса еды, какие средовые факторы оказывают влияние и насколько сильное. Взгляд специалистов направляется:

- на способность ребенка поддерживать необходимую позу, удерживать пищу во рту, жевать ее, глотать;
- на стул и стол, которые обеспечивают позу ребенка во время кормления, состав пищи, ее количество, температуру;
- на умение родителями учитывать состояние ребенка (наличие аппетита, усталость), установки мамы относительно кормления, способ, которым она это делает;
- прием ребенком лекарственных препаратов, его личностные особенности, такие как пищевые предпочтения.

Какой же будет программа вмешательства? Это будет зависеть от результатов оценки, которая как раз и выявит основные причины возникающих трудностей. В данном случае в рамках функционального подхода цели программы могут быть направлены на улучшение способностей ребенка принимать пищу, а способы достижения цели могут касаться как навыков самого ребенка, например, жевать пищу, так и факторов окружающей среды. Достаточно часто изменение именно окружающей среды значительно улучшает функционирование ребенка. В данном случае, возможно, необходимо подобрать удобный стул, чтобы ребенок мог стабильно сидеть и держать голову, изменить консистенцию пищи, ее количество, установить режим кормления, оказать эмоциональную поддержку маме.

Продолжая исследовать важность изучения влияния факторов окружающей среды на жизнь ребенка, необходимо отметить, что их оценка позволяет также рассматривать обыденные ситуации с точки зрения потенциальной опасности для состояния ребенка, например, с точки зрения возникновения вторичных осложнений (например, отсутствие туторов ведет к развитию контрактур, деформаций; отсутствие технических средств для коммуникации приводит к вторичным нарушениям социального взаимодействия и др.).

Рисунок 3. «Факторы окружающей среды, влияющие на функционирование ребенка в повседневной ситуации».

Таблица 4. «Факторы окружающей среды»

Раздел «Факторы окружающей среды»	
Домены	**Категории**
e1 Продукция и технологии	Специально произведенные и общедоступные любые изделия, инструменты, оборудование или технические системы, используемые лицами с ограничениями жизнедеятельности, предотвращающие, компенсирующие, контролирующие, облегчающие или нейтрализующие ограничения жизнедеятельности
e2 Природное окружение	Особенности ландшафта, климат, природные явления, группы людей, населяющих данную местность и их особенность адаптации к природному окружению, свет, качество воздуха, вибрации
e3 Поддержка и взаимосвязи	Данные о людях или животных, которые обеспечивают практическую физическую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту и помощь во взаимоотношениях с другими людьми в своем доме, на рабочем месте, в школе, в играх или в других аспектах ежедневной деятельности
Установки	Установки, являющиеся видимым результатом обычаев, правил, идеологии, ценностей, норм, религии и других убеждений. Эти установки влияют на индивидуальное поведение и социальную жизнь на всех уровнях отношений, от межличностных и отношений в сообществе до политических, экономических и юридических отношений, например: индивидуальное или общественное отношение к человеческому достоинству другого индивида, ценности человека как личности, проявление этих отношений позитивным и поощрительным или отрицательным и дискриминационным образом (например, клеймить, подгонять под шаблон, рассматривать как второстепенную или пренебрегать личностью).

e5 Службы, административные системы и политика	*Службы,* предлагающим услуги, программы и действиям в различных областях жизни для удовлетворения потребностей индивида. *Административные системы* включают административный контроль и механизмы организации, установленные местной, региональной, национальной, международной властью или другой признанной властью. *Политика* включает правила, инструкции, стандарты, установленные местной, региональной, национальной, международной властью или другой признанной властью.

МКФ-ДП также задает структуру оценки функционирования ребенка (активность и участие), которая проводится по девяти доменам рисунок 5):

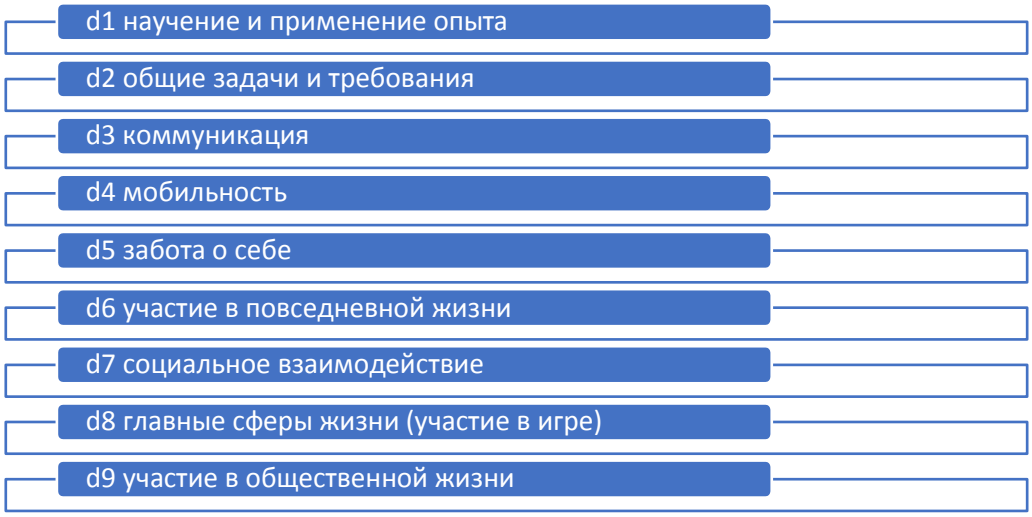


Рисунок 5. «Перечень доменов по разделу «Активность и участие» МКФ-ДП»

Осуществление такого рода комплексной оценки предполагает участие различных специалистов (врача, специального педагога, логопеда, психолога, физического терапевта, эрготерапевта и др.) при оценке умений и способностей ребенка в каждом домене и их профессиональное сотрудничество при обсуждении функционирования ребенка в повседневных ситуациях. Каждый специалист, отталкиваясь от списка категорий в домене, выстраивает логику проведения оценки, подбирает необходимые инструменты и затем вносит свой вклад в понимание целостной ситуации развития и функционирования ребенка.

Например, повседневная ситуация «одевание» требует интегративной оценки сразу нескольких специалистов: физического терапевта (оценка способности сидеть, стоять, протягивать руки, сжимать кулачок), специалиста по коммуникации (оценка того, насколько ребенок понимает указания и может отвечать), педагога (оценка понимания ситуации, управления поведением, способа решения проблем, осуществления выбора).

Соответственно первоначально специалисты совместно обсуждают цель оценки, которая может быть сформулирована как «оценить способность

ребенка участвовать в процессе одевания», далее каждый планирует и оценивает собственную сферу и после этого, они вновь возвращаются к междисциплинарному обсуждению для выработки общего мнения об особенностях развития ребенка, семейной ситуации и других важных факторов, и в итоге формулируют цели и задачи программы вмешательства.

Пример применения МКФ-ДП для проведения оценки

Известно, что на функционирование ребенка с церебральным параличом (его собственную активность и участие) влияет множество факторов: изменение его здоровья, нарушение функций и структур организма (наличие спастики в руках, ногах, артикуляционном аппарате); проведение обучения ребенка различным навыкам; наличие или отсутствие необходимых вспомогательных средств и оборудования; доступность зданий, установки и отношение к нему других людей.

Медицинская реабилитация в данном случае будет направлена лишь на здоровье и функционирование организма ребенка, это могут быть различные медицинские мероприятия: массаж, ЛФК, инъекции и пр.

Функциональная реабилитация будет направлена на понимание трудностей в жизни ребенка и осуществление мероприятий, нацеленных на улучшение активности ребенка и повышение его участия. При этом усилия специалистов будут касаться, если необходимо, всех причин, приводящих к трудностям: состоянию организму ребенка, его способностям, физической окружающей среде и людям. Так, если ребенок с церебральным параличом 3 лет испытывает трудности в осуществлении ведущего вида деятельности в этом возраста – игре, будет проведена комплексная оценка функционирования ребенка именно в этой деятельности, чтобы выявить основные причины трудностей. Согласно основным доменам раздела «Активность и участие» будут рассмотрены способности ребенка, относящиеся к деятельности «Игра»:

- производить целенаправленные эксперименты с предметами, исследовать их;
- управлять вниманием, наблюдать, слушать;
- принимать решения;
- участвовать в коммуникации;
- понимать простые задачи, следовать инструкциям;
- понимать и продуцировать сообщения;
- поддерживать позу для игры, совершать движения руками;
- взаимодействовать с другими людьми, развивать и поддерживать отношения. С точки зрения влияния факторов окружающей среды будет проанализировано:
- наличие у ребенка подходящих предметов для игры, игрушек, игр, материалов, адаптированных, если необходимо к его особенностям;
- наличие вспомогательного оборудования, позволяющего ребенку поддерживать позу для игры, передвигаться (специальный стул,

вертикализатор, коляска и пр.), совершать движения руками;

- наличие специального оборудования, такого как очки, слуховой аппарат;
- наличие оборудования для коммуникации.

Кроме того, будут изучены следующие факторы: установки членов семьи относительно игры ребенка, например, часто родители (бабушки, дедушки) считают, что ребенок просто не может играть или, что он не может участвовать в совместной игре; установки других людей, участвующих в жизни ребенка: специалистов учреждений, которые посещает ребенок, няни, врачей и др.

Безусловно, задачей для оценки будет изучение функций и структур организма, которые влияют на развитие у ребенка игровой деятельности: умственных функций, двигательных функций, и т.д.

В результате подобной междисциплинарной оценки у специалистов появится информация о причинах трудностей у ребенка, которые могут быть устранены за счет создания условий для игры, обучением близких людей, развитием необходимых для игры способностей у самого ребенка.

Таким образом, использование рамок МКФ-ДП, как инструмента клинического мышления в работе команды раннего вмешательства, снимает междисциплинарные барьеры в общении, задает общий язык для профессиональных суждений, направляет мышление специалистов на разработку гипотез относительно причин имеющихся трудностей в функционировании ребенка, помогает сформулировать именно функциональные цели вмешательства (M. Adolfsson, 2011).

Литература

1. Бакк А., Грюневальд К. Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития/ Пер. со шведск. Под ред. Ю. Колесовой. СПб: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2001. 360 с.
2. Казьмин А.М., Перминова Г.А., ЧугуноваА.И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы), Журнал «Клиническая и специальная психология», №2 2014, 2014.
3. M. Adolfsson, Applying the ICF-CY to identify everyday life situations of children and youth with disabilities. Dissertation No. 14, 2011.
4. Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press.
5. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version. Geneva, Switzerland, WHO, 2007. 322p.

ПОСТРОЕНИЕ ПАРТНЕРСКИХ ОТНОШЕНИЙ С СЕМЬЕЙ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Дождева С.М.
Кандидат психологических наук, педагог-психолог
Государственное учреждение Тульской области
«Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних №1»

Несмотря на существование различных моделей и технологий ранней помощи (раннего вмешательства), современные подходы, как правило, ориентированы на активное участие родителя в процессе помощи ребенку. Происходит это по многим причинам. Во-первых, семья является наиболее важным, оказывающим решающее влияние на рост и развитие ребенка окружением. Во-вторых, семья считается наилучшей средой для развития ребенка. В-третьих, в семье наиболее полно могут реализовываться потребности ребенка в развитии за счет ежедневных возможностей обучения. Другими словами, родители являются первыми учителями для своих детей[13] и могут обеспечить им множество возможностей для развития и обучения в естественных условиях в повседневных активностях ребенка[14].

Поскольку для ребенка раннего возраста именно семья является решающим ресурсом в его развитии, а общение и взаимодействие с родителем признается наиболее значимым фактором развития, специалисты видят задачу ранней помощи в поддержке, обучении родителей стимулировать развитие ребенка, встраивать развивающие и поддерживающие стратегии в режим жизни семьи, находить и выстраивать собственные ресурсы, чтобы справляться с проблемами и нуждами ребенка.

Реализация ранней помощи на основе участия семьи, направленность на повышение компетентности семьи в вопросах развития ребенка характеризует переход от экспертной модели взаимодействия с семьей к консультативной модели, в которой опыт профессионалов используется для поддержки семьи, а не для прямого обучения ребенка[15]. Задача профессионалов в том, чтобы направлять действия родителей по развитию ребенка, ориентируясь на потребности ребенка, учитывая и уважая индивидуальные особенности семьи. Специалисты ранней помощи должны помогать родителям, которые, в свою очередь, помогают своим детям.

---

[13] Соммер Д., Прамлинг Самуэльсон И., Хундейде К. Раннее воспитание и образование: личностно ориентированная парадигма // Современное дошкольное образование. Теория и практика. - 2015. - №6. - С. 68-79.

[14] McWilliam R.A. “Routines-Based Early Intervention: supporting young children and their families”, Brookes Publishing, 2011.

[15] Самарина Л. В. Построение программ раннего вмешательства на основе международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья // Нормализация жизни и социальное сопровождение детей и взрослых с нарушениями в развитии [Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник] // под ред. В.Л. Рыскиной. – СПб.: СПбГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья», 2015. – вып. 6 – С. 47-57.

Помощь семье должна быть направлена не на подмену самой семьи для ребенка, а на развитие ее собственных ресурсов и инициативы.

Семейно-центрированный подход в ранней помощи, в отличие от подхода, центрированного на ребенке, характеризуется изменением профессионального взгляда на взаимодействие с родителями, пониманием необходимости построения партнерских отношений с ними. Родители являются основными заказчиками услуг ранней помощи, они же – равноправные партнеры специалистов в реализации намеченных перспектив (ведущие реализаторы программ ранней помощи) и оценке результативности работы.

В ГУ ТО «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних №1» реализуется технология ранней помощи, основанная на семейно-центрированном и функциональном подходах. Целью и одновременно ключевым средством ранней помощи является развитие эффективного функционирования ребенка через его вовлечение и участие в типичных ситуациях домашней и социальной жизни и нормализация жизни семьи[16].

Услуги ранней помощи детям и их семьям предоставляются в центре в соответствии с Концепцией развития ранней помощи в РФ на основе следующих принципов[17]:

— семейно-центрированности (услуги ранней помощи предоставляются в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка и семьи, направлены на формирование взаимообусловленного уважительного взаимодействия ребенка с родителями/ воспитателями и другими членами семьи, на формирование положительных отношений в семье);

— функциональной направленности (услуги ранней помощи, предоставляемые в рамках индивидуальной программы ранней помощи (ИПРП), направлены на улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях (ЕЖС), повышение его участия и самостоятельной активности ЕЖС);

— уважительного отношения (услуги ранней помощи предоставляются потребителям в уважительной манере, с учетом их индивидуальных, семейных, религиозных и этно-культурных особенностей, ценностей, установок, мнений, приоритетов);

— междисциплинарности (специалисты различной профессиональной направленности (психолог, специальный педагог, логопед, инструктор ЛФК, получившие дополнительную специализацию в области ранней помощи) объединяют свои подходы, методы, приемы и усилия, чтобы улучшить функционирование ребенка в ЕЖС, работают над едиными целями на основе командного подхода);

---

[16] Ермолаева Е.Е., Казьмин А.М., Мухамедрахимов Р.Ж., Самарина Л.В. О ранней помощи детям и их семьям // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. - С. 4—18.

[17] Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р. URL: http:// government.ru/media/files/ 7NZ6EKa6SOcLcCCQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf (дата обращения: 14.04.2018).

— научной обоснованности (при оказании услуг ранней помощи специалисты используют научно обоснованные методы и технологии ранней помощи);

— бесплатности;

— регулярности (в течение всего времени действия ИПРП);

— доступности; открытости (информация об услугах ранней помощи открыта для родителей/воспитателей детей целевой группы).

Ранняя помощь, являясь технологией оказания помощи детям и их семьям, выстраивается на основе метода «управление случаем» (case management)[18]. Управление случаем — это метод оказания помощи или обслуживания людей, относящихся к группе риска. В группу риска попадают дети и семьи, имеющие множество разнообразных потребностей в области здоровья, образования и социального обслуживания, которые не могут быть удовлетворены отдельной организацией. В сущности, управление случаем — это процесс, в соответствии с которым индивидуальные и/или семейные потребности идентифицируются, подбираются необходимые координируемые услуги, которыми систематически управляют. К основным элементам/этапам управления случаем относятся: выявление, привлечение и прием клиентов; оценка, разработка скоординированного плана предоставления услуг, их внедрение (предоставление); мониторинг и постоянная оценка результатов, которых клиенты достигли или не достигли; корректировка плана предоставления услуг и обзор полученных результатов. Соответственно все этапы ранней помощи выстроены по этому алгоритму и в этом порядке[19]:

Этап 1. Включение ребенка и семьи в число получателей услуг ранней помощи.

Этап 2. Проведение оценочных процедур для составления ИПРП (углубленных оценок).

Этап 3. Составление ИПРП.

Этап 4. Реализация ИПРП.

Этап 5. Промежуточная и итоговая оценка результативности реализации индивидуальной программы ранней помощи и качества услуг.

Этап 6. Завершение ИПРП, сопровождение ребенка и его семьи при переходе в образовательную организацию или продление ИПРП.

На всех этапах оказания ранней помощи семье и ребенку междисциплинарная команда специалистов Службы ранней помощи нашего центра работает в партнерстве с родителями. Семья рассматривается специалистами как абилитационная и реабилитационная структура, изначально обладающая потенциальными возможностями для создания максимально благоприятных условий для развития и воспитания ребенка[20]. В

---

[18] Ермолаева Е.Е., Казьмин А.М., Мухамедрахимов Р.Ж., Самарина Л.В. О ранней помощи детям и их семьям // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. С. 4—18.

[19] Там же.

[20] Мухамедрахимов Р.Ж., Пальмов О.И. Поддержка родителей детей с особыми потребностями //Психология социальной работы / Под общей ред. М. А. Гулиной. — СПб.: Питер, 2002. – С. 125-134.

связи с этим отдельной задачей в работе специалистов становится выстраивание продуктивных партнерских отношений с семьей, способствующих достижению цели ранней помощи. Работа с ребенком эффективна, и ее результаты наиболее значительны и устойчивы если специалистам и родителям удается вступить в продуктивный диалог, достичь совместного понимания сути происходящего с ребенком, сотрудничать на всех этапах реализации ранней помощи.

Партнерские отношения, эффективный диалог с родителями формируются благодаря определенной стратегии поведения специалистов, работающих с семьей, а также особенностям самой технологии ранней помощи.

В целом, этому способствует реализация основных принципов ранней помощи, в частности то, что помощь ребенку и семье должна быть индивидуализирована и отвечать на потребности семьи. У всех семей разные потребности даже в том случае, если особенности ребенка сходны с другими детьми. Поэтому при планировании услуг, команда включает услуги и специалистов в соответствии с этими потребностями, а не только на основании диагнозов, нарушений или отставания в развитии. Индивидуальный подход к каждой семье является, на наш взгляд, основой формирования эффективного диалога и взаимодействия с ней.

Формированию партнерских отношений с семьей ребенка в ранней помощи способствуют так же: работа с запросом родителя, разработка программы ранней помощи совместно с родителями (учет их потребностей, предпочтений, возможностей наряду с потребностями ребенка), присутствие на приеме всех заинтересованных в воспитании и развитии лиц, развитие навыков ребенка родителями в естественных жизненных ситуациях (повседневных рутинах), разнообразные возможности участия родителя в занятиях и тренировки своих навыков дома, регулярная двусторонняя связь родителей и специалистов.

Важнейшее значение в установлении и поддержании эффективного диалога с семьей имеют особенности общения и взаимодействия специалиста с родителями. С самой первой встречи с семьей важно демонстрировать уважение к тому, что родителями уже сделано и делается для ребенка, акцентировать внимание на сильных сторонах семьи, поддерживать активную позицию семьи в обучении, участии в уходе за ребенком и процессе принятия решений о своем ребенке. Необходимо выстраивать взаимодействие, в котором будет место как для рекомендаций специалиста, так и для выражения тревоги родителей, их вопросов, мнения и отношения к содержанию программы развития ребенка.

Наиболее значимыми, по нашему мнению, причинами, препятствующими возникновению конструктивных диалогических, партнерских отношений с семьей можно считать сложное психологическое состояние родителей и искаженный образ ребенка.

Родители, воспитывающие особого ребенка, находятся в ситуации так называемого родительского стресса, стадии и содержание которого достаточно подробно изучены в психологии. Отмечается, что особенно тяжело переживается кризис вхождения в статус «семьи с особым ребенком», его характеризуют: чувство вины, социальная изоляция, чрезмерная погруженность в воспитание больного ребенка, приводящая к фрустрации своих базовых потребностей и потребностей здоровых членов семьи. Значительная часть родителей дезориентируется, теряет жизненную перспективу, стигматизируется[21].

Исследователи отмечают, что сам процесс переживания стресса такого характера и совладание с ним у семей различны и определяются особыми семейными и личностными ресурсами.

Воздействие кризиса на семью запускает в действие коппинговые реакции членов семьи и семейное совладание. Актуализируется разнообразный арсенал ресурсов (личностные – жизнестойкость, семейные – материальные возможности, семейная сплоченность, гибкость семейной системы, социальная сеть контактов и пр.) для сохранения семьи, физического и психического здоровья ее членов.

Члены семьи или семейные субсистемы могут как активно включаться в процесс преодоления стресса, так и отказаться от этого, могут использовать как сознательные (совладающее поведение), так и бессознательные механизмы (защитное поведение).

Среди стратегий совладающего поведения выделяются следующие[22]:

1. «Активное поведение» и «поиск социальной поддержки». Эти стратегии связаны с желаниями и намерениями родителей помочь ребенку развиваться и лучше адаптироваться. Активное поведение подразумевает включение родителей в коррекционно-развивающий процесс и обращение к тем людям, которые обладают опытом решения данных проблем. У родителей, использующих данную стратегию, наблюдается активная социальная позиция.

2. «Обдумывание ситуации». Данная стратегия включает в себя тщательное обдумывание проблемы и принятие определенного решения.

3. «Оптимизм, вера в лучшее».

4. «Позитивное фокусирование». Суть стратегии заключается в том, что родители, прежде всего, рады самому факту рождения ребенка, его присутствию в их жизни.

5. «Социальное сравнение вниз». В данном случае родитель сравнивает нарушение, которое есть у его ребенка, с аналогичными нарушениями, но

---

[21] Асмолов А.Г. Иной как ценность: культурно-историческая антропология и социальная практика в поисках человечности //Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 9 [Электронный ресурс] : науч.-практ. сб. /сост. И. С. Константинова, Н. А. Мальцева. — Эл. изд. — Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf : 214 с.). — М. : Теревинф, 2017. —С. 33 – 46.

[22] Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: автореф. дисс… д-ра психол. наук. - Кострома, 2005. - 50 с.

имеющими больший патологический характер, у других детей. Например, к диагнозам, касающимся слабовидения, родители более терпимы и говорят: «Слава богу, что не слепой».

6. «Самоконтроль и терпение». Родители «уговаривают» себя пережить трудные испытания, потому что все те силы, которые они сейчас прилагают, помогут ребенку и дадут определенный результат.

7. «Социальное отвлечение». Эта стратегия совладающего поведения характерна для отцов. Они также, как и матери, желают помочь своему ребенку, но свою роль видят в поиске специалистов-профессионалов, которые отвечали бы за коррекционный процесс в развитии ребенка.

К наиболее распространенным формам защитного поведения у родителей относят следующие[23].

1. Рационализация - родитель не до конца осознает и принимает тяжесть нарушения развития ребенка. Родители доказывают «нормальность» своего ребенка, обращают внимание не на дефект, а на интеллектуальные и творческие способности ребенка.

2. Идентификация — перенос на ребенка собственного опыта.

3. Сопротивление —противодействие родителей вмешательству извне.

4. Фантазирование - надежда на то, что нарушение ребенка когда-нибудь исчезнет совсем. В планировании будущей жизни ребенка мать создает ситуации, которые невозможно реализовать с учетом сложности нарушения ребенка.

К ресурсам совладающего поведения родителей, воспитывающих детей с нарушениями относят личностные, семейные ресурсы, и внешние, социально-ориентированные ресурсы[24].

Личностные ресурсы совладания: родительские чувства к ребенку («мой ребенок — моя самая главная радость»); качество «hardy» (стремление и способность «выстоять», преодолеть).

Семейные ресурсы: супружеские отношения («мы с мужем сами справлялись с трудностями»), понимание и участие другого ребенка в семье, помощь и поддержка родственников.

Социально-ориентированные ресурсы: материальный достаток, поддержка друзей, адекватное отношение окружающих к ребенку, специализированная педагогическая помощь ребенку, помощь через общение с другими родителями.

В ситуации пролонгированного характера стресса возможно проявление несовладания, что приводит к нарушению целостности семьи. Итогом несовладания является: 1) прямое устранение проблемы — отказ от ребенка или косвенное — эмоциональное отвержение, жестокое обращение с ребенком; 2) уход из семьи одного из родителей.

---

[23] Крюкова Т. Л., Сапоровская М. В., Куфтяк Е. В. Психология семьи: жизненные трудности и совладение с ними. - СПб.: Речь, 2005. - 240 с.

[24] Крюкова Т. Л., Сапоровская М. В., Куфтяк Е. В. Психология семьи: жизненные трудности и совладение с ними. СПб.: Речь, 2005. – 240 с.

Особенности переживания кризиса семьей, обусловлены не только характером и степенью имеющегося у ребенка нарушения, но и отношением родителей к нему. Показано, что наиболее значимым фактором, определяющим характер взаимодействия родителей и особого ребенка, а также уровень, продолжительность и характер переживания родительского стресса является отношение родителей к нарушению ребенка - субъективная «концепция дефекта ребенка»[25].

КДР – особое психическое новообразование, в той или иной мере встраивающееся в образ ребенка, влияющее на действия родителей, направленные на преодоление последствий заболевания, на родительское отношение к ребенку, и, тем самым, на психическое развитие ребенка в целом.

Изучение эмоциональных реакций родителей, связанных с болезнью ребенка (эмоциональный уровень КДР) позволил выявить общие закономерности и стадии реагирования родителей на врожденную патологию или тяжелое заболевание ребенка[26].

1. Острое эмоциональное потрясение. Длительность острого психоэмоционального напряжения (стресса), как правило, небольшая. Ригидное «застревание» на этой стадии может привести к развитию депрессивных состояний, фобии утраты ребенка, к искаженным эмоциональным реакциям при общении с ребенком (мать во время кормления или других операций ухода может не улыбаться ему, а плакать). Часто именно на этом этапе происходит отказ от ребенка (новорожденного или младенца) или нарушение супружеских отношений (вследствие взаимных обвинений, отказа в эмоциональной поддержке и пр.). Начинает строиться родительская КДР, и ведущим является эмоциональный уровень КДР.

2. Отрицание диагноза ребенка, анозогнозические тенденции. Первый период сменяется, как правило, отрицанием наличия у ребенка заболевания, что можно расценивать как защитную реакцию на состояние тревоги и неизвестности, страха перед будущим. Возникает надежда на ошибочность диагноза. Ригидное «застревание» на этой стадии, стойкое отрицание дефекта часто приводит к отказу от диагностических и лечебных процедур; с другой стороны, возможно обращение к большому числу специалистов с целью опровержения диагноза. Отвержение может принять форму «упрощения» диагноза (мать говорит, что у ребенка гипертонус, а не ДЦП, и отвергает помощь специалистов, как только слышит от них слова «детский

---

[25] Султанова А.С. Становление родительской "концепции дефекта" ребенка младенческого возраста с отклонениями в развитии или врожденной патологии// Хрестоматия по перинатальной психологии : психология беременности, родов и послеродового периода : учебное пособие / Сост. А.Н. Васина. – М.: Издательство УРАО, 2005. – С. 300-308.

[26] Султанова А.С. Становление родительской "концепции дефекта" ребенка младенческого возраста с отклонениями в развитии или врожденной патологии// Хрестоматия по перинатальной психологии : психология беременности, родов и послеродового периода : учебное пособие / Сост. А.Н. Васина. – М.: Издательство УРАО, 2005. – С. 300-308.

церебральный паралич»). Происходит формирование неадекватной, искаженной КДР, родители отказываются «встраивать» представления о дефекте в ранее сформированный образ ребенка.

3. Стадия адекватной адаптации: происходит переоценка ситуации, нахождение «смысла болезни». Родители активно ищут способы преодоления дефекта (поиск врачей, консультирование у множества специалистов, поиск оптимального лечения, смена стратегий лечения). Постепенно формируется КДР, в зависимости от которой изменяется образ ребенка, предпринимаются те или иные шаги для преоболения дефекта или адаптации к нему. Ведущим является мотивационный, поведенческий уровень КДР.

4. Стадия стабильного приспособления к сложившейся ситуации. Родители останавливаются на каких-либо способах лечения или коррекционной работы, более спокойно реагируют на проявления дефекта ребенка, сравнение с другими детьми. Концепция дефекта либо встраивается в образ ребенка, формируя адекватное отношение к дефекту, либо «поглощает» образ ребенка в случае сосредоточенности на болезни (сочетается с тенденциями к гиперопеке, гиперпротекции).

КДР является динамичным образованием, в которое под влиянием различных факторов (получение новой информации, динамика развития ребенка и др.) могут встраиваться новые элементы и пересматриваться прежние, однако «ядро» КДР, сформировавшееся на ранних стадиях, остается достаточно стабильным.

По характеру отношения к особому ребенку родителей можно разделить на несколько типов[27]:

1) авторитарный тип: отличается активной жизненной позицией; вытеснением негативных переживаний, связанных с проблемами ребенка; импульсивностью, неумением сдерживать гнев и раздражение, активным противопоставление себя окружающим; достаточно жесткими формами взаимодействия с ребенком, вплоть до холодности или отстраненности, неприятием индивидуальности ребенка в целом;

2) невротичный тип: характеризуется пассивной личностной позицией; оправданием собственной бездеятельности в отношении развития ребенка и непониманием того, что некоторые недостатки, возникающие у него, вторичны и являются уже не результатом биологического дефекта, а собственной личностной несостоятельности матери; стремлением оградить ребенка от всех проблем, даже от тех, которые он может решить собственными силами; проявлением слабости или инертности при реализации поставленной воспитательной цели; постоянным тревожным фоном настроения;

3) психосоматический тип: отличается тенденцией к доминированию; частыми сменами полярных настроений (то радость, то

[27] Ткачева В.В. Психологические особенности родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом //Специальная психология. 2009. – №1 (19). – С. 53-62.

депрессия, вызванная незначительным поводом); отсутствием аффективной формы реагирования на проблему (психосоматические проблемы); характерно стремление «положить собственное здоровье на алтарь жизни своего ребенка».

В связи с выделенными особенностями родителей детей с ограниченными возможностями работа специалистов Службы с родителями направлена на решение следующих задач[28]:

– Сформировать у родителей адекватное представление о сильных и слабых сторонах развития ребенка; умение видеть достижения ребенка, его успехи, развитие, а не только его нарушения, диагноз, некомпетентность в каких-то ситуациях. Первым шагом к этому является наблюдение за ребенком, умение воспринимать его сигналы, инициативы и ответы в общении, возможности в игре.

– Сформировать активную позицию родителей в помощи ребенку. Одним из наиболее существенных моментов семейно-центрированного подхода к помощи детям с нарушениями развития является положение, согласно которому родители и другие члены семьи входят в команду раннего вмешательства, считаются важными ее членами. Специалисты в своих отношениях с родителями должны исходить из принципов уважения, признания родительской компетентности, из веры в их способность понимать ребенка, обучаться и находить оптимальные способы решения возникающих проблем.

– Поддерживать позитивный стиль взаимодействия с ребенком через организацию и развитие совместной игры.

– Предоставлять родителям информацию о конкретных видах нарушений у детей, правах родителей, воспитывающих детей-инвалидов, родительском опыте воспитания детей с особыми нуждами, образовательных учреждениях, фондах, культурных мероприятиях, отдыхе и др.

– Оказывать психологическую помощь родителям по мере необходимости и по возможности.

Исходя из этих задач, можно выделить основные направления работы Службы с родителями:

1. Формирование активной жизненной позиции родителей в отношении развития, обучения и воспитания собственного ребенка.

2. Формирование оптимальных ожиданий и представлений о ребенке. Исходя из данных, полученных на первичном приеме, выявляются установки родителя по отношению к ребенку, которые в ходе дальнейшей работы трансформируются в направлении большей объективности и функциональности.

---

[28] Чугунова А.И. Направления работы с родителями в рамках службы ранней помощи: опыт работы ЦПМСС «Лекотека» //Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 6–7 [Электронный ресурс] : науч.-практ. сб. / Сост. М. С. Шапиро. – Эл. изд. – Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf : 257 с.). – М. : Теревинф, 2016. – С. 242-246.

3. Обучение родителей навыкам общения и основным принципам взаимодействия с ребенком, имеющим нарушения в развитии, а также навыкам развивающего ухода. Работа происходит в режиме индивидуальных занятий, в ходе которых специалист демонстрирует родителю основные принципы развивающего взаимодействия с детьми в режиме реального взаимодействия, когда родитель сам может попробовать новые способы игры с ребенком.

4. Работа по профилактике социальной изоляции родителей и семьи.

Формы работы с родителями в Службе - индивидуальная и групповая. Формы групповой работы: родительские и детско-родительские группы. В Службе функционирует родительский клуб для семей с детьми, имеющими нарушения слуха, интегративная детско-родительская группа «Играем вместе». Групповые занятия для детей и родителей создают психологически безопасную обстановку общения родителей. Родители знакомятся друг с другом, рассказывают о своих детях, их проблемах, начинают ближе общаться друг с другом, интересоваться развитием других детей. Также во время таких групп родители могут делиться полезной друг для друга информацией о возможных образовательных учреждениях, специальном оборудовании, медицинской помощи и т.д.

Индивидуальная работа с родителями осуществляется в форме консультации родителей (без присутствия ребенка), на которой обсуждаются психологические проблемы родителей, связанные с нарушением ребенка.

Таким образом, в рамках семейно-центрированной модели, где развитие ребенка рассматривается в контексте семьи, технологии помощи направлены на социально-психологическую поддержку семьи, повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах развития и воспитания ребенка, а работа специалиста носит консультативный характер и существенно трансформируется, поскольку ее реализатором является не специалист, а родитель[29]. Эффективность ранней помощи ребенку в этом случае напрямую зависит от качества диалога специалистов и семьи, понимания ими друг друга, понимания общей цели и вклада в ее достижения каждой из сторон. Построение партнерских отношений с родителями выступает важнейшей задачей и необходимым условием эффективной ранней помощи ребенку.

[29] Жиянова П. Л. Семейно-центрированная модель ранней помощи детям с синдромом Дауна: Методическое пособие. – 2-е изд., исправленное и дополненное. - М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2014. – 248 с.

О ПРИНЦИПЕ РАЗВИТИЯ В ЕСТЕСТВЕННОЙ СРЕДЕ

Матвеева О.М., (Красноярск)
Психолог службы раннего вмешательства
Региональная общественная организация «Красноярский центр лечебной педагогики»

Проблемы ранней помощи ребенку с особыми потребностями и его семье в России начали рассматриваться с 90-х годов прошлого века. Первые программы раннего вмешательства реализовывались в Санкт-Петербургском Институте раннего вмешательства, доказывая критическое значение первых лет жизни в развитии ребенка: роль его семьи, отношений с матерью, раннего опыта и социального окружения в формировании личности ребенка и его развитии. Чем раньше начата помощь, тем больше возможностей в благополучном развитии детей.

В настоящее время все чаще специалисты, оказывающие помощь детям, понимают значимость программ раннего вмешательства и развития детей в естественной для ребенка среде.

В Красноярске изначально помощь детям раннего возраста начала оказываться в общественной организации. В 2001 году Региональная общественная организация

«Красноярский центр лечебной педагогики» приняла участие в конкурсе Программы АРО и выиграла грант на создание Службы раннего вмешательства в г. Красноярске. В рамках этого проекта было оборудовано помещение для работы Службы, команда специалистов прошла обучение и стажировку по программам раннего вмешательства в Санкт- Петербургском Институте раннего вмешательства, и с февраля 2002 года Служба раннего вмешательства начала действовать в городе. Впервые в Красноярске детям с нарушениями развития раннего возраста начали оказывать психолого-педагогическую помощь.

Ежегодно не менее 150 детей раннего возраста имеют возможность отслеживать развитие с помощью шкал развития KID и RCDI и более 30 детей с выявленными нарушениями развития получают помощь специалистов: консультативную, информационную, индивидуальные и групповые занятия.

Развитие малыша зависит от среды, в которой он оказывается в первые годы жизни. Есть много дополнительных факторов, которые могут оказывать положительное или негативное влияние: позитивный настрой родителей или состояние депрессии; уверенность родителей в своих силах или растерянность и пассивность; включенность семьи и ребенка в жизнь или изоляция; наличие поддержки бабушек или других родственников, или ее отсутствие, когда мама оказывается один на один со своими проблемами.

Родители, которые с нетерпением ждали появления ребенка, переживают сильнейший стресс, узнав об инвалидности или нарушениях ребенка сразу после его рождения. Они часто не знают куда обратиться за психологической поддержкой и помощью, замыкаются на своих проблемах,

стараются скрыть нарушения в развитии ребенка от окружающих, пытаются найти чудодейственное лекарство, которое вылечит, или доктора, который избавить от проблемы. К сожалению, не всегда такое возможно. Если у ребенка синдром Дауна, церебральный паралич или аутизм, то с этим диагнозом ему предстоит прожить всю жизнь, и необходимо учитывать особенности проявления нарушений. В данной ситуации очень важно понять, что очень многое можно сделать для развития ребенка в естественной, привычной для любого ребенка среде. В программах раннего вмешательства родители - это партнеры, а не пассивные исполнители рекомендаций специалистов. Если у родителей и специалистов складываются партнерские отношения, возникает общее понимание проблем и способов их разрешения, тогда и потенциал естественной домашней среды используется активно и эффективно.

Что же есть естественная развивающая среда для маленького ребенка?

Для ребенка естественно жить в семье, наблюдать за происходящим вокруг него, играть самому или принимать участие в игре. Важно чтобы у ребенка были игрушки по возрасту, а не только погремушка на протяжении нескольких лет, потому что только ее у него получается удерживать в руке. Естественно самостоятельно научиться есть, выбирать еду, игру, занятие с помощью слов, жеста или карточки. Естественно придерживаться недельного ритма, так как есть рабочие дни и выходные, будни и праздники. Естественно, чтобы деятельность менялась в зависимости от времен года – зимой можно кататься на санках, играть в снежки, а летом ходить на речку, наблюдать как растут овощи в огороде и многое другое. Естественно общаться со сверстниками. Естественно ходить в детский сад, школу, в гости, в цирк, зоопарк и т.д.

Нам хотелось бы рассказать историю мальчика Димы, и на его истории показать действие принципа «развитие в естественной среде». Это позитивная история, мы сопровождали Диму с 11 месяцев до 4-х лет, и сейчас продолжаем наблюдать за его развитием и принимать участие в его жизни уже на протяжении 10 лет.

Мама обратилась в Службу раннего вмешательства, когда Диме исполнилось 11 месяцев. У мальчика было маленькое слабое тельце и огромная голова, которую он не мог удерживать. У Димы гидроцефалия. Мама одна воспитывала ребенка, папа от них отказался, как только узнал о проблемах. Сказал, что не может этого видеть. За время занятий в центре Дима научился сидеть, общаться с другими детьми, говорить и ходить. Сейчас Диме 10 лет, он перешел во 2 класс общеобразовательной школы. Он хорошо говорит, читает книги и замечательно запоминает стихи, научился ездить на специальном велосипеде, учится играть на баяне и хорошо поет. Диме сложно писать и рисовать, потому что дрожат руки, он ходит и бегает осторожно, потому что может упасть.

Мама Димы постоянно общается с психологом, обсуждает поведение мальчика, его развитие, сложные ситуации, например, такие, когда незнакомые дети показывают пальцем и спрашивают, почему у него такая большая голова. Год назад в семье Димы произошло очень важное событие – у Димы появился папа и маленький брат, которого Дима очень любит.

А ведь несколько лет назад, в больнице, маме предлагали оставить малыша…

Диминой маме порекомендовал обратиться в службу раннего вмешательства невролог детской поликлиники. На первичном приеме, мама проговорила, что ее тревожит будущее сына и она нуждается в информации о развитии ребенка: как научить его ползать и говорить? Сможет ли Дима ходить в детский сад? Как учить малыша, чтобы он не отставал от сверстников и не чувствовал себя ущербным из-за внешнего вида (большой головы)?

Для того, чтобы оценить уровень развития ребенка и понять, как помочь семье, маме было предложено заполнить шкалу KID. Кроме того, была проведена углубленная оценка игровых и коммуникативных возможностей ребенка. На основе этих данных совместно с мамой была составлена программа помощи. На тот момент основной целью программы было научить Диму сидеть и самостоятельно играть. Вначале было решено подобрать позы, которые позволяли бы мальчику быть более независимым, определить в каких повседневных занятиях эти позы можно закреплять. Также необходимо было подобрать развивающие игры, которые позволят Диме расширить его игровые манипуляции. И, главное, что все это должно происходить в обычной домашней среде. Договорились, что встречи с семьей будут проходить один раз в неделю в службе раннего вмешательства, где мама сможет обсуждать с психологом Димины успехи, свои тревоги и вопросы, а также события и изменения, произошедшие с Димой за неделю.

Дима жил с мамой, родных рядом не было и маме нужно было справляться с необходимостью лечить Диму, развивать его, и при этом еще и выживать. В 11 месяцев Дима был эмоционально лабильным ребенком, очень привязанным к маме и требующим ее постоянного присутствия. Маме было сложно выйти из комнаты в кухню без ребенка, Дима тут же начинал плакать. Дима не мог самостоятельно сидеть, переворачивался с помощью взрослого. Голова была непропорционально большой, мышцы слабенькие. Координация движений нарушена. Интерес к окружающему миру, игрушкам, книжкам был очень сильным. Мама верила в благополучное развитие сына. Диме с мамой было сложно приезжать на еженедельные занятия в центре, большее время они находились дома вдвоем, и, поэтому, было важно организовать повседневный быт таким образом, чтобы он был полезным и необременительным.

Запрос мамы: обучить ребенка что-нибудь делать самостоятельно; научить сидеть и потом ходить; помочь с развитием речи. Мама Димы была

настроена решительно, заинтересована в партнерстве и готова к длительному сотрудничеству ради развития ребенка. Вначале ей казалось, что нельзя терять ни минуты, нужно ЗАНИМАТЬСЯ! Массажем укреплять мышцы, готовить Диму к ходьбе, заниматься с психологом и педагогом, развивая ребенку интеллект, а с логопедом развивать речь.

Мы много говорили с мамой о том, что обычные, ежедневные, повторяющиеся действия могут быть очень полезными для развития малыша и, к тому же, приятными и для мамы, и для ребенка. Например, такие ежедневные действия как «одевание- раздевание» помогают ребенку познакомиться со схемой собственного тела и дают возможность тренировать собственные активные движения. Главное не торопиться, и дожидаться активности самого ребенка. Это позволит сформировать у него положительный образ самого себя: со мной считаются, меня ждут, учитывают мои возможности.

Еда и процедура кормления: это выбор, новые или знакомые вкусовые ощущения, сидение в стульчике, моторная координация, удовольствие от общения с мамой во время еды. Купание, смотрение в окно, игра, «помощь» маме на кухне (игра с кухонной утварью) во время приготовления еды, «разговоры» с бабушкой по телефону, прогулки и другие ежедневные рутины - все это формирует представление об окружающем мире и обеспечивает развитие ребенка в естественной среде. Ребенок, особенно маленький, не должен знать «муштры», он получает удовольствие от игры, общения с мамой, собственных движений и действий.

На первом этапе работы специалисты знакомились с семьей, много разговаривали с мамой, обсуждая потребности ее и ребенка, наблюдали за ребенком и особенностями взаимодействия мамы и малыша. Специалистами службы раннего вмешательства была проведена углубленная оценка развития, выявлены потребности ребенка и сильные стороны. Это было необходимо для составления программы помощи.

Результаты углубленной оценки в 11 месяцев оказались следующими:

Области развития	**Описание развития**
Познавательная Понимание речи	Дима: - понимает простые бытовые действия: еда, умывание, одевание, - выделяет любимые игрушки; следит за домашней собакой; - манипулирует предметами, обследует их, - с мамой рассматривает книжки
Активная речь	Мама выделяет звуки, произносимые ребенком, означающие согласие и протест. Не использует указательный жест
Социально-эмоциональная	Ребенок открытый. Активно пытается исследовать пространство и рядом находящиеся предметы в присутствии мамы. Исчезновение мамы из поля зрения приводит к активному протесту.

Двигательная	Крупная моторика: лежит, может переворачиваться и ползать, подтягиваясь на руках, сидит с поддержкой (неустойчив, может упасть), быстро устает. В течение дня положения достаточно однообразны: лежит, сидит на руках у мамы, сидит с поддержкой, Мама как гарант безопасности и активности – ловит, когда падает, перемещает в пространстве. Мелкая моторика: мышцы ладони слабые, удерживает удобные предметы одной рукой, перекладывает из одной руки в другую, двумя руками предмет может удерживать, но делает это редко. Сильный тремор рук. Может нажимать кнопки на музыкальной игрушке.
Самообслуживание	Может снимать пищу с ложки, пить из чашки. Ложку (легкую и с толстой ручкой) удерживает, и стучит ею. Помогает маме одеваться, протягивая руку. Любит плюхаться в ванне.
Сильные стороны ребенка	Ребенку интересно все вокруг! Ему хочется все потрогать, облизать, постучать, дотянуться, рассмотреть. Желание находится в вертикальном положении огромно. В присутствии мамы малыш доброжелателен и активен. Внимательно наблюдает за действиями мамы и других людей.

Исходя их запроса мамы, и проведенной оценки были выделены основные задачи помощи семье: создать условия для большей самостоятельности и независимости: учиться сидеть, самостоятельно менять положения тела, развивать баланс и равновесие и подобрать положения тела, которые позволят ребенку самостоятельно наблюдать, играть и, вместе с тем, укреплять мышцы.

В первую очередь надо было:

– Обсудить с мамой и рассказать насколько значимо и достаточно просто обучаться навыку в каждодневных повторениях одних и тех же дел.

– Подобрать приспособления, которые будут помогать ребенку самостоятельно сидеть во время еды, игры в стульчике (для облегчения ситуации независимого сидения мальчика, чтобы мама могла не держать его на руках и не беспокоиться, что он может упасть без поддержки)

– Подобрать игры, которые способствовали бы развитию малыша, и при этом тренировали навык сидения.

Развитие каких-либо навыков происходит лучше и закрепляются они надолго лишь тогда, когда они получаются, нужны каждый день и дают возможность ребенку быть самостоятельным.

Мы начали с развития навыка сидения. Обсуждая ежедневные домашние дела, мы выделили несколько постоянных, повторяющихся дел, которые необходимы для повседневной независимой жизни. Каждый день ребенок умывается, одевается, ест, играет, общается с мамой. Во всех этих важных делах значим навык сидения. Как сделать так, чтобы это стало умением ребенка, значимым для его повседневной жизни, обеспечивающим его независимость от другого человека? Мы начали обсуждать с мамой, что способствует тому, чтобы ребенок хорошо сидел?

В первую очередь - это способность удерживать равновесие, достаточно крепкие мышцы, чтобы удерживать тело в вертикальном положении, способность переносить центр тяжести с одной части тела на другую. Как обеспечить использование навыка сидения в течение дня в различных делах? В каких же ситуациях тренировать этот навык?

Во время игры. Это игры, в которых надо дотянуться до интересующей игрушки или предмета. Педагог подобрала игры, направленные на формирование баланса, координации и равновесия. Это качание на коленях «По кочкам, по кочкам – в ямку бух!»; стишки с движениями: «Идет бычок качается», «Едем-едем на лошадке по дорожке гладкой..». Мама располагала интересные игрушки так, чтобы Диме нужно было дотягиваться до них, тем самым «ловить» себя в пространстве, используя одну руку как опору, второй дотягиваясь до игрушки. Каждый раз победа вознаграждалась маминой похвалой и непосредственным удовольствием, получаемым от самой игры. Ситуация игры оказалась очень результативной для формирования навыка сидения. Для того, чтобы Дима мог играть сидя в стульчике, для более устойчивого положения мама начала использовать валик из полотенца, который на первых порах, укладывала в стульчике, во время самостоятельной игры, сидя за столом.

Одевание. Как и у многих детей ситуация одевания вызывала у Димы протест и мама пыталась очень быстро одеть ребенка, не обращая внимание на его сопротивление. В процесс одевания тоже были внесены изменения: одеваться стали медленно, но осознанно, да еще и решая очень важную для малыша задачу формирования схемы тела. Хотя это давалось очень тяжело, потому, что и Дима, и мама уже привыкли к тому, что этого ритуала есть «трудности».

Для укрепления мышечного корсета были подобраны положения тела, в которых Дима мог самостоятельно играть. Время пребывания в этих позах постепенно увеличивалось по мере укрепления мышц. Ребенку было интересно, и он мог достаточно долго играть с понравившейся игрушкой. Малыш начал сам добираться до интересующих его игрушек и предметов, которые мама не забывала специально положить в дальнем углу комнаты. Через несколько месяцев Дима стал увереннее сидеть и предпринял попытки к вставанию у опоры и ползанию.

Промежуточный результат: Дима мог сидеть достаточно уверенно и долго, устав он сам мог лечь на пол и отдохнуть. Расширился диапазон игровых манипуляций: Дима любил нажимать на кнопки, мог снять крышку с баночки. У Димы появилось звукоподражание: «ав-ав», «га-га», короткие слова «мама», «бух». В 1 год и 2 месяца Дима ползал настойчиво, целенаправленно и с удовольствием. Развитие навыков самообслуживания в домашних условиях так же было успешным.

Пришло время выходить в «свет», расширить социальный опыт. Дима начал посещать группу социализации. Это была группа детей от 1 года до 1,5 лет. В группе дети ходили, Дима ползал. Посещение групповых занятий было

очень полезным для получения опыта взаимодействия с другими детьми и взрослыми. Дима много наблюдал за другими детьми, усваивал правила, которые были приняты в группе. Через несколько месяцев групповых занятий появилась игра рядом и первые попытки совместной игры с другими детьми. На групповых занятиях Дима чувствовал себя комфортно. Первоначальная тревога мамы (вдруг обидят, как отнесутся к малышу родители других детей) снизилась. Мама увидела, что родители доброжелательны, общаются с ней и с Димой, также, как и с другими детьми и родителями.

Для нас, решение посещать группу Диме, было совершенно естественным и своевременным. В 3, 5 года Дима начал самостоятельно ходить (еще не очень уверенно, но уже без маминой руки или опоры), хорошо говорить, были сформированы гигиенические навыки. Мы начали готовить переход в детский сад: подбирать сад, проводить информационные семинары для педагогов сада, оговаривать условия пребывания. В 4 года Дима начал посещать обычный детский сад. В течение первого года посещение сада проходило в сопровождении волонтера (это было условие сада, они боялись, что ребенок будет много падать), в дальнейшем, Дима посещал сад без сопровождающего. В школу мальчик пошел в 8 лет.

На примере истории развития Димы мы уверены, что независимо от того, есть у ребенка какие-то сложности развития или нет, все дети должны расти и развиваться в естественных условиях – а это семья, детский сад, друзья, школа, независимое проживание.

Наиболее сложно, в реализации принципа «развитие в естественной среде», принять, что совершенно обычные, «не героические» действия, дома, рядом с мамой, во время обычной игры в среде детского сада или во дворе, могут быть полезны ребенку не менее, чем специально организованные занятия со специалистом.

Понимая это, мы начали проводить в своем центре небольшие информационные семинары для родителей, на которых рассказывали об организации домашней развивающей среды. Родители, которые поняли, что детей учит повседневность и то, что их окружает, начали больше наблюдать за детьми, их интересами, и видеть развивающие возможности в обычных делах.

РАННЕЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ: ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПАРАДИГМА

Соммер Дион
Факультет психологии, Орхусский университет, Дания
Прамлинг Самуэльссон Ингрид
Факультет педагогики, Гётеборгский университет, Швеция
Хундейде Карстен
Университет Осло, Норвегия.

Аннотация. Из исследований мы знаем, что ни одна программа раннего образования не может претендовать на абсолютное превосходство над остальными (National Research Council, 2001). Тем не менее, стремление найти универсальную программу, способную решить все проблемы и за- дачи, стоящие перед педагогическим сообществом, и предоставить качественное дошкольное образование детям всегда оставалось неизменным. В основу принципов современного ран- него образования, придающего центральное значение взглядам и интересам самих детей, заложена Конвенция ООН о правах ребенка. В этой теоретической статье мы рассмотрим ключевые аспекты личностно-ориентированного подхода к раннему образованию, различия между понятиями «мировосприятие ребенка» и «детское мировосприятие», а также взаимосвязь между ранним воспитанием и образованием. Семья и дошкольное учреждение являются двумя ключевыми контекстами, в которых формируется ранний опыт ребенка, поэтому и родители, и воспитатели должны быть открытыми к диалогу с ребенком, проявлять по отношению к нему максимум внимания и эмпатии, стремиться понять его мировосприятие. Не отстаивая преимуществ какой-либо конкретной учебной программы, мы намерены обратить внимание на некоторые важные аспекты раннего воспитания и образования.

Ключевые слова: Мировосприятие ребенка; детское мировосприятие; раннее воспитание и образование.

Введение: изменившийся контекст раннего воспитания и образования

Система дошкольных учреждений значительно расширилась за последние десять лет и продолжает расширяться по всему миру. Среди множества факторов, способствующих этой тенденции, стоит отметить рост числа работающих матерей и непрекращающуюся борьбу за равноправие женщин. Раннее воспитание, обучение и социализация, находившиеся на протяжении веков сугубо в сфере семейных отношений, приобрели в наши дни большую социальную значимость. В странах ОЭСР уже появилось первое поколение детей, большинство из которых, помимо домашнего воспитания, имеют опыт посещения дошкольных учреждений (UNESCO, 2008).

Увеличение числа детей, посещающих дошкольные учреждения, происходит на фоне все большего осознания важности дошкольного возраста в жизни человека. Не случайно одна из частей т.н. «Целей развития тысячелетия» посвящена необходимости обеспечить всех детей общедоступным образованием; по той же причине была составлена

программа «Образование для стабильного развития» (рассчитанная на десятилетний период с 2005 по 2014 гг.), в которой подчеркивается, что образование ребенка начинается с самого рождения. Однако мир, в котором мы живем, еще слишком далек от принятия этих взглядов. В большинстве стран дошкольные учреждения не являются частью государственной образовательной системы, а дети дошкольного возраста традиционно делятся на две возрастные категории – до и после трех лет (Bennett, Kaga, and Moss, 2010). Тем не менее, исследования в сфере дошкольной педагогики приводят к неизменному выводу: раннее начало высококачест- венного дошкольного образования способно оказать большой положительный эффект на развитие ребенка – как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе (Clarke-Stewartand Allhusen, 2005; The NICHD Early ChildCareResearchNetwork, 2005).

Можно по-разному понимать и реализовывать «программы» дошкольного образования. В данной статье мы попытаемся взглянуть на них сквозь призму личностно-ориентирован- ной парадигмы (child perspective paradigm).

В основе этой парадигмы лежат интерпретативный психологический подход к дошкольному воспитанию и ориентированный на ребенка подход к дошкольному образованию (подробнее об этих подходах см. Sommer, Pramling Samuelsson, and Hundeide, 2010). Эта парадигма исходит из того, что детям должна быть предоставлена возможность высказывать свое мнение и быть услышанными, а взрослые должны уделять им максимум внимания и относиться к ним как к компетентным личностям. В ее основу заложены принципы Конвенции ООН о правах ребенка (1989 г.), ратифицированной 192 странами. Личностно- ориентированная парадигма исходит из того, что дети обладают собственным опытом, миропониманием и способностью к самостоятельным решениям. В данной статье мы подробно рассмотрим, что представляет собой личностно-ориентированная парадигма и к каким результатам может привести ее внедрение в сферу раннего образования. Личностно-ориентированная парадигма позволит нам по-иному взглянуть на взаимоотношения взрослых и детей. Статья призвана продемонстрировать, каким образом личностно-ориентированная парадигма может быть применена на практике (диалоговый подход к взаимоотношениям ребенка и взрослого) и что могли бы представлять собой ранние образовательные практики, построенные на ее основе.

Мы начнем с представления двух понятий: «мировосприятие ребенка» (‘child perspectives’) и «детское мировосприятие» (‘children’s per- spectives’). Несмотря на кажущееся сходство, между ними существуют серьезные концептуальные различия. Затем мы перейдем к пяти основным аспектам практического применения личностно-ориентированной парадигмы. Наконец, мы представим концепцию «двойной социализации», которая:

1) послужит иллюстрацией к изменившемуся контексту раннего воспитания и образования, осуществляемого как в рамках семьи, так и в рамках дошкольного учреждения;

2) станет основой для наших рассуждений относительно диалогового подхода к раннему воспитанию и образованию, а также ключевых аспектов практического применения личностно-ориентированной парадигмы в сфере дошкольного образования.

Наконец, в заключение мы сделаем выводы о том, чем личностно-ориентированная парадигма отличается от других подходов к детскому воспитанию и образованию.

«Мировосприятие ребенка» и «детское мировосприятие» в раннем воспитании и образовании: представление понятий

О понятиях «мировосприятие ребенка» и «детское мировосприятие» невозможно говорить в отрыве от контекста, поскольку они органически связаны с теми или иными системами ценностей, теориями и взглядами (Sommer et al, 2010). Начнем с того, что почва, на которой возникли эти и подобные им понятия, была подготовлена Конвенцией ООН о правах ребенка (1989 г.). Предоставление ребенку права быть «услышанным» и «увиденным», права на полноценное участие во всем, что касается его жизни, ознаменовало серьезные перемены в детской политике. Право ребенка быть услышанным является первостепенным условием для воплощения в жизнь личностно-ориентированного подхода. Все это неразрывно связано с позднемодернистскими западными воззрениями, согласно которым каждый человек, будучи уникальным индивидуумом (Greenfield, 2006), автоматически удостаивается набором базовых прав – в качестве «подарка на день рождения» (Moghaddamand Riley, 2005). Не случайно центрированность на ребенке, являющаяся ключевым условием для разработки новой теоретической основы профессионального воспитания и образования, приобрела особую социальную значимость во многих странах мира.

Понятия «мировосприятие ребенка» и «детское мировосприятие» приобрели большую популярность, однако в то же время в них вкладывают различные смыслы. В этом можно убедиться, обратившись к новейшим исследованиям в области детской социологии, антропологии, психологии и педагогики (см, например: Lewisand Lindsay, 2000; Qvortrup, Corsaro, and Honig, 2009; Sommer et al, 2010; Sommer, 2012). Различное применение относительно новых концептов обусловлено тем, что научному сообществу еще не удалось выработать общего их понимания, особенно если речь идет о сложных или узкоспециальных концептах. Поэтому обращение к концептам «мировосприятие ребенка» и «детское мировосприятие» в рамках исследований в области раннего воспитания и образования требует выработки максимально четкого их понимания. В концептуализации этих понятий могут помочь некоторые из «новых взглядов на ребенка», возникшие вслед за так называемой «сменой парадигм», а именно: детская психология, интерпретативная психология, экологически-ориентированное обучение (см., например, Hundeide, 2006; Sommer, 2012).

Что же именно мы будем подразумевать под выражениями «мировосприятие ребенка» и «детское мировосприятие»? Большое значение здесь играет возраст. Чем младше дети, чем меньшими вербальными навыками они обладают, тем сложнее применить к ним эти понятия. Эта проблема затрагивалась несколько десятилетий назад: «Поскольку мы не имеем возможности проникнуть в сознание младенца, попытки представить себе, что он чувствует и думает, представляются бессмысленными. А ведь именно этих знаний нам более всего недостает… Мы можем полагаться только на свои гипотезы относительно младенчества» (Stern,1985, 4).

Даже принимая непосредственное участие в воспитании и образовании детей, взрослые не имеют возможности узнать об их опыте из первых рук. Однако максимальное внимание к паттернам поведения, реакциям и высказываниям ребенка, интерпретация всего этого посредством эмпатического воображения могут положить начало качественно новому профессиональному пониманию того, как ребенок воспринимает окружающий мир. Одним из первых исследователей, обратившихся к понятию «мировосприятие ребенка», стал У. Бронфенбреннер (Bronfenbrenner, 1979). Забота об интересах ребенка предполагает подлинное стремление взрослого человека понять его опыт и мировосприятие. Опыт и мировосприятие детей и взрослых отличаются друг от друга, однако между ними должны, как минимум, существовать точки соприкосновения и согласования умов. Обращаясь к личностно-ориентированному подходу, взрослый стремится к сопереживанию и пониманию мировосприятия ребенка. Это является первостепенной задачей, стоящей как перед родителями, так и дошкольными воспитателями.

Обратимся к определениям:

1) Интерес к «мировосприятию ребенка» предполагает стремление взрослого понять и интерпретировать опыт, высказывания и действия ребенка. Это понимание не может всецело соответствовать действительности, поскольку, несмотря на желание как можно полнее постичь опыт ребенка, взрослый всегда будет смотреть на него сквозь призму своего собственного мировосприятия.

2) Под «детским мировосприятием» мы понимаем опыт, взгляды и понимания детей как таковых. В отличие от первого концепта, здесь имеет место феноменологический аспект, т.е. речь идет о мире ребенка как абстрактном феномене. Именно к пониманию последнего и стремятся исследователи.

Эти определения представляют важность для нашей работы. Большое количество исследований детства, несмотря на всю свою значимость, обходят стороной личностно-ориентированную парадигму. Во-первых, ее не принимают во внимание различные теории в области возрастной психологии, в которых ребенок рассматривается как объект исследования. Во-вторых, хотя на личностно-ориентированной парадигме основаны некоторые из

новейших исследований детства, теоретическая основа остальных остается весьма неясной (см., например,Sommer et al. 2010).

Обратимся к пяти основным условиям, необходимым для практической реализации личностно-ориентированного подхода.

Пять основных условий, необходимых для практической реализации личностно-ориентированного подхода

Обращаясь к личностно-ориентированному подходу, взрослый стремится понять опыт, мировосприятие и миропонимание ребенка, с которым он находится в непосредственном взаимодействии. Реализация этого подхода на практике требует выполнения пяти основных условий. Выполнение этих условий позволит раннему воспитанию (начинающемуся с рождения) и раннему образованию в большей степени соответствовать детским интересам.

1) Отношение к ребенку как к личности. Обязательным условием личностно-ориентированного подхода является отношение к ребенку как к личности, которая наравне с остальными людьми имеет право на внимание к себе, уважение, самореализацию, любовь, следование примеру других. Относясь к ребенку как к личности, взрослый сопереживает ему, ставит себя на его место, пытается понять его мировосприятие. В этом заключается основная суть личностно-ориентированного подхода.

2) Эмпатия к ребенку является еще одним условием личностно-ориентированного и гуманистического подхода. Взрослый должен уметь «видеть лицо ребенка», понимать его поведение и быть способным адекватно на него ответить, быть эмоционально открытым, оказывать ребенку моральную поддержку, устанавливать с ним доверительные взаимоотношения. Такой подход помогает создать тесную взаимосвязь между взрослым и ребенком, способствует моральному благополучию последнего и его способности исследовать и понимать окружающий мир.

3) Интерпретативный подход к высказываниям и взглядам ребенка. Все, что высказывает ребенок, должно рассматриваться как выражение его личного опыта и мировосприятия. Эти высказывания самоценны, и к ним не следует относиться снисходительно. Личностно- ориентированный подход предполагает отношение к высказываниям и действиям ребенка как к явлениям, наполненным смыслом и логикой, которые требуют раскодирования и интерпретации со стороны взрослого.

4) Внимание и поощрение инициатив, ис- ходящих от ребенка. Инициативы, исходящие от ребенка, следует направлять в соответствии с поставленными образовательными целями. Также следует поддерживать и стимулировать интересы, эмоции и любопытство ребенка, играющие важную роль в его развитии. Разумеется, на взрослых лежит задача определения образовательных целей. Эти цели не обязательно должны принадлежать ребенку, однако они должны формулироваться в диалоге с ним. Подобный образовательный подход иногда называют «скаффолдингом» (Wood, Bruner,

and Ross,1976; Bruner, 1990) или «направляемым участием» (Rogoff, 1990). Он подразумевает поддержку и направление взрослым инициатив ребенка, без доминирования над ним и навязывания ему своей воли. Занимаясь вместе с ребенком каким-либо делом, взрослый может обогащать его опыт, обращая его внимание и объясняя ему явления окружающего мира, оказывая ему эмоциональную поддержку, стимулируя его интересы и инициативы (Kleinand Hundeide, 1995; Rogoff, 2004).

5) Раннее воспитание и образование является диалогом между ребенком и воспитателем/учителем, которые совместно стремятся к достижению образовательных целей. Главную роль в этом диалоге иногда играет педагог, иногда – сам ребенок. Ребенок адресует взрослому выразительные сигналы и высказывания с тем, чтобы получить на них ответ. И ребенок, и педагог являются соучастниками образовательного процесса и в равной степени ответственны за его результаты.

Выполнение этих условий способно изменить педагогический процесс. Например, некоторые сигналы и высказывания, исходящие от детей, могут восприниматься взрослыми как неважные и не заслуживающие внимания, и, как следствие, они полностью игнорируются или не получают адекватного ответа. В условиях повышенной учебной нагрузки и стрессов чрезмерно капризный или тихий ребенок может полностью игнорироваться педагогами. Такая ситуация была бы невозможна, если приведенные нами пять условий личностно-ориентированного подхода стали выполняться в ходе педагогического процесса.

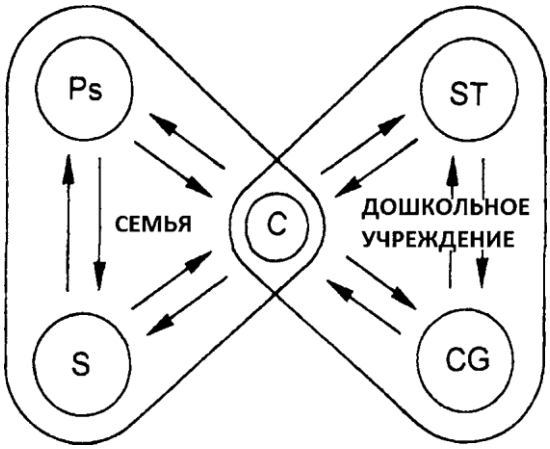
Две арены раннего воспитания и образования: модель «бабочка»

Модель «бабочка» является графической иллюстрацией сферы раннего воспитания и образования (Схема 1). Эта модель была разработана для анализа состояния раннего образования в странах ОЭСР, а также в других частях света, где дошкольники воспитываются и обучаются не только родителями дома, но и воспитателями в дошкольных учреждениях. Модель «бабочка» может представлять интерес в странах, где так называемая «революция» дошкольного образования уже состоялась или происходит в настоящее время.

Говоря о двух пространствах раннего воспитания и образования (детский сад и семья), мы имеем в виду не их альтернативность, а их взаимодополняемость. Они оказывают различное воздействие на ребенка. Так, семейное воспитание предполагает более тесную связь между ребенком и взрослым, нежели воспитание в рамках дошкольного учреждения. В семье ребенок часто имеет возможность общаться с братьями и сестрами, тогда как в дошкольном учреждении его окружают сверстники.

Центральный компонент этой модели (C) – ребенок. Хотя он вовлечен в различные контексты и взаимоотношения с другими компонентами (Ps, S, ST, CG), основным аспектом его воспитания и образования является его личный опыт и активное конструирование смыслов. Личностно-

ориентированный подход начинается с желания взрослого понять, каким образом ребенок воспринимает оба аспекта своего воспитания и образования.



Семья

C: Ребенок Ps: Родители

S: Братья/сестры Взаимоотношения в контексте семьи

Дошкольное учреждение

C: Ребенок

ST: Воспитатели

CG: Одногруппники Взаимоотношения в контексте дошкольного учреждения

Схема 1. «Бабочка» двойной социализации.

«Бабочка» двойной социализации имеет три основных компонента:

1) Педагоги, учащиеся и агенты социализации.

2) Взаимоотношения ребенка с основными действующими лицами и группами лиц в сфере домашнего и институционального воспитания. Поскольку «бабочка» представляет собой целостную систему, все взаимосвязи, независимо от того, вовлечен ли ребенок в них непосредственно, представляют для него большое потенциальное значение.

3) Ребенок как активный интеграториобработчик информации, поступающей с обеих сторон.

Модель «бабочка» является открытой, и ее можно применить к широкому спектру образовательных контекстов. В нашей статье она послужит для представления личностно-ориентированной парадигмы и диалогового подхода к ребенку в контексте семьи и дошкольного учреждения.

Применение диалогового подхода к раннему воспитанию и образованию

Итак, внимание и способность взрослого интерпретировать сигналы, исходящие от ребенка, является ключевым условием качественного воспитания и образования. Все действия детей «понятны» родителям, поскольку последние проецируют на них свои собственные смыслы. Например, когда младенец издает неопределенные звуки, его мама, как правило, говорит: «Вот послушайте его! Да. Я права. Расскажи мне все! Ты у меня такой разговорчивый!» (Trevarthen, 1992, 11).

Взрослый всегда стремится усмотреть определенный смысл, желания и эмоции в высказываниях ребенка, интерпретировать и ответить на них. На этих интерпретациях строится диалог, представляющий собой позитивное и веселое занятие для обеих сторон. Это следует подчеркнуть особо, потому что слово «воспитание» часто вызывает не самые веселые ассоциации. Качественное воспитание невозможно без позитивных и радостных моментов, укрепляющих взаимоотношения между взрослым и ребенком. Улыбка или другие проявления радости со стороны ребенка не оставляют равнодушным чувствительного взрослого, который, как правило, отвечает ему тем же. Взрослый имитирует детские движения и звуки, реагирует на желания и намерения ребенка. Именно такой тип общения, известный под названием «материнский язык», способствует укреплению уз между взрослым и ребенком. Поддержка и стимулирование этой формы общения очень важна с точки зрения раннего влияния взрослого на ребенка (Braten, 1999; Rye, 2003).

Однако между вниманием взрослого к ребенку и способностью понять и правильно интерпретировать сигналы последнего может существовать большая разница. Взрослые воспринимают некоторых детей как «трудных», «капризных» и «избалованных». В этих случаях интерпретация исходящих от ребенка сигналов может быть пристрастной, находясь под влиянием общего неблагоприятного впечатления. Это представляет собой серьезную педагогическую проблему. Если сигналы ребенка не получают должного внимания и ответа, весь воспитательный процесс замедляется или останавливается. Восприимчивость или невосприимчивость к исходящим от ребенка сигналам зависит от общей позиции взрослого по отношению к последнему. Невосприимчивость взрослого к сигналам ребенка может стать причиной неполноценного воспитательного процесса.

Внимательный взрослый не способен проигнорировать или остаться равнодушным к сигналам ребенка. В их интерпретации ему зачастую помогают воспоминания из собственного детства. Ребенок активирует спонтанные реакции взрослого, которым Тревартхен (Trevarthen, 1992, 2) дает определение «эффективных комплементарных ответов».

В отличие от «рефлексивной децентрации» Ж. Пиаже (восприятие другого), эта реакция обычно бывает мгновенной и спонтанной (Hoffmann, 2000). Спонтанная эмпатическая реакция пробуждает в большинстве взрослых желание помочь и окружить ребенка заботой. За этим следует действие со стороны взрослого, адаптирующего свой ответ в соответствии со

своей интерпретацией полученного от ребенка сигнала. Таким образом, не существует единственно правильного ответа на тот или иной сигнал. Одни и те же сигналы ребенка могут быть интерпретированы по-разному и, как следствие, реакция на них со стороны взрослых также может быть различной. Например, плач ребенка – это призыв, чтобы его покормили или успокоили? Или это выражение упрямства? Или это способ привлечь к себе внимание? Здесь все зависит от интерпретации.

Однако коммуникативный процесс не оканчивается ответом взрослого на сигнал со стороны ребенка. За ним следует реакция ребенка на этот ответ. Хочет ли ребенок, чтобы его успокаивали? Ответ взрослого будет считаться неэффективным, если ребенок отвергнет или не отреагирует на него, если он окажется недостаточным или не будет соответствовать ситуации ребенка. Идеальные взаимоотношения между взрослым и ребенком предполагают, что последний всегда принимает ответы первого, которые адекватны и своевременны.

«Гармоничные взаимоотношения предполагают, что взрослый замедляет темп своей речи, утрирует и повторяет свои жесты, подражает мимике и поведению младенца, не перебивает и не переутомляет его. Такое общение привлекает и занимает внимание младенца» (Field, 1990, 124).

Д. Стерн (Stern, 1985, 1995) обращает внимание в своих работах на некоторые клинические случаи, когда общение взрослого и ребенка было выстроено настолько неумело и не соответствовало эмоциональному состоянию последнего, что его влияние оказывалось негативным: например, поведение благожелательного, но доминирующего и нечувствительного родителя может идти вразрез с потребностями, жизненным ритмом и общим состоянием ребенка. Напротив, когда общение согласуется с потребностями или проблемами ребенка, оно имеет благотворный и излечивающий эффект.

Ребенок успокаивается, перестает плакать, ощущает чувство удовлетворения. Об этом он и сигнализирует взрослому, подтверждая, что его ответ был принят и оказал должное воздействие. Это подтверждение очень важно во взаимоотношениях взрослого и ребенка, а также в воспитательном процессе как таковом (Hundeide, 2000). Таким образом, раннее воспитание и образование можно понимать, как личностно-ориентированный диалогический процесс, в котором и взрослый и ребенок стремятся к достижению общих целей.

Личностно-ориентированный подход к раннему образованию

Профессиональное раннее образование, куда входят дошкольные учреждения (ясли, детские сады, подготовительные группы), относится к правому крылу «бабочки» двойной социализации (Схема 1). С точки зрения личностно-ориентированного подхода к раннему образованию, дошкольный педагог играет центральную роль в оценке взглядов и интересов ребенка (Pramling Samuelsson and Asplund Carlsson, 2008). Качественная программа раннего образования должна быть основана на личностно-ориентированном

подходе. Этот подход требует понимания особенностей детского развития (Hundeide, 2006; Pramling Samuelsson and Asplund Carlsson, 2008; Sommer, 2012), а также различий между детским и взрослым мировосприятием. Он также требует, чтобы взрослые прислушивались к мнению детей и стимулировали их на выражение своих мыслей и чувств. Несомненно, в некоторых своих аспектах повседневная жизнь ребенка не отличается от повседневной жизни взрослого. Личностно-ориентированный подход позволяет взрослому рассматривать ребенка одновременно в его настоящем состоянии в его развитии (Prout, 2005).

Чтобы лучше понять ребенка, взрослый должен относиться к нему как к неповторимой личности, анализировать его опыт, выраженный как в «видимых» действиях, так и «ментальных актах». Взрослому необходимо задумываться о том, как сам ребенок воспринимает занятия, в которых он принимает участие. Речь ребенка может служить отражением его опыта, понимания и восприятия окружающего мира. Обратимся к этому вопросу подробнее.

Реализация образовательных целей, сформулированных в различных учебных программах, невозможна без посреднической роли педагога. Исследования показывают, что между взглядами дошкольных педагогов и их подопечных на те или иные занятия могут существовать серьезные различия. Например, воспитатели одного дошкольного учреждения, желая научить детей понимать концепт времени, организовали занятие, в ходе которого дети своими руками мастерили часы (Pramling, 1983). Это один из примеров личностно-ориентированного подхода, поскольку объяснения педагогов были конкретизированы за счет изготовления материальных объектов самими детьми. Однако многие дети восприняли это занятие именно как изготовление часов в физическом смысле, поэтому концепт времени не был ими освоен. Таким образом, одно и то же занятие может восприниматься по-разному детьми и педагогами. Для предотвращения таких ситуаций педагогам необходимо разрабатывать образовательное содержание во взаимодействии с детьми, принимать во внимание особенности их мировосприятия. Дети должны иметь возможность высказывать свои чувства и мысли по поводу занятий, в которых они участвуют. В свою очередь, и самим педагогам следует в доступной и занимательной форме делиться с детьми своими мыслями об этих занятиях.

Основной вопрос заключается в том, чему педагоги (или учебные программы) хотят научить детей? Какими концептами, представлениями и понятиями ребенок должен овладеть уже в раннем возрасте? Задаваясь целью сформировать детские способности, мировосприятие, взгляды и ценности, педагоги должны иметь четкие ответы на эти вопросы. Педагог должен внимательно управлять учебным процессом. Предмет обучения – это понятие или феномен, на котором воспитатель фокусирует внимание детей (Marton et al, 2004; Pramling Samuelsson and Asplund Carlsson, 2008). Ему следует ответить себе на вопрос: что именно я хочу развить в своих подопечных?

Однако освоение детьми того или иного содержания зависит от его восприятия и понимания этого предмета дошкольниками. В то же время, успешность формулировки предмета обучения зависит от качества взаимодействия педагога и детей, в частности, от роли, которая предоставлена последним в этом взаимодействии.

Даже овладение определенными телесными движениями требует большего, нежели многократное их повторение. Простое повторение одних и тех же движений тела не всегда развивает в ребенке механическую память, как того хотели бы дошкольные учителя. Необходимо также, чтобы ребенок понимал важность и смысл этих движений (Wallerstedt, Pramling, and Pramling Samuelsson, 2011).

Педагогический подход, сфокусированный на определенном предмете обучения, должен не только согласовываться с целями, поставленными воспитателем, но и с возможностями, интересами, компетенцией и инициативами самих детей. Повторим еще раз наш тезис: если педагог не навязывает ребенку свои инициативы, а только направляет и поддерживает его на пути к усвоению предмета обучения, ребенок начинает развивать «собственный учебный опыт». Ключевая задача в том, чтобы согласовать предмет обучения с возможностями и компетенцией детей, т.е., обращаясь к концепции Л. С. Выготского, «функционировать в зоне ближайшего развития ребенка» (Vygot- sky, 1978; см. также Wood, 1998).

Обратимся к примеру раннего обучения, математике. Выделяется пять принципов математического обучения (Gelmanand Gallistel, 1978):

1) принцип «один к одному»;
2) принцип стабильного порядка;
3) кардинальный принцип (последнее число при подсчете указывает на общее количество предметов);
4) принцип абстракции;
5) принцип иррелевантного порядка. Проиллюстрируем эти принципы на примере работы детей с карточками со звездами (Рис. 1) в рамках проведенного исследования (Doverborg and Pramling Samuelsson, 1999).

Принцип 1: дети соотнесли звезды с пальцами на руках.

Принцип 2: звездам были даны номера, то есть дети использовали для них имена числительные.

Принцип 3: многие дети сосчитали количество звезд на карточках («Один, два, три, четыре… Всего четыре»). Этим они продемонстрировали свое знание того, что последнее число при подсчете указывает на общее количество предметов. Все дети поняли, что звезды можно подсчитать.

Принцип 4: подсчет можно начать с любой звезды.

Принцип 5: каждую звезду можно подсчитать лишь один раз.

Описанный подход, в котором механические движения способствовали освоению детьми понятия чисел, требовал от воспитателя четко поставленной учебной цели и внятного представления о ключевых средствах

для ее реализации (Doverborg and Pramling Samuelsson, 2011). Подобный подход предполагает, что дети достигают поставленной перед ними учебной цели своими путями, формулируя свои собственные понимания. При этом педагог должен знать результат, к которому приведет тот или иной путь. Здесь все зависит от уровня профессионализма. Педагоги, даже хорошо владея учебным материалом, порой воздерживаются от его преподавания. Вместо этого они создают игровые учебные ситуации, поощряя детей к учебной деятельности своим внимательным и эмпатическим отношением, а также предоставляя им возможность для самовыражения (Pramling Samuelsson and Asplund Carlsson, 2008).

Рис 1. Карточки со звездами для счета.

Другой важной составляющей высококачественной личностно-ориентированной педагогики является межличностная коммуникация. Мы имеем в виду не только непосредственное взаимодействие и диалог между педагогом и ребенком, но и метауровень общения (метапознание, метакоммуникация). Умение педагога вовлечь детей в различные виды межличностной коммуникации является важным условием для успешного учебного процесса. Однако педагоги имеют разный уровень коммуникативных навыков и, что немаловажно, умения стимулировать детей к самовыражению (ключевые навыки для профессионального педагога). Маленькие дети не всегда открыты к общению. Поэтому педагог должен дать им почувствовать, что ему интересно то, о чем они могут ему рассказать, и что это действительно стоит того, чтобы быть рассказанным (Doverborg and Pramling Samuelsson, 2000). Общение на метауровне начинается с того, что взрослый приглашает ребенка вступить с ним в диалог. Каждый педагог должен задаться вопросом, способствует ли создаваемая им обстановка тому, чтобы он мог услышать каждого ребенка, оказать ему поддержку, учесть его мнение в принятии решений, связанных с учебным процессом. Метадиалог между педагогом и ребенком возможен при их взаимной открытости.

Концепция метадиалога основана на противопоставлении участия в какой-либо деятельности восприятию этой деятельности (Pramling and Pramling Samuelsson, 2011; Wallerstedt and Pramling, 2011). На метауровне человек рассуждает о том, что он делает и как он это делает. Эти рассуждения необходимы детям для понимания смысла занятий, в которых они участвуют. Когда дети играют в «магазин», они обычно имитируют традиционный магазин, в котором товары продаются через прилавок, то есть такой тип магазина, с которым в современном городе мало кто из них сталкивался. Невмешательство в игры детей можно рассматривать как одну из составляющих личностно- ориентированного подхода, однако дошкольным учителям надлежит объяснять играющим детям некоторые

особенности окружающего мира, о которых детям следовало бы знать. В своем исследовании И. Прамлинг (Pramling, 1991) обращает внимание на совместную игру воспитателя и детей в «супермаркет», на которую их вдохновило посещение реального супермаркета. В этой игре воспитатель помог детям воспроизвести всю работу супермаркета: закупку и доставку продуктов, установление цен, размещение товара по полкам, покупку продуктов покупателями и т.д. Они даже организовывали рекламные кампании для продажи некоторых товаров. Благодаря этой игре, а также последующему обсуждению и обмену мнениями о том, что они делали и зачем, детям стала понятна идея супермаркета как целостной системы. Метадиалог между педагогом и детьми, в ходе которого они обсудили, что и зачем они делали, играя в «супермаркет», для чего нужна реклама и т.д., позволил детям понять многие вещи (чего не скажешь о детях, которые играли в «магазин» сами по себе). Метадиалог имеет много общего с концептами «трансценденции» и «метапознания» (Klein and Hundeide, 1995).

Метадиалог является одним из средств, позволяющих детям понять, что педагог хочет от них и зачем. Ключевая задача дошкольного педагога заключается в предоставлении детям возможности увидеть, сфокусироваться и понять вещи и феномены, которые они не замечали раньше. Немаловажно и то, каким способом воспитатель добивается этого. Ребенок по-своему воспринимает и понимает каждый эпизод, в котором он принимает участие (либо как наблюдатель, либо как непосредственный участник). Задача педагога – показать ему, что у других детей тоже есть свое мнение по поводу того или иного эпизода, которое может не совпадать с его собственным мнением.

В целеориентированном образовательном контексте дошкольного учреждения перед педагогом стоит задача (прописанная в учебной программе) стимулировать раннее обучение детей в различных сферах компетенции. Кляйн и Хундейде (1995) называют это «медиацией смыслов». Другими словами, ключевая задача дошкольного педагога заключается в направлении детского внимания на наиболее важные аспекты различных эпизодов и областей знания. Это включает в себя стимулирование детского любопытства и «жажды к исследованию и постижению». Фокусируя внимание детей на чем-либо, уча их рассуждать и выражать свое мнение, воспитатель делает их более открытыми окружающему миру. Ему следует производить это в диалоге с детьми, принимая во внимание взгляды каждого ребенка.

Несмотря на свои различия, предмет обучения и процесс обучения являются взаимозависимыми понятиями. Приведем в качестве примера музыкальное занятие в одном дошкольном учреждении (Pramling Samuelsson et al, 2008). Педагог включил детям музыку и дал им задание рисовать. Предмет обучения здесь не был связан с музыкой, а воспитатель дал это задание, не принимая во внимание интересы детей. Занятие записывалось на видео. Дети стояли вокруг стола и рисовали то, с чем, по их мнению,

ассоциируется звучащая музыка – задание, которое даже взрослым показалось бы трудным. Через несколько минут педагог остановил музыку и сказал детям передвинуться к рисункам своих соседей справа. Дети кричали «Нет!», однако, в конце концов, подчинились и перешли к чужим рисункам, чтобы их продолжить. Такой переход был проделан несколько раз, после чего занятие окончилось, и воспитатель повел всех умываться, потому что дети испачкали красками руки и лица. На вопрос наблюдателей, чему она хотела научить детей (предмет обучения), воспитатель ответил: «Межличностному взаимодействию через совместное рисование». Учебная цель, которую она преследовала, была непонятна детям и была мало связана с музыкой, при этом педагог была уверена, что подобное занятие поможет детям наладить межличностное взаимодействие.

После обсуждения видеозаписи и объяснения педагогу, почему то, что она воспринимала как само собой разумеющееся, вовсе не было очевидно детям, исследователи посетили еще одно ее занятие. На нем она рассказала детям о форме музыкальной композиции (структура, темп и т.д.), проигрывая для них различные ее части. Затем последовало обсуждение и обмен впечатлениями о прослушанной музыке. Педагог снова попросила детей изобразить свои ассоциации с этой музыкой в виде рисунков. На этот раз рисунки детей в большей степени отражали их впечатления от прослушанного. Дети рисовали в два захода: отображали свои чувства во время прослушивания музыки (эти рисунки получились весьма абстрактными) и передавали свои ассоциации на бумагу после обсуждения прослушанной музыки с педагогом (Pramling Samuelsson et al, 2008).

Хотя целью раннего образования является оказание детям поддержки и развитие у них различных навыков и знаний, их собственные взгляды и понимание окружающего мира должны приниматься во внимание и служить основой для планирования учебного процесса. Учебный процесс должен всегда быть открытым новым идеям и смыслам (Pramling Samuelsson, 2011).

Отличия личностно-ориентированной парадигмы от других образовательных подходов: пример

В заключение мы намерены наглядно представить преимущества личностно-ориентированной парадигмы через противопоставление ее другим образовательным подходам.

Разработка высококачественных ранних образовательных программ – это задача, стоящая перед всем мировым сообществом. Образовательные программы скандинавских стран были названы лучшими среди 25 стран ОЭСР (UNICEF, 2008). Оценка производилась по широкому ряду критериев, в том числе предоставление родителям отпусков по уходу за детьми или наличие достаточного количества мест в дошкольных учреждениях. Однако подобные международные оценки в недостаточной мере принимают во внимание такие трудноуловимые факторы, как межличностное взаимодействие и коммуникация между педагогами и детьми. В

исследованиях показано, как некоторые страны стремятся сделать свое дошкольное образование более игровым (Китай) или более демократичным и равным (Чили, Швеция), тогда как другие страны стремятся к переосмыслению его теоретических основ, уделяя больше внимания социокультурным аспектам образования (Австралия, Новая Зеландия) (Pramling Samuelsson and Fleer, 2008). Социокультурная образовательная парадигма, рассматривающая ребенка в его настоящем состоянии (повседневная жизнь, взаимоотношения, опыт), приходит на смену подходу Ж. Пиаже, рассматривающему ребенка в его развитии, в процессе перехода от одной стадии развития интеллекта к другой (James, Jenks, and Prout, 1998; Qvortrup, Corsaro, and Honig, 2009). При этом психология развития также претерпела смену парадигм, связанную с отказом от универсального стадиального взгляда на детское развитие (Sommer, 2012).

Существует два противоположных подхода к раннему образованию:

1) Социопедагогический подход, берущий начало в учениях Ф. Фребеля и его последователей. Этот подход уделяет основное внимание играм, инициативам детей, простым повседневным занятиям, при отсутствии доминирующей роли взрослых (Clarke-Stewart and Allhusen, 2005).

2) Академический подход, мало отличающийся от принципов школьного образования и делающий акцент на обучении детей счету, письму и чтению; взрослые играют здесь доминирующую роль (Bennett, Kaga, and Moss, 2010).

Борьба за человеческие ресурсы в современном мире все настойчивее диктует необходимость в раннем академическом образовании, позволяющем детям приобретать базовые знания и навыки уже в дошкольном возрасте. Основное отличие между обоими подходами к раннему образованию заключается в том, что социопедагогический подход центрирован на ребенке и его интересах, тогда как академический подход центрирован на конкретных знаниях и навыках.

Тем не менее, результаты исследований показывают, что игровая и социопедагогическая модель образования делает детей лучше подготовленными к начальной, а возможно, и к средней школе (Marcon, 2001; National Research Council, 2001; Elkind, 2003). Наши исследования привели нас к важному заключению: эффект от раннего академического образования на ребенка проявляется только в период, когда это образование непосредственно осуществляется. Академическое обучение в раннем возрасте приносит либо негативные, либо недолговечные результаты (Curtis and Nelson, 2003; Clarke-Stewart and Allhusen, 2005). Беспокойство по поводу негативных последствий чрезмерной «академизации» раннего детского развития, продиктованной политическими, идеологическими и экономическими интересами, было выражено рядом ведущих исследователей раннего детства в Сантьягской Декларации 2007 г. (www.jsmf. org/santiagodeclaration/).

Что такое личностно- ориентированная парадигма? Заключение

Согласно личностно-ориентированной парадигме, каждый ребенок является уникальной и компетентной личностью (Sommer, 2012). Он не только получает знания, но и обладает собственным мнением касательно этих знаний и предмета обучения. Этот активный ученик формирует свои идентичность и знания во взаимодействии с воспитателями, которые воспринимают его не только как уникальную личность, но и как конструктора своих знаний и ценностей.

Раннее образование – это не столько продукт, сколько процесс, движимый инициативами детей и педагогов, сочетающий постижение детьми феноменов культуры, укрепление в них чувства уверенности в себе и веры в свои возможности. Как уже отмечалось выше, обращение к личностно-ориентированной парадигме предполагает предоставление детям возможности стать полноправными участниками диалога с воспитателями, вовлекающими новые поколения граждан в учебный процесс, построенный на принципах демократии и гуманизма. Личностно-ориентированный подход к раннему образованию также предполагает выстраивание доверительных взаимоотношений между детьми и педагогами, предоставляя первым достаточный простор для проявления инициативы.

В центре внимания личностно-ориентированной парадигмы находится личный опыт ребенка в условиях двойной социализации раннего воспитания и образования. Понять этот опыт родителям и педагогам помогает диалог с ребенком, основанный на подлинном интересе к мировосприятию и взглядам последнего. Этот диалог необходим для полноценного раннего развития.

Примечания

Модель «бабочка» была использована в рамках исследовательского проекта «Детство, общество и детское развитие в скандинавских странах», отчет о котором был опубликован в 1988 г. (Denciketal, 1988). В общемировом контексте эта модель была рассмотрена в работе Соммера (см. Sommer, 2012).

Литература

1. Bennett, J., Y. Kaga, and P. Moss. 2010. Caring and Learning Together: A Cross-national Study of Integration of Early Childhood Care and Education within Education. Paris: UNESCO.
2. Braten, S. 1999. Kommunikasjon og samspill – fra fшdsel til alderdom (Communication and Interplay from Birth to Old Age). Oslo: Tano-Aschehoug.
3. Bronfenbrenner, U. 1979. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge: Harvard University Press.
1. Bruner, J. 1990. «The Transactional Self.» In Making Sense, edited by J. Bruner and H. Haste. London: Routledge.
4. Clarke-Stewart, A., and V. D. Allhusen. 2005. What We Know About Child Care. Cambridge, MA: Harvard University Press.
5. Curtis, W. J., and C. A. Nelson. 2003. «Toward Building a Better Brain.» In Resilience andVulnerability, edited by S. S. Luthar, 463–488. Cambridge: Cambridge University Press.

6. Dencik, et al. 1988. Barnens tve vдrlder (The Child's Two Worlds). Stockholm: ESSELTE Studium.
7. Doverborg, E., and I. Pramling Samuelsson. 1999. «Apple Cutting and Creativity as a Mathematical Beginning.» Kindergarten Education: Theory, Research and Practice 4 (2):87–103.
8. Doverborg, E., and I. Pramling Samuelsson. 2000. Att fцrste barns tankar: Metodik fцr barnintervjuer (Understanding Children's Thoughts: A Method for Interviewing Children) (3:arev. uppl ed.). Stockholm: Liber Utbildningsfцrlag.
9. Doverborg, E., and I. Pramling Samuelsson. 2011. «Early Mathematics in the Preschool Context.» In Educational Encounters: Nordic Studies in Early Childhood Didactics, edited by N. Pramling and I. Pramling Samuelsson, 37–65. Dordrecht, the Netherlands: Springer.
10. Elkind, D. 2003. «Thanks for the Memory: The Lasting Value of True Play.» Young Children 58(3): 46–51.
11. Field, T. M. 1990. Infancy. Cambridge, MA: Harvard University Press.
12. Gelman, R., and C. Gallistel. 1978. The Child's Understanding of Number. Cambridge, MA: Harvard University Press.
13. Greenfield, P. A. 2006. «Cultural Pathways through Human Development.» In Handbook of Child Psychology, edited by W. D. Damon and R. M. Lerner, 655–699, vol. 4: Child Psychology on Practice. New York: Wiley and Sons.
14. Hoffman, M. 2000. Empathy and Moral Development. New York: Cambridge University Press.
15. Hundeide, K. 2000. Ledet samspill fra spedbarn til skolealder (Guided Interaction from Infancy to School Age). Asker: VettogViten.
2. Hundeide, K. 2006. Sociokulturella ramar fцr barns utveckling: barns livsvдrldar (Socoiocultural Frameworks for Children's Development: Children's Lifeworlds). Lund:Studentlitteratur.
3. James, A., C. Jenks, and A. Prout. 1998. Theorizing Childhood. New York: Teachers College,Columbia University.
4. Klein, P., and K. Hundeide, eds. 1995. Early Intervention: A Mediational Approach on the Cross Cultural Application of the MISC Program. New York: Garland.
5. Lewis, A., and G. Lindsay, eds. 2000. Researching Children's Perspectives. Buckingham: OpenUniversity Press.
6. Marcon, R. A. 2001. «Moving up the Grades: Relationship between Preschool Model and LaterSchool Success.» Early Childhood Research and Practice, 4(1), http://ecrp.uiuc.edu/v4n1/index.html
7. Marton, F., A. Tsui, P. Chik et al. eds. 2004. Classroom Discourse and the Space of Learning. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
8. Moghaddam, F. M., and C. J. Riley. 2005.
9. «Towards a Cultural Theory of Rights and Duties inHuman Development.» In The Psychology of Rights and Duties: Empirical Contributions and Normative Commentaries, edited by N. Finkel, and F. M. Moghaddam, 75–105. Washington, DC: APA Press.
10. National Research Council. 2001. Eager to Learn: Educating our Preschoolers. Washington:National Academy Press.
11. NICHD Early Child Care Research Network. 2005. Child Care and Children's Development: Results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. New York: Guilford Press.
12. Pramling, I. 1983. The Child's Conception of Learning. Gцteborg: Acta Universitatis Gotho- burgensis.
13. Pramling, I. 1991. «Learning about 'the Shop': An Approach to Learning in Preschool.» Early Childhood Research Quarterly 6: 151–166.
14. Pramling, N., and I. Pramling Samuelsson, eds. 2011. Educational Encounters: Nordic Studies in Early Childhood Didactics. Dordrecht, the Netherlands: Springer.

15. Pramling Samuelsson, I. 2011. Utvecklings ped- agogik. (Developmental pedagogics) IM. Jensen(red.). Lдrandetsgrunder: teorierochperspektiv (The Basics of Learning: Theories and Perspective). Lund: Studentlitteratur.
31. Pramling Samuelsson, I., and M. Asplund Carlsson. 2008. «The Playing Learning Child: Towards a Pedagogy of Early Childhood.» Scandinavian Journal of Educational Research 52 (6): 623–641.
32. Pramling Samuelsson, I., M. Asplund Carlsson,
16. B. Olsson et al. 2008. Konstenatt lдra barn estetik (The Art of Teaching Children Aesthetics). Stockholm: Norstedts Akademiska Fцrlag.

33. Pramling Samuelsson, I., and M. Fleer, eds. 2008. Play and Learning in Early Childhood Settings: International Perspectives. New York: Springer.
34. Prout, A. 2005. The Future of Childhood: Towards the Interdisciplinary Study of Children.London: Routledge Falmer.
35. Qvortrup, J., W. A. Corsaro, and M.-S. Honig, eds. 2009. The Palgrave Handbook of Childhood Studies. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
36. Rogoff, B. 1990. Apprenticeship in Thinking: Cognitive Development in Social Context.New York: Oxford University Press.
37. Rogoff, B. 2004. The Cultural Nature of Child Development. Cambridge: Cambridge UniversityPress.
38. Rye, H. 2003. Tidelig hjelp til bedre samspill (Early Help for Better Interaction). Oslo:Gyldendal.
39. Sommer, D. 2012. A Childhood Psychology: Young Children in Changing Times. Basingstoke:Palgrave Macmillan.
40. Sommer, D., I. Pramling Samuelsson, and K. Hundeide. 2010. Child Perspectives and Children‘s Perspectives in Theory and Practice. London: Springer Science.
41. Stern, D. 1985. The Interpersonal World of the Child. New York: Basic Books.
42. Stern, D. 1995. Moderskapskonstellation (Motherhood Constellation). Stockholm: Natur and Kultur.
43. Trevarthen, C. 1992. «An Infant’s Motive for Speaking and Thinking in the Culture.» In The Dialogue Alternative, edited by A. HeenWold, 99–137. Oslo: Scandinavian University Press.
44. UN. 1989. Convention on the Rights of the Child. http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm
45. UNESCO. 2008. Overcoming Inequality: Why Governance Matters, Education For All Monitoring Report. Oxford: Oxford University Press.
46. Vygotsky, L. S. 1978. Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes. Cambridge, MA: Harvard University Press.
47. Wallerstedt, C., and N. Pramling. 2011. «Mind the Step: Representation and the Trajectory of a Circle- dance Project with 6-8-year-old Children.» In Educational Encounters: Nordic Studies in Early Childhood Didactics, edited by N. Pramling and I. Pramling Samuelsson, 191–
17. 223. Dordrecht, the Netherlands: Springer.
48. Wallerstedt, C., N. Pramling, and I. Pramling Samuelsson. 2011. «Embodied Voices and Voicing Embodied Knowing: Accessing and Developing Young Children’s Aesthetic Movement Skills.» In Voices of Infants and Toddlers: International Research with our Youngest, edited by E. Johansson and J. White, 87–107. Dordrecht, the Netherlands: Springer.
49. Wood, D. 1998. How Children Think and Learn. Cambridge, MA: Harvard University Press.
50. Wood, D., J. S. Bruner, and G. Ross. 1976. «The Role of Tutoring in Problem-solving.» Journal of Child Psychology and Psychiatry 17: 89–100. N

ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РАЗВИТИЕМ РЕБЕНКА

Уважаемые родители, данный инструмент поможет Вам следить за развитием своего ребенка. Делать это можно, наблюдая за тем, как он (а) играет, учится, говорит и действует. **Инструмент содержит:**

- информацию о важных этапах развития ребенка, которые нужно отслеживать
- информацию о том, как вы можете помочь ребенку развиваться
- перечень тревожных признаков, которые могут сигнализировать о наличии трудностей в развитии ребенка

Как пользоваться инструментом?

- Выберите раздел, соответствующий возрасту вашего ребенка. Наблюдайте несколько дней за ребенком.
- Проверьте, демонстрирует ли ребенок перечисленные навыки.
- Прочитайте тревожные признаки, проверьте их наличие у ребенка.
- Попробуйте следовать рекомендациям по дальнейшему развитию ребенка.

Наблюдайте за развитием своего ребенка, проверяйте наличие тревожных признаков, действуйте своевременно, и вы поможете успешному развитию ребенка.

Инструмент адаптирован на основе:

1. «Забота о вашем младенце и ребенке: с рождения до 5 лет», 5-е изд. под ред. Стивена Шелов и Тани Ремер Альтманн ©1991, 1993, 1998, 2004, 2009 Американская академия педиатрии

2. «Светлое будущее: Руководство по наблюдению за здоровьем младенцев, детей и подростков» 3-е изд. под ред. Джозефа Хагана мл. Джудит С. Шоу, и Полы М. Данкан, 2008, Элк Гроув Вилледж, Иллинойс, Американская академия педиатрии

Особая благодарность Сьюзен П. Бергер, д-р философии (PhD); Дженни Бёрт д-р философии (PhD); Маргарет Греко, д-р медицины (MD); Кейт Грин, магистр здравоохранения (MPH), Джорджине Пикок, д-р медицины, магистр здравоохранения (MD, MPH); Ларе Робинсон, д-р философии, магистр здравоохранения (PhD, MPH), Камилле Смит, магистр (MS), Джулии Уитни, бакалавр (BS); и Ребекке Вольф, магистр (MA).

Вашему младенцу исполнилось 2 месяца

Что обычно делают младенцы в этом возрасте:

Социальное/Эмоциональное развитие:

- Может ненадолго успокоить сам себя (сосет палец)
- Начинает улыбаться другим людям
- Пытается смотреть на родителей

Язык/Общение:

- Гулит
- Поворачивает голову в сторону звука

Познавательное развитие (обучение, мышление, решение задач):

- Обращает внимание на лица
- Начинает следить глазами за предметами и узнает людей на расстоянии
- Показывает признаки утомления (плачет, капризничает)

Движение/Физическое развитие:

- Может держать головку и начинает приподнимать ее, лежа на животе.
- Делает плавные движения руками и ногами

Как вы можете помочь дальнейшему успешному развитию своего ребенка:

- Обнимайте и прижимайте к себе ребенка, разговаривайте и играйте с ним во время кормления, одевания и купания
- Помогайте своему ребенку научиться успокаивать себя. Если младенец сосет палец – это нормально
- Установите и соблюдайте режим дня
- Старайтесь понимать предпочтения младенца и того, к чему он испытывает неприязнь, это может помочь вам чувствовать себя более комфортно и уверенно
- Улыбайтесь своему младенцу и поощряйте его, когда он издает звуки
- Вы можете иногда подражать звукам, которые издает ваш младенец, но также используйте и четкую речь
- Обращайте внимание на различие в плаче и криках младенца, чтобы научиться понимать его потребности
- Разговаривайте, читайте и пойте своему младенцу
- Играйте в «ку-ку» и помогайте своему младенцу играть в эту игру
- Поместите в кроватку к ребенку безопасное зеркало, чтобы он мог смотреть на себя.
- Рассматривайте со своим младенцем картинки и разговаривайте о них
- Когда ваш младенец проснется, положите его на животик и поместите рядом с ним игрушки
- Стимулируйте своего младенца поднимать головку, держа игрушки перед ним на уровне его глаз

- Держите игрушку или погремушку над головой младенца и поощряйте его тянуться за ними
- Держите своего младенца в вертикальном положении. Пойте ему песенки или разговаривайте с ним, пока он находится в вертикальном положении

Тревожные признаки!
Не откладывая, обратитесь в Службу ранней помощи, если ваш ребенок:
- Не реагирует на громкие звуки.
- Не следит за движущимися предметами.
- Не улыбается людям.
- Не тянет руки ко рту.
- Не может держать головку, когда отжимается, лежа на животике.

Сообщите вашему детскому врачу либо медсестре, если вы заметили любой из перечисленных признаков возможной задержки развития в этом возрасте, и попросите информацию об организациях, предоставляющих услуги ранней помощи.

Вашему младенцу исполнилось 4 месяца

Что обычно делают младенцы в этом возрасте:

Социальное/Эмоциональное развитие:
- Непроизвольно улыбается, особенно людям
- Подражает движениям и мимике, например, улыбается или хмурится
- Любит играть с людьми и может заплакать при прекращении игры

Язык/Общение:
- Начинает лепетать
- Лепечет с выражением, и подражает услышанным звукам
- Использует разный плач, чтобы показать, что он голоден, устал, или чувствует боль

Познавательное развитие (обучение, мышление, решение задач):
- Дает вам понять, что радуется или грустит
- Отвечает на привязанность
- Тянется одной рукой за игрушкой
- Координирует деятельность глаз и рук, например, видит игрушку и тянется за ней
- Отслеживает глазами предмет, движущийся из стороны в сторону
- Внимательно наблюдает за лицами
- Узнает на расстоянии знакомые предметы и людей

Движение/Физическое развитие:

- Устойчиво держит головку без поддержки
- Отталкивается ножками, когда они находятся на твердой поверхности
- Может перевернуться с животика на спинку
- Может держать игрушку и трясти ее, а также раскачивает подвешенные игрушки
- Тянет ручки ко рту
- Приподнимается на локтях, лёжа на животике

Как вы можете помочь дальнейшему успешному развитию своего ребенка:

- Держите ребенка на руках и разговаривайте с ним, улыбайтесь ему и демонстрируйте хорошее настроение, пока вы делаете это
- Установите устойчивый распорядок кормления и сна
- Обратите пристальное внимание на то, что нравится и не нравится вашему ребенку: вы узнаете, как лучше всего удовлетворить его потребности и что вы сможете сделать, чтобы ваш ребенок был счастлив
- Подражайте звукам, которые издает ваш ребенок
- Демонстрируйте воодушевление и улыбайтесь, когда ребенок издает звуки
- Уделите время периодам тихой игры, когда вы читаете ребенку или поете ему песенки
- Давайте ему играть с подходящими по возрасту игрушками, такими, как погремушки или цветные картинки
- Играйте в такие игры как «ку-ку»
- Предоставьте своему ребенку безопасную возможность тянуться за игрушками и исследовать свое окружение
- Поместите игрушки рядом с ребенком таким образом, чтобы он мог тянуться за ними или пинать их ножками
- Поместите игрушку или погремушку в руку ребенка и помогите ему держать их
- Поставьте ребенка в прямом положении ножками на пол, и разговаривайте с ним или пойте ему песенки, в то время как он «стоит» с вашей поддержкой

Тревожные признаки!

Не откладывая, обратитесь в Службу ранней помощи, если ваш ребенок:

- Не улыбается людям
- Не может устойчиво держать головку
- Не лепечет и не издает звуки
- Не тянет предметы ко рту
- Не отталкивается ножками от твердой поверхности

- Испытывает затруднения при движении одного или обеих глаз во всех направлениях

Сообщите вашему детскому врачу либо медсестре, если вы заметили любой из перечисленных признаков возможной задержки развития в этом возрасте, и попросите информацию об организациях, предоставляющих услуги ранней помощи.

Литература

Источник: https://www.traektoria-eii.ru/rost-i-razvitie-detej

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЗВИТИЮ ОРАЛЬНО-МОТОРНЫХ НАВЫКОВ И НАВЫКОВ АРТИКУЛЯЦИИ

Контрастное умывание

Попеременно умывать горячей и холодной водой нижнюю часть лица. Зачерпнуть горсть горячей воды и умыть лицо, затем холодной. Повторять несколько раз, заканчивая процедуру холодной водой.

Осторожно! Прежде чем начать, обязательно попробуйте температуру горячей воды, чтобы не обжечь ребенка.

Развитие навыков подвижности языка

Чтобы развивать верхний подъем языка, а также для растяжения нижней (подъязычной) уздечки нужно облизывать верхнюю губу. Намажьте чем-нибудь вкусным (медом, сгущенным молоком) верхнюю губу малыша и предложите ее облизать. Можно делать это перед зеркалом.

Если ребенок не давится твердыми кусочками пищи, можно подкладывать маленькие кусочки пищи (например, скатанные шарики из хлеба или изюминки) за правую или левую щеку, за верхнюю или нижнюю губу между губой и десной для того, чтобы ребенок с помощью движений языка, а также губ и щек, попытался вытащить этот кусочек. Можете показать, как это делаете Вы, чтобы ребенку было понятнее, и он старался повторять движения за вами.

Чтобы развивать силу и подъем языка можно прилепить на верхнее небо за передние зубы маленький кусочек шкурки от яблока или сливы. Пусть ребенок попытается отлепить его языком. Если Вы сталкивались с подобной ситуацией в жизни, то знаете, что это бывает сделать достаточно трудно, поэтому не забудьте избавить ребенка от такого «тренажера» через некоторое время, чтобы это не раздражало его слишком долго.

Для развития силы и координации кончика языка можно предложить ребенку вылизывать из глубокой ложки (такого типа, как используют для

раскладывания мороженого) какую-нибудь вязкую массу (плавленый сырок, вареную сгущенку, арахисовое масло и т.д.).

Развитие движений губ

Учите ребенка пить из трубочки. Самый простой способ начинать с соками в картонных коробках с тоненькой короткой трубочкой. Вы можете надавить на коробку, чтобы сок начал поступать в трубочку и ребенку оставалось бы только его проглотить.

Если малыш уже умеет пить из трубочки, можно предлагать различные варианты таких трубочек для коктейля. Они могут различаться длиной, могут быть тоненькие и толстые, мягкие и жесткие. В зависимости от трубочки, ребенок по-разному должен смыкать губы вокруг нее. Кроме того, может различаться и консистенция жидкости, которую можно предлагать пить. Жидкие соки, воду и молоко пить через трубочку гораздо легче, чем кисель.

Можно предложить ребенку и такую задачу потруднее, только если Вы будете предлагать ребенку тягучие и густые жидкости, трубочку нужно брать соответственно короче и толще по диаметру.

Учите ребенка по подражанию делать различные движения губами: растянуть губы в улыбке, при этом плотно сжимая губы; растянуть губы в улыбке и показать зубы; вытянуть губы в трубочку, широко открыть рот. Такие упражнения тоже лучше делать перед зеркалом, чтобы малыш видел не только движения взрослого, но и свои собственные.

Развитие движения челюсти

Челюсть принимает активное участие в процессе жевания, однако, от движения челюсти зависит также и качество артикуляции.

Учите ребенка жевать различную по текстуре пищу. Здесь нужно разводить разные задачи – накормить ребенка и дать возможность попробовать пожевать что-либо в качестве инструмента для развития навыков жевания и движения челюстью.

Не бойтесь использовать «яркие» на вкус продукты – соленые, кислые, сладкие, а иногда может быть и горькие. Яркие вкусовые раздражители вызывают непроизвольное желание облизать, проглотить и т.д.

Чтобы научить ребенка жевать, используйте жесткие, но в то же время вязкие, продукты, которые вы можете держать в руке, когда ребенок их жует. Например, это могут быть нарезанные длинной соломкой кусочки сыра, сырокопченого мяса, недовареной морковки, стеблями щавеля. Передвигайте такие ломтики во рту у ребенка, чтобы стимулировать вертикальные, горизонтальные и круговые движения нижней челюсти.

Не бойтесь экспериментировать с различными продуктами, некоторые дети отдают предпочтения самым неожиданным вкусам и продуктам.

Литература

Источник: https://www.traektoria-eii.ru/rekomendacii-oralno-motornogo-razvi

ОСВОЕНИЕ ГОРШКА:
ГОТОВНОСТЬ РЕБЕНКА И ОТНОШЕНИЕ ВЗРОСЛОГО

Иванова В.Ю.
Истомина Л.А.
Пальмов О.И.

Преамбула

В течение первых месяцев и лет жизни тело является важным источником информации об отношении окружающих к личности и потребностям ребенка, а также доступным ребенку средством выражения психического неблагополучия. Формирование доверия ребенка к окружающему его миру и позитивное отношение к самому себе зависит от того, как обращаются, заботятся, как относятся к телу и физическим потребностям ребенка значимые для него взрослые. Поэтому важно обратиться к тому, как ребенка кормят, переодевают, купают, подмывают, приучают к горшку, укладывают спать. Эти процедуры формируют структуру жизни маленького ребенка и в более раннем возрасте занимают больше времени, чем игра с ребенком в период его активного бодрствования.

Несомненно, что для любого ребенка лучше всего воспитываться в своей знающей, понимающей и любящей семье. Но если ребенок попадает в кризисную ситуацию и оказывается в учреждении, задача дома ребенка не просто дать крышу над головой, но и создать условия, в которых ребенок сумеет переработать свою боль, найдет точку опоры, познает самого себя, научится доверять окружающим и сможет развиваться и физически и психически здоровой личностью.

Отношение взрослого к ребенку должно быть таким, чтобы он ощущал себя достойным уважения и любви. Важно, процесс ухода приносил радость, а не просто удовлетворял потребности ребенка в еде или гигиенических процедурах: движения и слова взрослых не должны вызывать отрицательных эмоций. Ребенок не является предметом ухода. Он может и должен выступать как активный участник, дирижер происходящего с ним.

Что важно знать о приучении детей к использованию горшка.

Физиологические и психологические аспекты созревания системы контроля.

Сознательно управлять процессами мочеиспускания и дефекации ребенок может только тогда, когда он физиологически созрел. Созревание наступает в процессе миелинизации крестцового отдела позвоночника. где локализуются нервы, управляющие произвольными движениями наружных сфинктеров, а также парасимпатические нервы, стимуляция которых вызывает перистальтику прямой кишки и мочевого пузыря, расслабление внутренних сфинктеров и их последующее опорожнение. В этом отделе

процесс миелинизазации начинается с освоением ползания и достигает максимального развития во время овладения стоянием и ходьбой, завершаясь приблизительно к 2 годам. Таким образом, по мере физиологическою созревания сигнал о необходимости опорожнения кишечника и мочевого пузыря становится для ребенка все более четким, доступным для осознания и контроля.

До определенного физиологического созревания дети первого и даже второго года жизни не могут осознавать и контролировать, проявлять интерес, испытывать удовольствие, участвовать психически в процессах дефекации и мочеиспускания. По этим детям может быть трудно встраиваться в систему требований и ожиданий взрослых.

Важно помнить, что:

1. Негативная реакция взрослою приводит к формированию низкой самооценки у ребенка, пренебрежительному отношению к своему телу и к себе самому.

Поэтому

Негативное обращение к ребенку, если он описался или обкакался, недопустимо. К негативному обращению относятся раздраженная интонация и следующие фразы: "Ай-ай- ай", "Что ты наделал". "Какой нехороший мальчик", "Фу-у, ты обкакался", «Фу, как пахнет» и т.д.

Рекомендуется

Говорить ребенку: «Ты пописал», «Ты накакал в штанишки», «Давай я тебя переодену». Эти спокойные обращения, констатирующие событие, помогают ребенку осознавать, что с ним произошло, и что следует делать. Детям старше 18 месяцев также сообщается, что есть горшок, и что взрослый может помочь им воспользоваться.

2. Насильственное высаживание, сопровождающееся игнорированием плача и сопротивления ребенка, наносит ему психологическую травму.

Поэтому

Подобное насильственное высаживание недопустимо. Оно приводит к появлению у ребенка страхов и тревог вокруг горшка и функционирования выделительной системы, негативно окрашивает процесс опорожнения в течение всей последующей жизни и влияет на формирование характера. Дети, чье приучение к горшку сопровождалось насильственными действиями, могут стать более конфликтными, сопротивляющимися, замкнутыми, обидчивыми. Они могут иметь склонность к запорам, а также тенденцию к участию в садомазохистических отношениях во взрослом возрасте.

Рекомендуется

Уважать сопротивление и нежелание ребенка садиться па горшок, пригласить ею сходить в туалет через некоторое время.

3. Длительное удерживание ребенка на горшке приводит к подавлению личности и изменению структуры тела.

Поэтому

Насильственное удерживание ребенка па горшке недопустимо. У некоторых детей удерживание подавляет такие проявления личности, как: спонтанность, инициативность, креативность, способность отстаивать свои интересы и защищать себя в разных жизненных обстоятельствах. У других детей усиливается потребность в борьбе, противостоянии и протесте, что сказывается на особенностях характера.

Даже не испытывая потребности сходить в туалет многие дети, чтобы не разочаровывать взрослого и сделать то, что от них ожидается, напрягают мышцы, которые не должны участвовать в процессах дефекации и мочеиспускания. Это мышцы спины, ягодичные мышцы, мышцы тазового дна. Повышение тонуса этих мышц может вызвать мышечный дисбаланс во всем теле. При частом повторении подобного опыта изменяется структура тела: появляется сутулость, сколиоз; а также нарушается функционирование органов брюшной полости. Наиболее уязвимыми являются органы малого таза.

Рекомендуется:

Взрослому важно прислушиваться к своим чувствам. Если вы начинаете раздражаться, если у вас возникает желание силой усадить ребенка на горшок и/или удержать его на горшке, - остановитесь. Не переводите свое желание в действие. Тогда вы предотвратите насильственное обращение. Скажите ребенку: «Я повела тебе в туалет. Но я вижу. что ты сейчас не хочешь на горшок. Мы можем попробовать позже». Если ребенок сам не обратится к вам за помощью, через некоторое время спросите его, не захотел ли он сходить в туалет. Тем самым вы поможете ребенку лучше осознавать его потребности и начать самостоятельно регулировать их в условиях безопасности и доверия. Вы также избавите ребенка от многих болезненных состояний, как в детском, так и во взрослом возрасте.

4. Высаживание ребенка на горшок сразу же после еды приводит к искажению восприятия собственных психофизиологических процессов

Поэтому

Поощрение ребенка сходить в туалет сразу же после приема пищи нецелесообразно. Ощущения наполненности у ребенка еще не может возникнуть, т.к. пища или жидкость не успевает достигает отделов пищеварительной системы, которые посылают сигнал о готовности или необходимости сходить в туалет. Обычно такое ощущение возникает через 40-45 минут после еды.

Литература

Источник: https://docs.wixstatic.com/ugd/eca4e4_1893d2cbfc3849988f29a3204f82f094.pdf
В преамбуле использованы материалы Pikler Institute 20.02.2006

Служба ранней помощи в системе сопровождения семей, воспитывающих детей с нарушениями психического и интеллектуального развития: ключевые проблемы и их решение: сборник материалов к конференции «Актуальность создания служб ранней помощи в регионе: межведомтсвенный подход»

22 ноября, 2018 года, г. Иркутск, Россия