

Министерство образования и науки Чеченской Республики
Государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ,
МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ»
(ГБУ ДПО «РЦППМСП»)

Нохчийн Республикин дешаран а, Илманан а министерство
Пачхьалкхан бюджетни учреждени тIетюьнчачу корматаллин дешаран
«РЕСПУБЛИКИН ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИ,
МЕДИЦИНСКИ, СОЦИАЛЬНИ ГЮЬНАН ТУШ»
(ПБУ ТКД «РППМСГТ»)

УТВЕРЖДАЮ

Директор ГБУ ДПО «РЦППМСП»

М.И.Лорсанова

« 15 » 10 2024 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАННЕЙ ПОМОЩИ
(для дошкольных образовательных учреждений Чеченской Республики)

Методические рекомендации рассмотрены на заседании педагогического совета (протокол № 6 от 15 октября 2024 г.)

Автор-составитель

Хаджимуратов Шамиль Аиндиевич: педагог-психолог, начальник отдела организационной и проектной деятельности ГБУ ДПО «РЦППМСП»

Аннотация

Данные методические рекомендации носят информационно-просветительский характер и предназначены для педагогов дошкольных образовательных учреждений, ответственных за организацию ранней помощи. Методические рекомендации посвящены описанию наиболее современных принципов и подходов, таких, как семейно-ориентированный, функциональный и принцип междисциплинарности.

СОДЕРЖАНИЕ		СТР.
№	Введение	4
Глава 1. Что такое ранняя помощь, философия абилитационной работы		6
1.1	Первоочередные задачи абилитационной работы	8
1.2	Целевая группа ранней помощи	12
Глава 2. Семейно-ориентированный подход		16
2.1	Ключевые характеристики семейно- ориентированного подхода.	17
Глава 3. Функциональный подход в ранней помощи		23
3.1.	Принципы функционального подхода	24
3.2	Чем функциональный подход отличается от традиционной реабилитации	25
Глава 4. Командный междисциплинарный подход		28
4.1	Организация командной работы в Службе ранней помощи	28
4.2	Три подхода к организации командной работы	29
Заключение		33
Список использованной литературы		35

Введение

Во всем мире дети раннего возраста с ограничениями жизнедеятельности и их семьи получают помощь по технологии, называемой «раннее детское вмешательство».

Раннее детское вмешательство – это термин, принятый в международном сообществе для обозначения целостной системы помощи маленьким детям и их семьям.

- Это процесс обеспечения младенцев и детей раннего возраста, имеющих инвалидность и/или задержку в развитии, и их семей специализированной поддержкой и услугами для улучшения развития детей, обеспечения их благополучия и участия в жизни общества.

- Главная цель – помочь родителям (другим ключевым людям) научиться обеспечивать маленькому ребенку с инвалидностью и/или задержкой в развитии опыт, который поможет ему приобретать и использовать компетенции, позволяющие полноценно участвовать в ключевых жизненных ситуациях.

- Специалисты работают в партнерстве с родителями, семьями и другими важными для ребенка людьми, чтобы увеличить их знания, навыки, чтобы они могли отвечать потребностям ребенка, учить и развивать ребенка и его способности участвовать в семейной и общественной жизни.

В Российской Федерации также развивается раннее детское вмешательство, но в нашей стране для названия этой области помощи принято название «Ранняя помощь детям и их семьям».

Согласно документу «Стандарт предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям», ранняя помощь – это 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.

Ранняя помощь детям и их семьям (далее ранняя помощь) строится на определенной идеологии и философии. Отличительными чертами ранней помощи являются семейно-ориентированность и междисциплинарность. Эти два подхода позволяют наиболее эффективно отвечать на особые потребности маленького ребенка с ограничениями жизнедеятельности, обеспечивая оптимальное развитие и максимальную адаптацию ребенка и его семьи в жизни общества.

В последнее десятилетие активно развивается ряд современных принципов, определяющих идеологию раннего вмешательства и способы практической

работы. Без соблюдения этих принципов и подходов невозможно эффективно решать задачи помощи детям и семьям.

Данные рекомендации посвящены описанию наиболее современных принципов и подходов, таких, как семейно-ориентированный, функциональный подход в ранней помощи, принцип междисциплинарности.

Глава 1. Что такое ранняя помощь, философия реабилитационной работы.

Что такое ранняя помощь?

Раннее детское вмешательство – это термин, принятый в международном сообществе для обозначения целостной системы помощи маленьким детям и их семьям. Учебники дают следующие характеристики раннему детскому вмешательству:

- Это процесс обеспечения младенцев и детей раннего возраста, имеющих инвалидность и/или задержку в развитии, и их семей специализированной поддержкой и услугами для улучшения развития детей, обеспечения их благополучия и участия в жизни общества.

- Главная цель – помочь родителям (другим ключевым людям) научиться обеспечивать маленькому ребенку с инвалидностью и/или задержкой в развитии опыт, который поможет ему приобретать и использовать

компетенции, позволяющие полноценно участвовать в ключевых жизненных ситуациях.

- Специалисты работают в партнерстве с родителями, семьями и другими важными для ребенка людьми, чтобы увеличить их знания, навыки, чтобы они могли отвечать потребностям ребенка, учить и развивать ребенка и его способности участвовать в семейной и общественной жизни.

В Российской Федерации также развивается раннее детское вмешательство, но в нашей стране для названия этой области помощи принято название «Ранняя помощь детям и их семьям».

Определение ранней помощи детям и их семьям согласно документу «Стандарт предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям»:

Ранняя помощь детям и их семьям - это 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.

Цели ранней помощи, согласно документу «Порядок оказания услуг ранней помощи детям и их семьям»:

- 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.

Рассмотрим подробнее как строится работа специалистов по достижению первой цели «улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях (ЕЖС)».

Наиболее часто за услугами ранней помощи обращаются семьи, в которых растет ребенок с уже выявленными ограничениями жизнедеятельности, возникшими по различным причинам, или риском их появления. Как правило, это ограничения жизнедеятельности, возникшие в связи с сенсорными нарушениями (зрение, слух, тактильная чувствительность), нарушениями движений, речи, коммуникации, социального взаимодействия. Всех родителей волнуют вопросы развития их ребенка: «Будет ли он сидеть, ходить, говорить, как все дети? Будет ли он учиться в школе, сможет ли он общаться, будут ли у него друзья?». Многих интересуют медицинские вопросы: «Сможет ли мой ребенок выздороветь? Полезен ли массаж? Какие есть методы лечения?». Иногда родители спрашивают об их правах, задают другие вопросы юридической направленности.

Специалисты Подразделения ранней помощи проконсультируют родителей по их вопросам и изучают их запрос, в основе которого лежат потребности ребенка и семьи. В большинстве случаев родители просят помочь им развивать ребенка, чтобы он мог максимально приблизиться в своем развитии к возрастным нормам. Однако философия абилитационной работы говорит, что этого недостаточно. Имеющиеся нарушения, если ребенку и его окружению не оказывать комплексную помощь, в будущем могут привести к ограничениям жизнедеятельности во всех областях:

в повседневной жизни – в возможности самостоятельно обслуживать себя, следить за порядком в доме, приобретать и готовить еду и пр.;

в общественной жизни – в возможности посещать образовательные учреждения, активно участвовать во всех мероприятиях, которые проводятся в том месте, где он живет, встречаться, общаться и дружить с другими людьми и пр.;

в возможности выполнять ведущий для каждого возраста вид деятельности (для маленьких детей – это эмоциональное общение с взрослыми, игра, исследование, учение), иметь интересный досуг, хобби.

Данные ограничения могут возникать не только по причине имеющихся нарушений у ребенка, но и по причине неприспособленности окружающей среды к потребностям ребенка, отсутствия необходимых вспомогательных средств, непонимания другими людьми особенностей ребенка, неприятия его, нежелания его включать в общественную жизнь. В результате жизнь ребенка, а в последствии и взрослого человека, значительно отличается от жизни его сверстников. Отличия могут касаться различных аспектов жизни: другой режим дня, другая еда, отсутствие естественных детских занятий, минимизация общения и взаимодействия с другими людьми, малая подвижность, недостаток прогулок и пр. В случае, когда имеется риск дальнейшего развития ограничений жизнедеятельности, для маленьких детей проводятся реабилитационные мероприятия.

Процесс абилитации направлен на развитие новых функций и способностей в отличие от реабилитации, которая направлена на восстановление потерянных функций и способностей.

1.1. Первоочередные задачи абилитационной работы:

Задача 1. Нормализация жизни ребенка и семьи через (Бакк А., Грюневальд К, 2001):

□ создание нормальных ритмов жизни (поддержание физиологического суточного ритма, включающего в себя бодрствование днем, дневной и ночной сон; недельного ритма, подразумевающего наличие рабочих и выходных дней и разных занятий в эти дни; годового цикла со всеми праздниками и каникулами; жизненного цикла с переходом из младенчества в раннее, далее дошкольное детство, в школьный возраст, юность и т. д.);

□ создание нормальных условий жизни, когда ребенок живет дома с родителями, в любящей атмосфере, кушает на стуле за столом, умывается в ванной, имеет прогулки и пр., как все дети в мире;

□ создание нормальных условий для развития ребенка – это наличие развивающего общения, игрушек, занятий, посещение детского сада, кружков, возможность играть со сверстниками и пр.;

□ создание нормального общества вокруг ребенка – людей, которые любят и принимают ребенка, которые стремятся помочь ему в развитии, понимая, что ему нужно чуть больше помощи, чтобы иметь столько же, сколько имеют другие дети.

Практическое осуществление задачи «нормализация» на практике.

Когда мы думаем о нормализации, мы должны помнить об очень важной

вещи, касающейся всех людей, независимо от того, есть ли у них нарушение и ограничения или нет: считается нормальным иметь возможность самостоятельно изменять что-то (позу, режим дня, одежду и много чего другого), выражать собственное желание, иметь право знать, что с тобой сейчас собираются делать (особо актуально для маленьких детей и людей с множественными нарушениями, знать, что тебя сейчас будут умывать или переодевать или перевернут со спины на бок, возьмут на руки и пр.). Поэтому это важно – формировать отношение к ребенку с ограничениями жизнедеятельности, как к обычному маленькому ребенку, говорить с ним, спрашивать о его желаниях, советоваться с ним, предупреждать о том, что мама хотела бы сейчас сделать и спрашивать готов ли он к этому.

Существует несколько уровней нормализации.

Первый уровень. Физическая нормализация (функционирование человеческого организма) означает, что:

- ребенок имеет достаточно полноценной еды,
- ребенок имеет достаточное количество сна,
- его тело вертикализировано,
- у него происходит регулярная смена поз во время бодрствования и сна,
- у него нет пролежней, контрактур, достаточное количество движений,
- у него нет проблем со стулом,
- у него чистое тело, чистая одежда, чистый воздух,
- соблюдаются суточные ритмы и пр.

Второй уровень. Функциональная нормализация (как ребенок функционирует): как спит (позы и их смена), как кушает, как сидит, когда играет, как ходит в туалет, позы, в которых спит, смена занятий, наличие отдыха, как передвигается и пр.

Третий уровень. Социальная нормализация: рассматривается, имеет ли ребенок возможность общаться с другими людьми, посещать детский сад, усваивать общественные нормы поведения, иметь жизненный цикл, как у всех (недельный, годовой, жизненный), имеет ли свободное время, может им распоряжаться, имеет ли возможность развиваться и получать образование.

Четвертый уровень. Общественная нормализация: возможность у ребенка участвовать во всех делах, которые происходят дома, принимать решения, участвовать в обсуждениях, быть активным.

Опираясь на знание уровней нормализации, специалисты помогают родителям нормализовать важные аспекты жизни ребенка. Они дают им необходимую информацию (по вопросам кормления, сна, купания, ухода за ребенком), помогают освоить необходимые навыки ухода за ребенком в

соответствии с его потребностями. К сожалению, мы часто сталкиваемся с тем, что дети с ограничениями жизнедеятельности постоянно находятся в положении лежа на спине, их кормят на руках, не сажают на горшок, с ними мало гуляют, иногда им забывают стричь ногти или волосы, чистить зубы. Ребенок может также в неправильных позах спать, долгое время находиться в неудобном положении во время бодрствования, что неправильно и ненормально. Часто из-за имеющейся спастики, процесс ухода за ребенком и для мамы, и для ребенка превращается в тяжелый труд, задача специалистов – максимально облегчить его. То есть первый и второй уровни нормализации жизни ребенка обеспечивают окружающие его люди, изменяя способы ухода за ребенком и приспособлявая, если это необходимо, окружающую среду.

Обеспечение третьего уровня нормализации (социальный уровень) обуславливает следующую задачу абилитационной работы.

Задача 2. Максимально возможное развитие и поддержка базовых функциональных способностей ребенка в соответствии с его возможностями, противодействие развитию зависимостей.

Решение задачи предполагает развитие у ребенка базовых умений и навыков, предполагающих умение общаться и взаимодействовать с другими людьми, получать знания об окружающем мире, передвигаться и обслуживать себя (функциональные способности) (1).

Развитие способностей ребенка касается следующих областей:

- развитие навыков коммуникации и речи (в случае невозможности развития устной речи – развитие альтернативных способов коммуникации)
- познавательное развитие (развитие способов познания через наблюдение, исследование, игру, расширение знаний ребенка о самом себе, других людях и окружающем мире)
- социальное взаимодействие (обеспечение приобретения навыков общения с другими людьми, усвоение норм и правил общественной жизни, понимание и выражение эмоций)
- развитие движений (обеспечение возможности удерживать и менять по своему желанию позу, дотягиваться, брать, удерживать и манипулировать интересующими предметами, передвигаться в пространстве, в случае невозможности самостоятельного выполнения разнообразных движений – подбор вспомогательного оборудования, обучение мамы, как ассистента)
- навыки самообслуживания и заботы о себе (формирование предпосылок к овладению такими важными умениями, как самостоятельная еда, умывание и мытье, уход за телом, одевание, раздевание).

Задача 3. Максимально возможное развитие и поддержка способностей ребенка вступать в социальные взаимодействия и отношения, участвовать в жизни обществ., противодействие развитию социальной изоляции.

Работа специалистов касается следующих направлений:

- участие ребенком в играх со сверстниками
- посещение общественных мест, типа магазинов
- посещение дошкольного учреждения
- усвоение общественных норм поведения
- развитие ребенком отношений дружбы и привязанности со сверстниками
- умение принимать решения, участвовать в обсуждениях, быть активным
- участие в домашних делах и другие.

Задача 4. Повышение компетентности семьи в вопросах развития и обучения ребенка, эмоциональная поддержка семьи в процессе абилитации.

Уже упоминалось, что большая часть абилитационной работы выполняется дома, людьми, которые живут вместе с ребенком, осуществляют за ним уход. Для того, чтобы они умели это делать, необходимо помочь родителям: дать им нужную информацию, обучить важным навыкам, может быть даже немного потренировать. Касается это и обычных ежедневных процедур, когда речь идет о кормлении, переодевании или купании, и специальных домашних занятий, таких, как гимнастика, чтение, развивающие игры, и просто умения понимать своего ребенка, общаться с ним, выражать ему свою любовь. Часто родителям нужна эмоциональная помощь и поддержка, специалисты оказывают ее, внимательно выслушивая родителей, обсуждая с ними важные для них вопросы на индивидуальных занятиях. Также родителям предлагается такие услуги, как группы взаимной поддержки.

Все обучение ребенка строится на основе функционального подхода: формируемое умение должно быть функционально необходимо ребенку в его повседневной жизни. Поэтому специалисты формулируют цели обучения на основе его потребностей ребенка в повседневной жизни. Например, ребенку ежедневно нужны навыки захвата, удержания и манипуляции предметами, поэтому целью физического терапевта или эрготерапевта станут способности ребенка захватывать ручкой различные предметы. Обучение ребенка уверенному самостоятельному сидению даст ему возможность играть, кушать, купаться сидя. Формирование коммуникации при помощи картинок поможет ребенку сообщить взрослому о своем желании, поделиться радостью и главное, быть понятым.

Каждое формируемое умение должно использоваться ребенком дома и тем самым закрепляться, это еще один основополагающий подход абилитации – обучение в естественной среде, когда вся развивающая работа вписывается в повседневную жизнь ребенка и выполняется дома вместе с мамой. Специалисты

поощряют маму давать ребенку возможность выполнять нормальные, обычные, повседневные задачи и придаем этому аспекту больше значения, нежели индивидуальной работе с ребенком.

Все обучение проходит в естественной для ребенка деятельности – игре, повседневных делах, во взаимодействии с самым главным и важным для него человеком – мамой, а, если это возможно, то во взаимодействии с другими детьми. При этом в абилитации признается, что маленькие дети активно исследуют окружающий мир, постигают, организуют, отбирают и обрабатывают информацию об окружающем мире, что они иницируют взаимодействие с взрослыми и являются равным партнером для другого человека.

Таким образом, цель абилитации состоит в том, чтобы улучшить функционирование ребенка, основываясь на его сильных сторонах, возможностях и ресурсах; дать ребенку оптимальные возможности для независимой жизни в будущем, опираясь в этом процессе на его семью.

Цель абилитации достигается посредством:

- развития способностей ребенка настолько, насколько это возможно,
- адаптацией окружающей среды,
- использованием ассистентов и помогающих технологий.

Все это делается для того, чтобы уменьшить уровень инвалидности ребенка, дать ему возможность функционировать в повседневной жизни, помочь ему быть счастливым и независимым насколько это возможно вопреки его ограничениям.

1.2 Целевая группа ранней помощи.

Известно, что в первые годы жизни ребенка закладываются основы для его будущего развития. Большинство детей растет и развивается в соответствии с описанными вехами развития; они начинают ходить, говорить, и осваивают новые навыки тогда, когда от них этого ожидают. У некоторых маленьких детей, однако, развитие разворачивается более медленно или нетипичным способом. Основными причинами для возникновения подобных трудностей в раннем возрасте могут быть физические нарушения или неблагоприятная окружающая среда, или комбинация разных факторов. Часто причина остается неизвестной. Однако мы наверняка знаем, что глубоко недоношенные дети, дети с генетическими нарушениями (типа синдрома Дауна), дети с церебральным параличом нуждаются в помощи.

Когда дети, которым нужны услуги службы ранней помощи, не получают их, у них могут наблюдаться более тяжелые, чем могли бы, ограничения жизнедеятельности. Например:

- без услуг ранней помощи дети с синдромом Дауна будут иметь значительно большие трудности в познавательном и речевом развитии уже к 5 годам;

младенцы со снижением слуха, выявленным после 6 месяцев, даже при условии дальнейшей активной помощи, имеют недостаточное речевое развитие;

дети, у которых уже выявлено небольшое отставание в познавательном развитии и, которые не получают услуг ранней помощи, в более старшем возрасте демонстрируют значительно большее отставание.

К потенциально нуждающимся в получении услуг ранней помощи относятся следующие категории детей (согласно документу «Правила направления детей для получения услуг ранней помощи»):

дети-инвалиды в возрасте от рождения до трех лет;

дети в возрасте от рождения до трех лет, не имеющие статуса «ребенок-инвалид», у которых выявлено стойкое нарушение функций организма или заболевание, приводящие к нарушениям функций организма, или выявлена задержка развития;

дети в возрасте от рождения до трех лет, воспитывающиеся в государственных (муниципальных) учреждениях, в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

дети в возрасте от рождения до трех лет, находящиеся в трудной жизненной ситуации;

дети в возрасте от рождения до трех лет, родители которых обеспокоены развитием и поведением ребенка.

В раннюю помощь может обратиться любая семья (лица, замещающие родителей), которая воспитывает ребенка в возрасте от рождения до 3 лет. Семья может обратиться в службу как самостоятельно, так и по направлению специалиста (врача, педагога, психолога, социального работника).

Специалисты, работающие в системе ранней помощи.

Ранняя помощь детям и их семьям оказывается в специально созданных Подразделениях ранней помощи. Подобное подразделение может быть создано в учреждениях и организациях разной ведомственной принадлежности, например в детском саду, в детской поликлинике, в реабилитационном центре, в некоммерческой организации.

В Подразделении ранней помощи работает междисциплинарная команда специалистов: педиатр развития, логопед, специальный педагог, психолог, физический терапевт, эрготерапевт. Такой состав специалистов определен необходимостью ответить на потребности ребенка и его семьи.



В целом ранняя помощь детям и семьям строится на основе следующих принципов.

1. Добровольность – решение об обращении в раннюю помощь и желание включить ребенка и семью в программу помощи или сопровождения исходят от родителей или лиц их заменяющих. Роль специалистов – донести информацию до родителей о возможностях ранней помощи, полезности ее для дальнейшего развития ребенка.

2. Бесплатность - услуги ранней помощи предоставляются без взимания платы с родителей/законных представителей.

3. Доступность - услуги ранней помощи доступны для семей, максимально приближены к месту их проживания.

4. Регулярность - услуги ранней помощи в рамках индивидуальной программы ранней помощи (ИППИ) предоставляются семьям на регулярной основе в течение всего времени действия индивидуальной программы.

5. Открытость - информация об услугах ранней помощи открыта и доступна для родителей и других непосредственно ухаживающих за детьми лиц в различных источниках, включая интернет ресурсы.

6. Конфиденциальность – информация о ребенке и семье, доступная сотрудникам ранней помощи, не подлежит разглашению без согласия семьи, кроме случаев, определенных законодательством РФ.

7. Этичность - услуги ранней помощи предоставляются потребителям в уважительной манере, с учетом их индивидуальных, семейных, религиозных и этнокультурных особенностей, ценностей, установок, мнений, приоритетов.

8. Компетентность - услуги ранней помощи предоставляются специалистами, имеющими необходимую квалификацию и соответствующие компетенции в области ранней помощи.

9. Научная обоснованность - при оказании услуг ранней помощи специалисты используют научно-обоснованные методы и технологии ранней помощи.

В следующих главах данного пособия будут подробнее рассмотрены подходы, которые непосредственно касаются работы специалистов с ребенком и семьей.

Глава 2. Семейно-ориентированный подход.

Раздел 1. Семейно-ориентированный подход: что это такое?

Обширные исследования, проведенные в области эффективности программ раннего вмешательства, привели к признанию семейно-ориентированной практики, как наиболее соответствующей потребностям ребенка и семьи и, следовательно, рекомендуемой практикой. Фактически с 1993 года большинство авторов признает семейно-ориентированную практику наиболее эффективным подходом в раннем вмешательстве, имеющим наиболее устойчивый эффект в средней и долгосрочной перспективе (Guralnick, Michael J., 2011).

Семейно-ориентированный подход определяется как философия и набор практик, которые признают центральную роль семьи, ее сильные стороны и возможности (Dunst, 2005). При таком подходе признается и уважается ключевая роль семьи, а семья рассматривается, как основная единица программы вмешательства, ключевой элемент в процессе принятия решений и в обеспечении ухода за ребенком.

Семейно-ориентированный подход широко упоминается в литературе, и можно встретить его многочисленные описания. Но решающую роль в формулировании его основополагающих принципов сыграли Dunst и его сотрудники. Принципы, сформулированные этой группой ученых, представлены ниже (Dunst, 2007):

1. С семьей и всеми ее членами всегда обращаются с достоинством и уважением.
2. Специалисты чутко реагируют на культурные, этнические и социально-экономические особенности семьи.
3. Семья принимает участие во всех решениях, которые происходят на всех этапах реализации программы вмешательства.
4. Специалисты предоставляют семье полную, точную и неискаженную информацию, необходимую для принятия семьей осознанного решения.
5. При разработке программы вмешательства акцент ставится на желаниях семьи, ее приоритетах и потребностях.
6. Поддержка, ресурсы и услуги предоставляются семье деликатно, гибко и индивидуально.
7. Для достижения результатов, важных семье, используется широкий спектр неформальной, общественной и внешней поддержки и ресурсов.
8. Специалисты опираются на сильные стороны, навыки и интересы ребенка, а также на интересы родителей и семьи в качестве основного ресурса улучшения функционирования семьи.
9. Отношения «специалист-семья» характеризуются партнерством,

основанном

на взаимном доверии и уважении, а также совместном решении проблем.

10. Специалисты используют методы оказания помощи, которые поддерживают и укрепляют функционирование семьи.

2.1 Ключевые характеристики семейно- ориентированного подхода.

Далее представлены и объяснены ключевые характеристики семейно-ориентированного подхода.

Характеристика 1. Оказание помощи семье на основе семейно-ориентированного подхода, ставит семью в центр программы помощи и предполагает изменение парадигмы того, как предоставляются услуги ребенку и семье. Способность специалиста стать ориентированным на семью требует от него пересмотра ценностных моделей и представлений о семье, включая пересмотр его собственной роли, как поставщика услуг.

ЗАДУМАЙТЕСЬ

Появился Коперник и перевернул действительность - он поместил в центр вселенной не землю, а солнце. Его заявление вызвало глубокий шок. Земля больше не была центром, это была планета, как и другие планеты солнечной системы. Новая информация потребовала полного изменения философской концепции вселенной. Это событие называют «Коперниканской революцией». Давайте остановимся и подумаем, что произойдет, если Коперниканская революция произойдет в области раннего вмешательства.

Представьте себе раннее вмешательство это центр, а семья вращается на орбите вокруг него. А теперь представьте, семья – это центр вселенной, а раннее вмешательство – одна из многих планет, вращающихся вокруг нее. Видите разницу? Это и есть революционные изменения. Такая революция приводит нас к новому восприятию ситуации и взгляду на систему помощи (Kuzar, Kathleen & Turnbull, Ann & Summers, Jean & Aya, Viviana 2012).

Ранняя помощь – это услуга для семьи и поэтому отталкивается она от потребностей семьи. Для этого специалисты изучают запрос семьи, обсуждают с родителями их ожидания, направляют внимание на те трудности, о которых говорят родители. Специалисты совместно с семьей обсуждают направления и цели программы помощи, спрашивают, насколько родители готовы и имеют ресурсы достигать целей. Таким образом, определение приоритетов и целей семьи становится первым шагом в семейно-ориентированной программе. По-

настоящему реализация программы, учитывающей то, что родители считают важным для себя и всей семьи, будет более эффективной и продуктивной, потому что семья естественно мотивирована и будет более открыта для работы над ней.

Характеристика 2. Традиционно система помощи детям с нарушениями развития была сосредоточена исключительно на ребенке. Специалисты отвечали за выявление факторов риска, разработку и реализацию программы помощи. Специалисты считались экспертами в определении потребностей ребенка и планировании стратегий работы, в то время как родители проходили «обучение» и следовали указаниям специалистов (McWilliam, 2010).

Современный взгляд на раннюю помощь говорит нам, что единица программы ранней помощи – это семья. Семейно-ориентированный подход учитывает потребности членов семьи, помимо потребностей ребенка, следуя теории о том, что то, что влияет на одного члена семьи, влияет и на остальных (McWilliam, 2010). Поэтому, если, например, мама находится в послеродовой депрессии, это может повлиять на развитие ребенка. Если семья оказалась на грани финансовой катастрофы, это может повлиять на качество общения родителей между собой, что в свою очередь также скажется на развитии ребенка. Таким образом, семейно-ориентированный подход направлен на удовлетворение потребностей не только ребенка, но и всей семьи, например, путем оказания помощи родителям в получении необходимой информации, оформлении пособий, получении для ребенка статуса «инвалид», или получении психологической поддержки и т. д.

Характеристика 3. Специалисты и семья работают, как партнеры и сотрудники. Поскольку целью семейно-ориентированного подхода является развитие сильных сторон семьи, содействие их чувству контроля над принимаемыми решениями и участием в процессе, роль специалистов заключается в предоставлении семьям необходимой информации, чтобы родители могли принимать осознанные решения и, что более важно, от специалистов требуется неизменное уважение этих решений во время реализации программы помощи.

Специалисты таким образом выстраивают взаимодействие с семьей, чтобы она могла полноправно участвовать во всех этапах реализации индивидуальной программы ранней помощи. Семья активно участвует в проведении оценочных процедур, определяет приоритеты среди намеченных целей, участвует в создании плана действий и выполняет то, что они считают более подходящим для себя и своих детей. В общем, родители являются активными партнерами в развитии и осуществлении процесса помощи, принимая на себя руководящую роль и ответственность.

Безусловно, чтобы семья стала полноценным партнером и сотрудником, специалистам необходимо изменить стратегии взаимодействия с семьей. На

первый план выходят наделяние семьи силой и правом принимать решения, передача семье ответственности за принятые решения, предоставление полной информации, чтобы решения семьи были обоснованными, возможность открытых обсуждений, уважение решений семьи, оказание максимальной поддержки в достижении результатов, разделение беспокойств. А это требует от специалиста отказа от авторитарной позиции и перехода к позиции «равный».

Во всем мире во взаимодействии специалистов с семьей происходит закономерный переход от модели взаимодействия с ведущей ролью специалиста к семейно-ориентированной модели, когда между специалистом и семьей выстраиваются равные партнерские отношения.

Давайте рассмотрим основные этапы становления семейно-ориентированного подхода, основанного на партнерстве, это поможет специалистам понять, в какой модели они сейчас работают.

В своем докладе профессор Хеннинг Рюе (2001) описывает следующие этапы:

Этап 1. Профессионально - центрированный подход (1940-1970 года).

□ профессионалы (специалисты), ориентируясь на жалобы семьи, начинают свою «работу»: они проводят диагностику проблем у ребенка и назначают

«лечение»;

□ «лечебный процесс» также осуществляют профессионалы, и проходит он в кабинете в учреждении, часто курсом по 10-20 процедур с дальнейшим значительным временным промежутком в «лечении»;

□ семья не принимает участия в «лечении», ее задача доставить ребенка и подождать за дверью;

□ в процессе «лечебного процесса» родителям даются советы для ежедневного ухода за ребенком, при этом советы носят общий и абстрактный характер, их трудно выполнить в ежедневной ситуации;

□ заканчивается «лечение» тем, что родители получают итоговые рекомендации в письменном виде, значимость их поясняется родителям не часто.

То есть семья при таком подходе является в истинном смысле слова «потребителем» услуги, не включенными в процесс ее получения, но имеющими итоговый результат.

Этап 2. Семейно – ориентированный подход при ведущей роли профессионалов (1970-1980 года).

□ профессионалы продолжают самостоятельно проводить диагностику, появляется компонент объяснений результатов диагностики родителям;

□ в основе составленной программы занятий лежат знания

профессионалов о том, как все должно быть, родители могут ознакомиться с программой;

- профессионалы отвечают за выполнение всех развивающих мероприятий;

- родители начинают в большей степени включаться в процесс, они могут присутствовать на занятиях, которые проводит специалист;

- специалист дает семье четкие предписания, что нужно делать с ребенком дома, требует выполнения предписаний, часто неудачи списывает на то, что «не занимались или занимались мало»;

- занятия со специалистом могут длиться 6 и более месяцев, однако оценку эффективности работы также проводит специалист, поясняя родителям достигнутые эффекты.

При таком подходе семья продолжает быть «потребителем» услуги, получателем результата, но не имеет возможности влиять на процесс.

Этап 3. Семейно – ориентированный подход, позволяющий строить партнерские отношения с семьей (1990). Службы помощи начинают поощрять семьи к активному участию в развивающем процессе, помогая семье встраивать (встраивать) развивающие или помогающие стратегии в режимные моменты семьи. Родители - это те, кто реально обеспечивает и реализует программу помощи в семье. Они творчески приспособляют их жизнь с ребенком так, чтобы способствовать развитию ребенка, одновременно координируя потребности ребенка и собственные потребности. Главные изменения, по сравнению с предыдущим подходом:

- отказ профессионалами от покровительствующего отношения к родителям;

- профессионалы включают членов семьи в описание и определение природы трудностей ребенка;

- точка отправления для программы помощи – потребности ребенка и семьи, а не модели или теории профессионалов;

- сама семья представляет себя, как важных людей в усилении помощи ребенку, семья берет на себя ответственность за обучение и развитие ребенка;

- семья активно включена в оценку эффективности программы помощи в отношении ее достаточности и осуществимости.

В системе оказания помощи ребенку и его семье появились и используются такие новые понятия, как:

- «уполномочивание» - профессионал в работе с семьей стремится сохранять и развивать у родителей чувство уверенности в себе и в своей

способности к действиям в повседневной жизни;

«предоставление возможностей» - создание для семьи возможности отыскать и выстроить их собственные ресурсы и способности, чтобы справиться с проблемами и нуждами ребенка;

«родительское участие» - позитивное отношение профессионалов к активной работе с родителями (взаимное уважение, взаимная открытость в отношении чувств и отношений, обмен опытом и знаниями, обсуждение, чтобы найти выход, с которым каждый согласен);

изменение представлений о роли детей в их собственном развитии: до 50-х годов представление о ребенке как пассивно воспринимающем информацию из окружающего мира. С 60-х годов понимание того, что дети активно постигают, организуют, отбирают, обрабатывают информацию и их собственный опыт, исследуют их отношение к окружающей среде и являются равным партнером другому человеку в процессе обучения.

Таким образом, семейно-ориентированная программа ранней помощи основывается на выявленных потребностях семьи, ориентируется на потребителя, а не на потребности и цели, определенные специалистами.

Характеристика 4. Методы программы ранней помощи индивидуальны для каждой семьи. Как это вытекает из приоритетов, установленных семьей, план программы вмешательства должен обязательно отражать специфику каждой семьи. Каждая семья уникальна, и именно эта семья имеет последнее слово в отношении того, какой из доступных вариантов помощи будет самым оптимальным. Таким образом, нет единого лекала для программы ранней помощи, как в «одежде массового производства». В семейно-ориентированном подходе «один и тот же размер подойдет не каждому!» (McWilliam, 2010), и поэтому каждая программа ранней помощи должна подбираться индивидуально, как «одежда от кутюр».

ИТОГИ

Семейно-ориентированный подход: что это?

семья считается ключевым элементом в ранней помощи и в процессе принятия решений о ее содержании

Индивидуальная программа ранней помощи строится на сильных сторонах ребенка и семьи

вся семья составляет единицу программы помощи и индивидуальна для каждой семьи

специалисты и семья работают в партнерстве и сотрудничестве

□ Индивидуальная программа ранней помощи отвечает приоритетам и целям семьи, специалисты рассматриваются как посредники, поддерживающие семью

Семейный подход: почему?

- Потому что семья имеет первостепенное значение в развитии и обучении ребенка

- Потому что все семьи, имея необходимую поддержку и ресурсы, могут содействовать обучению и развитию своих детей

- Потому что именно семьи продвигают принципы инклюзивности и гарантии прав для детей и их семей

Глава 3. Функциональный подход в ранней помощи

Функциональный подход – это подход, целью которого является улучшение функционирования ребёнка, на основе его собственной активности и способности к выполнению. Функциональный подход рассматривает целостные повседневные ситуации и способность ребёнка участвовать в них.

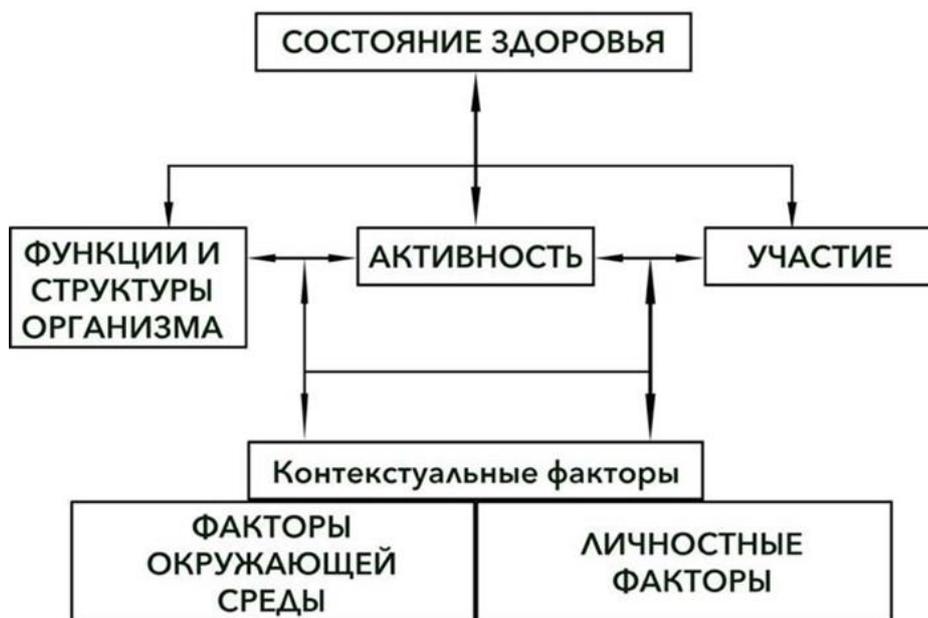
В функциональном подходе ребенок обучается функциональным навыкам: это практические, полезные навыки, которые ребенок сможет применять в различных жизненных ситуациях. Основной задачей специалистов, работающих в функциональном подходе, становится улучшать способности ребенка функционировать в его обычной жизни. Смысл функционального подхода заключается в том, что ребенок обучается не отдельным изолированным навыкам, которых не хватает ему исходя из возрастных норм и которые когда-то в будущем, возможно, смогут помочь ему успешнее обучаться, а функциональным навыкам, которые непосредственно связаны с его обычной жизнью и могут помочь ему успешно играть, гулять и общаться уже сейчас.

Маленький ребенок учится через многократное повторение одних и тех же действий, распределенных по времени. Поэтому ребенок наиболее эффективно приобретает навыки, встроенные в его обычную бытовую жизнь. Эффективность интенсивных обучающих занятий со специалистом, на которых в короткий промежуток времени ребенку предъявляется большое количество требований, существенно ниже для работы с детьми раннего возраста.

Наиболее комплексной стратегией позволяющей провести анализ факторов, влияющих на функционирование ребенка, является «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья», в сокращенном варианте МКФ. Данная классификация представляет системный взгляд на функционирование человека с опорой на биопсихосоциальную модель и объясняет возникновение ограничений жизнедеятельности, как результат влияния целого комплекса факторов. Биопсихосоциальная модель функционирования человека на первый план ставит собственную активность человека в какой-либо области жизнедеятельности и степень его участия в этой активности, далее предлагается рассматривать нескольких групп факторов, которые могут в той или иной степени влиять на эффективность активности человека.

Анализ функционирования ребенка на основе МКФ осуществляется по схеме, представленной ниже. Схема иллюстрирует 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 понимается «выполнение задачи или действия индивидом», в то время как «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.

МКФ описывает активность и участие ребенка по 9 основным доменам:

- Д1 Обучение и применение знаний
- Д2 Общие задачи и требования
- Д3 Общение (коммуникация)
- Д4 Мобильность
- Д5 Забота о себе (самообслуживание)
- Д6 Бытовая жизнь
- Д7 Межличностные взаимодействия и отношения
- Д8 Главные сферы жизни
- Д9 Жизнь в сообществах

По каждому из этих доменов описываются основные умения и навыки, которыми может обладать ребенок.

3.1 Принципы функционального подхода:

- Ребенок осваивает навыки, нужные в повседневной жизни: в ходе

программы происходит работа не над отдельными изолированными навыками, в которых ребенок отстает от сверстников (например, складывать пирамидку из пяти колец, использовать пинцетный захват), а над функциональными навыками, которые могут пригодиться ему уже сегодня в его повседневной жизни (например, пить самостоятельно из чашки; включать и выключать кран во время мытья рук; уметь отказываться, когда мама предлагает не ту игрушку)

□ Родители учат ребенка новым навыкам в семейной, домашней среде: основная работа над новыми навыками происходит не в специально организованной обстановке обучения, на занятиях со специалистом, а дома в ходе обычной и привычной ребенку деятельности; а основной задачей специалиста на встречах с семьей является научить родителей таким образом взаимодействовать и организовывать среду вокруг ребенка, чтобы это помогало развитию и закреплению новых навыков, а также поддержать их в этом процессе и дать рекомендации, если возникли какие-либо трудности

□ Ребенок – личность с интересами, потребностями: ребенок не является пассивным получателем помощи, он активно выражает свои интересы и потребности, и вся работа осуществляется в следовании за его инициативами и обеспечении его потребностей

□ Родители – партнеры и главные «учителя» ребенка: родители и другие заботящиеся о ребенке взрослые являются важнейшими посредниками, через которых функционирование ребенка улучшается – основной акцент в своей работе специалист делает не на взаимодействие с ребенком, а на информирование, обучение и поддержку родителей

□ Программы основаны на сильных сторонах, умениях ребенка и семьи: вместо того, чтобы фокусироваться на трудностях и дефицитах, программы основываются на уже имеющихся навыках ребенка и успехах семьи, которые активно поощряются и развиваются с помощью специалиста

□ Нормализовать жизнь ребенка и семьи: программы помощи направлены на то, чтобы ребенок и семья могли включаться в любые важные для них активности (например, чтобы ребенок мог максимально самостоятельно принимать пищу, собираться на прогулку, посещать детский сад, а семья могла организовать совместный досуг, который был бы для нее желаемым и важным)

□ Семейно-центрированность: фокус внимания и работы специалистов направлен не только на ребенка и изменение его функционирования, но и на семью в целом, ее изучение и улучшение качества ее жизни

□ Междисциплинарность: задачей специалистов является улучшение проблемной рутины ребенка, а так как каждая рутинная деятельность состоит из навыков, относящихся к разным областям развития, для достижения улучшений может понадобиться участие различных специалистов, но работать они должны вместе на основе командного взаимодействия.

3.2 Чем функциональный подход отличается от традиционной реабилитации?

На этапе становления помощи детям раннего возраста в России (как и в остальном мире) основным подходом, в рамках которого осуществлялась помощь

таким детям, была модель реабилитации, основанная на дефицитах. Специалисты, долгие годы, работавшие в рамках этой модели, основное внимание уделяли дефицитам ребенка и навыкам, в которых они отстают от своих сверстников. Основной задачей становилась коррекция дефицитов развития.

Как уже было сказано ранее, функциональный подход существенно отличается от такой традиционной модели реабилитации. Вот основные отличия этих двух подходов:

	Реабилитация, основанная на дефицитах	Функциональный подход
Цель	развитие у ребенка изолированных специальных навыков	активность, участие и включенность, независимость в повседневной жизни, коммуникация, отношения
Где	в специальном учреждении, в кабинете со специальными материалами	в повседневной жизни: дома, на площадке, в магазине, в детском саду
Как часто, как долго	1-2 раза в год курсом 3 недели или 1-2 раза в неделю несколько лет	каждый день несколько раз
Роль специалиста	основная: самостоятельно ставит цели и занимается с ребенком	коуч, наставник, партнер – равные отношения с семьей
Роль семьи	пассивная: привести ребенка	активная: сами выбирают цели, активно учатся, помогают ребенку обучаться
Роль ребенка	пассивная: объект действий специалиста	активная: включен в повседневную жизнь и учится важным навыкам

Специалисты, работая в функциональном подходе, проводят функциональную оценку.

Функциональная оценка – это продолжительный совместный процесс изучения жизни ребенка, который сочетает в себе наблюдение, задавание важных с точки зрения функционирования ребенка вопросов, выслушивание рассказов семьи и анализ индивидуальных навыков и видов поведения ребенка внутри естественно возникающих ежедневных рутин и активностей, в различных ситуациях и в разной обстановке.

Здесь важно остановиться на ключевых моментах, характеризующих функциональную оценку:

это продолжающийся процесс: начиная от направления семьи в раннюю помощь и на протяжении всего времени получения ею услуг ранней помощи

это совместный процесс: построение и поддержание тесного контакта между членами команды ранней помощи, включая специалистов и членов семьи/заботящихся взрослых

это наблюдение: прямое наблюдение и наблюдение с использованием

видео за ребенком в домашней и другой естественной для него среде

□ это задавание вопросов: поддержание беседы с семьей с использованием открытых вопросов, чтобы транслировать уважение, которое способствует семейной центрированности помощи

□ это выслушивание: внимание к словам членов семьи, необходимое для понимания их приоритетов и идей, основанных на их ресурсах, ценностях и культуре

□ это анализ: объединение всей информации о ребенке из всех ресурсов (от родителей, из наблюдения, оценок, основанных на возрастных нормах и т.д.) с целью понимания функционирования ребенка в сравнении с тем, что обычно делают дети его возраста (например, ходит на площадку и в магазин с мамой, а не находится постоянно дома)

□ это естественно возникающие рутины и активности: активности и рутины, в которых ребенок участвует, в соответствии с семейной культурой, ценностями и окружающим сообществом

□ это различные ситуации в различной обстановке: навык считается освоенным, когда ребенок способен продемонстрировать его в разных местах и с разными людьми.

ВКРАТЦЕ:

Функциональный подход

1. основывается на сильных сторонах ребенка, поддерживая и воодушевляя семью

2. отвечает потребностям семьи и ребенка, ориентируясь на их запрос

3. фокусируется на навыках, которые качественно изменяют жизнь семьи и ребенка

4. развивает ребенка в естественной среде, что не требует от семьи создания специальных условий

5. экономит ресурсы семьи, не требуя большого количества часов работы специалиста с ребенком

6. обеспечивает эффективность обучения, встраивая его элементы в виды деятельности и активности, присутствующие в жизни ребенка на ежедневной основе

7. бережно заботится о социально-эмоциональном развитии маленького ребенка, активно включая родителей в занятия и позволяя им быть главным учителем для своего ребенка

8. помогает семье и ребенку активно включаться в социум и быть успешным в нем.

Глава 4. Командный междисциплинарный подход

«То, как оказывается помощь, имеет чуть ли не большее значение, чем то, что делается в рамках этой помощи...»

«Эффективность помощи зависит не только от того, что делается, но и от того, как это делается, это вопрос стиля оказания поддержки... и подхода специалиста»

(Dunst 2007)

В настоящее время все большее число профессионалов во всем мире склонны рассматривать ребенка в целом, как человека, в котором все взаимосвязано, скорее, чем как собрание отдельных частей, свойств, явлений. Кроме того, проблемы маленьких детей часто слишком сложны, чтобы ими занимались отдельные дисциплины, такие, как медицина, педагогика или психология. Именно это в свое время подтолкнуло создателей служб ранней помощи к идеям использования командного подхода к оказанию помощи маленьким детям.

Сейчас командный междисциплинарный подход понимается, как совместная работа специалистов разных областей знаний (медицины, педагогики, психологии, социальной работы и др.), составляющих единую команду и действующих в соответствии с технологиями междисциплинарного взаимодействия. Междисциплинарный подход направлен на преодоление границ между отдельными дисциплинами, увеличение возможных связей, взаимодействий среди членов команды, построение сотрудничества, которое позволяет формировать единый взгляд на ребенка, его сильные стороны и проблемы, планировать программу помощи.

4.1 Организация командной работы в Службе ранней помощи.

Команда в Подразделении ранней помощи состоит из разных специалистов: педиатр развития, логопед, психолог, педагог, физический терапевт (специалист по двигательному развитию), эрготерапевт.

Все процедуры ранней помощи выполняется командой специалистов, при этом некоторые из них выполняются мини-командами (2 – 3 человека), некоторые являются общекомандными процедурами.

Первичный прием для определения нуждаемости ребенка и семьи в услугах ранней помощи осуществляют два профессионала: врач и специалист с педагогической квалификацией (педагог или психолог, или логопед). Это

позволяет им сразу формировать комплексное представление о семье и ребенке, тех трудностях, с которыми они сталкиваются.

Командный подход используется при планировании, проведении и обсуждении результатов оценочных процедур, делает взгляд на семью и ребенка системным, экономит время семьи (ей не нужно приходить несколько раз к разным специалистам в разные кабинеты) и специалистов (им не нужно каждому самостоятельно собирать анамнез, историю развития ребенка). Например, педагогам легче понять, почему ребенок предпочитает брать игрушку только правой рукой, зная о том, что у него ограничено поле зрения слева. Но информацию о полях зрения педагогу предоставляет педиатр. Или врачу понятнее становится ситуация с вдруг появившимся агрессивным и расторможенным поведением ребенка, если он знает об особенностях реакции маленьких детей на разлуку со значимым взрослым, а это знания из области психологии.

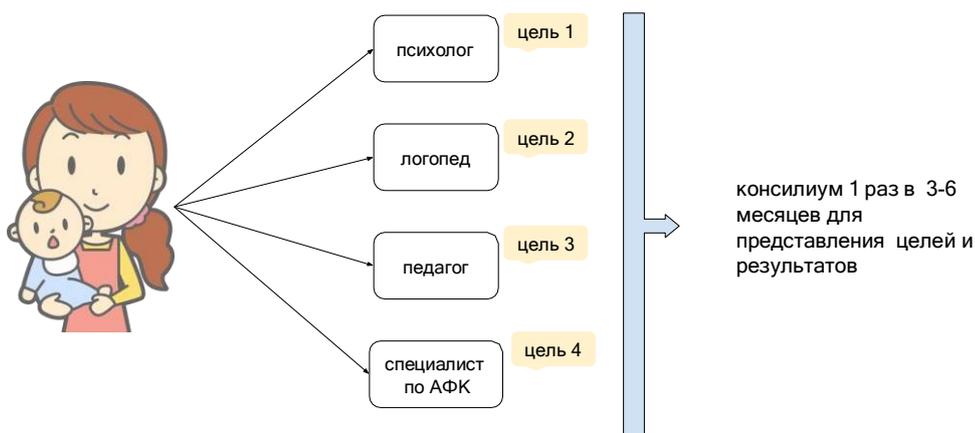
При разработке и выполнении программы помощи также используется командный подход. Например, известно, как важно для маленького ребенка общение с взрослыми людьми. Часто в силу разных причин общение не формируется естественным образом (у ребенка серьезная форма церебрального паралича) и паре мама-ребенок нужна помощь специалиста по коммуникации. Если же ребенок еще не может поддерживать стабильную позу, наладить общение становится трудно, поскольку он никак не может остановить свой взгляд на лице взрослого человека. Здесь на помощь приходит физический терапевт, который подбирает подходящую для этого ребенка позу, обеспечивает ему стабильность в пространстве, обучает маму, как можно держать ребенка на руках или стабилизировать его при помощи специального оборудования. Благодаря этому специалист по коммуникации получает возможность строить взаимодействие с ребенком.

В рамках Индивидуальной программы ранней помощи все специалисты работают над улучшением ежедневных жизненных ситуаций ребенка и семьи, используя командный подход. Ежедневные жизненные ситуации требуют от ребенка определенного уровня развития ряда функциональных навыков – это практические, полезные навыки, из которых состоит выполнение каждодневных рутин. При этом ребенок обучается не отдельным изолированным навыкам, которых ему не хватает, исходя из возрастных норм, и которые в будущем смогут помочь ему успешнее обучаться, а функциональным навыкам, которые непосредственно связаны с его обычной жизнью и могут помочь ему успешно играть, гулять и общаться уже сейчас.

4.2 Три подхода к организации командной работы.

Мультидисциплинарный подход характеризуется тем, что помощь

ребенку и семье оказывают несколько специалистов. Например, психолог, логопед и физический терапевт. Каждый из них работает в своем кабинете отдельно от других специалистов, проводит свою диагностику, формулирует СВОИ цели и реализует программу помощи. Как правило, целями работы специалистов являются изолированные навыки, не относящиеся к повседневной жизни ребенка и его семьи. Можно встретить такие цели: «развивать слуховое восприятие» или «учить хватать и удерживать предметы», или «развивать лепет». Ребенок с мамой последовательно приходит в кабинет к каждому специалисту (такая своего рода «карусель»). Иногда специалисты встречаются на консилиуме и обсуждают свои программы. Часто выясняется, что в программах есть сходные цели, например и психолог, и логопед развивают у ребенка способность быть внимательным. Но чаще каждый специалист занимается с ребенком без учета того, что делают другие. На консилиуме специалисты стараются соотнести и интегрировать свои программы, но в конечном итоге это все равно ТРИ разные программы разных специалистов. Работу на основе этого подхода можно встретить в реабилитационных центрах, центрах психолого-медико-социального сопровождения и других учреждениях.



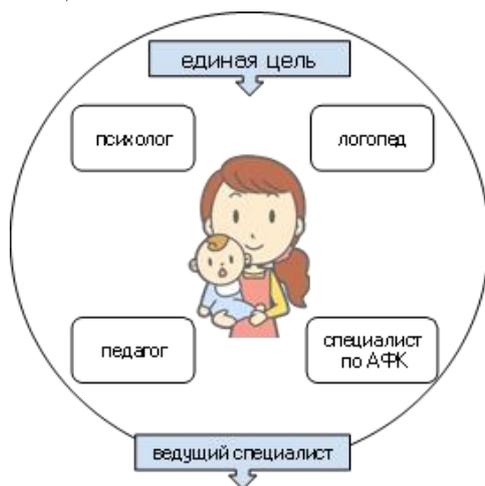
Междисциплинарный подход. Для этого подхода ключевым является работа над функциональными целями, то есть над теми навыками, которые нужны ребенку в повседневной жизни, каждый день и помогают ему общаться, играть, познавать мир, быть самостоятельным.

Междисциплинарный подход предполагает, что для семьи (ребенок и его родители) назначен ведущий специалист, который обсуждает с семьей её повседневную жизнь и выясняет, какие у семьи есть трудности в повседневной жизни и функционировании ребенка.

Система совместной работы членов команды выстраивается в логике развития необходимых навыков у ребенка или совершения необходимых изменений в окружающей среде. Возможно, для улучшения ситуации понадобится больше сессий с одним специалистом, меньше с другим и

длительные регулярные сессии с третьим. Ведущий специалист руководит этим процессом. В процессе реализации программы помощи команда специалистов регулярно (1 раз в 2 недели) встречается, чтобы обсудить имеющийся прогресс. Каждые 3 месяца программа пересматривается в зависимости от улучшения ежедневной ситуации, соответственно ставятся новые цели, и команда специалистов может измениться.

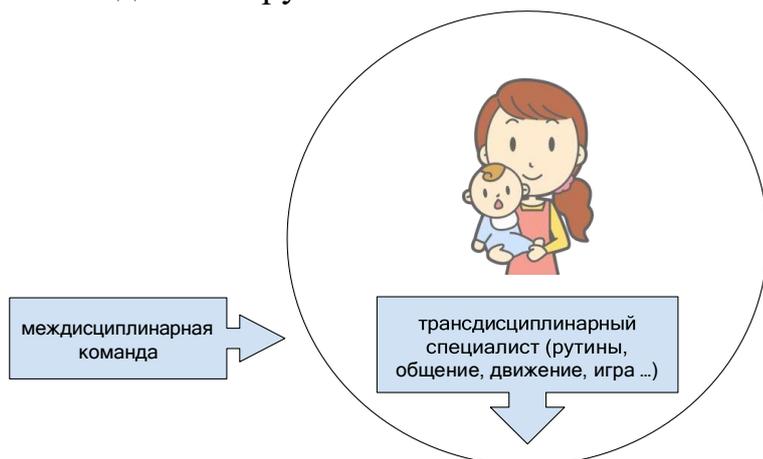
Именно междисциплинарный подход является наиболее рекомендуемым для системы ранней помощи.



отталкиваясь от потребностей семьи, проводят оценку, совместно составляют цели, помогают развивать новые навыки, необходимые для достижения цели и улучшения функционирования ребенка (встречаются 1 раз в неделю)

Трансдисциплинарный подход также реализуется с позиции функционального подхода. Но основное его отличие от предыдущего подхода заключается в том, что ведущий специалист одновременно включает в себя всю «междисциплинарную команду» и работает с ребенком и его семьей ОДИН. Он вбирает в себя множество знаний из разных дисциплин, что позволяет ему одному работать, как «междисциплинарная команда». Раньше считалось, что такого рода специалист должен быть экстрапрофессионалом с огромным багажом знаний и профессиональных навыков. Однако международный опыт реализации таких программ как «Реабилитация силами местного сообщества» (Community based rehabilitation) показал, что при правильно организованном обучении специалистов, они осваивают необходимое количество знаний, а при наличии качественной методической поддержки успешно реализуют программы помощи. Важно то, что они интегрируют все знания и у них формируется такое профессиональное умение, как системный анализ ситуаций повседневной жизни, позволяющий формулировать функциональные цели и находить способы их достижения. Этот подход лучшим образом реализуется на основе домашних визитов, когда цепочка профессиональных действий «оценка – планирование – реализация» вплетена в обычную жизнь семьи, реализуется во время

повседневных рутин членами семьи и соответственно приносит наиболее быстрые



и лучшие результаты. Также этот подход крайне важен при организации помощи в отдаленных районах при отсутствии всех специалистов, необходимых для междисциплинарной команды.

Важно отметить, что командный подход не исключает узкоспециализированной профессиональной помощи ребенку, когда она необходима (часто в возрасте после 3-х лет). Командная система помощи может происходить параллельно с посещением ребенком детского сада и помогать налаживать повседневные ситуации уже в образовательном учреждении.

Основные принципы междисциплинарного подхода

- Программа ранней помощи продолжается между визитами к специалистам и обеспечивается родителями;
- Ребенок раннего возраста не способен перенести компетенции из учебного контекста в свою повседневную жизнь и сделать соответствующие выводы.
- Он не учится, проводя эксперименты во время занятий, а учится посредством повторяющегося опыта в своем окружении на протяжении времени;
- Основные ухаживающие лица – это те, кто вносит наибольший вклад в развитие ребенка и, следовательно, должны соотносить себя с целями программы ранней помощи и воспринимать их как свои.

Заключение

Признавая семейно-ориентированный подход в качестве «рекомендуемой практики» для работы в ранней помощи, на протяжении этого пособия мы рассматривали другие принципы и подходы, которые его укрепляют, представили его структуру, основные цели и связанную с ним деятельность.

Сила или влияние, которое семья оказывает на развитие ребенка на протяжении всей его жизни, оправдывает то, что любая программа, ориентированная на детей в раннем возрасте, будет принимать в своей работе принцип центрального значения семьи, ценить ее участие и применять индивидуальный подход к ее потребностям. Семейно-ориентированный подход – это философия и ряд методик, признающих семью, как центральную фигуру для принятия решений, и, способствующих развитию ее сильных сторон и возможностей. Это больше связано с тем, как реализовать программу ранней помощи (как делать), чем что применить в программе ранней помощи (что делать). Здесь акцент ставится на деятельности, которая способствует вовлечению семьи, тем самым усиливая ее чувство компетентности, самоэффективности, самостоятельности и возможности способствовать развитию ребенка.

Интегрированная модель автора Dunst (2010), представленная в самом начале пособия, иллюстрирует семейно-ориентированные концептуальные подходы в работе специалистов ранней помощи, направленные на продвижение возможностей обучения детей, поддержку родителей и привлечение ресурсов семьи и общества.

С более практической и оперативной точки зрения, важно закончить это пособие семью ключевыми принципами раннего вмешательства в естественных условиях, разработанными группой известных экспертов из разных стран в области раннего вмешательства, в рамках Рабочей группы по принципам и практике в естественной среде (Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments 2008).

Основные принципы в естественных условиях:

1. Младенцы и дети раннего возраста учатся лучше в ежедневных жизненных ситуациях, общаясь со знакомыми людьми в знакомом контексте.
2. Любая семья, обладая необходимой поддержкой и ресурсами, может способствовать обучению и развитию своего ребенка.
3. Основная роль ведущего специалиста в ранней помощи заключается в том, чтобы работать с членами семьи и основными ухаживающими лицами (воспитателями, няней и т. д.), поддерживая их на жизненном пути ребенка.
4. Процесс ранней помощи, от первых встреч до внедрения, должен быть

динамичным и индивидуальным, отражающим предпочтения ребенка и членов семьи, что для них предпочтительно и что позволяют им их культурные убеждения.

5. Цели Индивидуальной программы ранней помощи должны быть функциональными и основываться на потребностях ребенка и семьи, а также на приоритетах, определенных ими.

6. Приоритеты, потребности и интересы семьи должным образом рассматриваются ведущим специалистом, который работает, представляя семью и получая поддержку от междисциплинарной команды.

7. Программа ранней помощи для детей раннего возраста и членов их семей должна основываться на четких принципах, проверенной практике, лучших из доступных исследований и соответствующих законах и правилах.

В этих семи принципах легко прослеживается семейно-ориентированная философия ранней помощи. На самом деле, заметно, как центральная роль семьи в программе ранней помощи учитывается в каждом из них, с неизменным вниманием к приоритетам, потребностям и особенностям каждой семьи. Большинство из этих ключевых принципов касаются процесса ранней помощи и практического осуществления основных принципов.

Список использованной литературы.

- Бакк А., Грюневальд К. Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития. Пер. со шведского. Под ред. Ю. Колесовой. СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2001.
- Брюс Л. Бейкер, Алан Дж. Брайтман. Путь к независимости: обучение детей с особенностями развития бытовым навыкам. — М.: Теревинф, 2000г.
- Ермолаева Е.Е., Казьмин А.М., Мухамедрахимов Р.Ж., Самарина Л.В. /О ранней помощи детям и их семьям // Аутизм и нарушения развития, 2017.
- Казьмин А.М. Участие: теоретические аспекты и оценка в практике ранней помощи [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология, 2015. Т. 4. No 2. С. 115—127. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kazmin.shtml>
- Методические рекомендации по обеспечению услуг ранней помощи детям и их семьям // Министерство труда, занятости и социальной защиты РФ
- Bruder, M. B. (2000). Family-centered early intervention: Clarifying our values for the new millennium. *Topics in Early Childhood Special Education*, 20(2), 105–116, 122. <https://doi.org/10.1177/027112140002000206>
- Gerald Mahoney PhD, Frida Perales. *Responsive Teaching: Relationship Based Developmental Intervention Volume 1: Rationale and Intervention Procedures*. 2019
- Guralnick, M. J. (2011). Why early intervention works: A systems perspective. *Infants and Young Children*, 24, 6–28. <http://dx.doi.org/10.1097/IYC.0b013e3182002cfe>
- Dunst, C. J. (2007). Early intervention with infants and toddlers with developmental disabilities. In S.L. Odom, R. H. Horner, M. Shell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 161-180). New York: Guilford Press.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of four adult learning methods and strategies. *International Journal of Continuing Education and Lifelong Learning*, 3(1), 91-112.
- Juliann Woods Providing Early Intervention Services in Natural Environment. The ASHA Leader
- March 25, 2008 Feature. <https://doi.org/10.1044/leader.FTR2.13042008.14>
- Kyzar, Kathleen & Turnbull, Ann & Summers, Jean & Aya, Viviana. (2012). *The Relationship of Family Support to Family Outcomes: A Synthesis of Key Findings From Research on Severe Disability*. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. 37.

- Mahoney, G. & Perales, F. (2005). A comparison of the impact of relationship-focused intervention on young children with Pervasive Developmental Disorders and other disabilities. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(2), 77-85.

- McWilliam, R.A. *Routines-based early intervention: supporting young children and their families*. Paul H. Brookes Publishing Co. Post Office Box 10624 Baltimore, Maryland 21285-0624 USA. 2010

- Rye, Henning. (2001). *Helping Children and Families with Special Needs - A Resource-Oriented Approach*. Article in Johnsen, Berit H. & Skjørten, Miriam D. (eds). *Education – Special Needs Education: An Introduction*. Oslo, Unipub.65p

- SEVEN KEY PRINCIPLES: LOOKS LIKE / DOESN'T LOOK LIKE.
Developed by the
Workgroup on Principles and Practices in Natural
Environments.

[https://ectacenter.org/~pdfs/topics/families/Principles_LooksLike_DoesntLookLi
ke3_11_08.pdf](https://ectacenter.org/~pdfs/topics/families/Principles_LooksLike_DoesntLookLike3_11_08.pdf)

- Urie Bronfenbrenner. (2009). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press

- Woodruff Geneva; McGonigel Mary J. *Early Intervention Team Approaches: The Transdisciplinary Model*. Information Analyses - ERIC Information Analysis Products (071) -- Reports - Research/Technical (143). Council for Exceptional Children, Reston, Va.; ERIC Clearinghouse on Handicapped and Gifted Children, 1988