Введение

Раннее вмешательство - система различных мероприятий, направленных на развитие детей раннего возраста (от рождения до трех лет) с нарушениями развития или риском появления таких нарушений, и мероприятий, ориентированных на поддержку родителей таких детей. Оно позволяет при помощи специальных методов диагностики и коррекции «увидеть» отклонения в развитии малыша на ранних этапах и начать своевременную работу по исправлению этих дефектов.

Чем раньше начать коррекционную работу с малышом, тем эффективнее будет эта работа. Мозг и тело ребенка настолько пластичны, что с помощью специалистов можно совершить невозможное в плане физического и психического развития малыша. Главное - не упустить драгоценное время.

Теоретической основой многоаспектной деятельности по раннему вмешательству являются детский психоанализ (Р. Шпиц), теория привязанности (Дж. Боулби, М. Эйнсворт, П. Криттенден), системный подход к изучению психического развития в раннем возрасте (Д. Стерн), концепция онтогенеза общения (М. И. Лисина и ее сотрудники), концепция ранней социализации (Ф. Дольто), психолого-педагогический опыт воспитания детей, лишенных попечительства, в «Лоцци» (Э. Пиклер).

Программы раннего вмешательства представляют собой систему помощи семьям с детьми с функциональными нарушениями развития с целью максимальной интеграции их в общество.

В данной работе представлены основные направления раннего вмешательства как междисциплинарного, семейно-центрированного обслуживания младенцев и детей раннего возраста с особыми потребностями. Приводятся модели психотерапевтических и социально-педагогических программ раннего вмешательства. Описываются зарубежные и отечественные программы ранней помощи, объединяющие основные положения этих подходов.

Раннее вмешательство. Основные модели

Раннее психотерапевтическое вмешательство направлено на создание условий для удовлетворения потребностей социально-эмоционального развития младенцев и детей раннего возраста. Основная идея состоит в том, что работа одновременно с родителями и младенцем предоставляет уникальную возможность более широкого наблюдения, быстрого накопления информации и опыта, их отражения и комментирования по сравнению с индивидуальными терапевтическими сеансами отдельно с родителями или ребенком. При таком подходе возникает надежда, что связанные с нарушением отношений и первичного социального окружения негативные тенденции в развитии младенца могут быть изменены в более благоприятную для родителей и ребенка сторону.

Современные модели работы с младенцами и их родителями объединяют традиции психотерапии с результатами теоретических обобщений в области психологии развития младенцев последних лет, свидетельствующих о системных механизмах взаимодействия матери и младенца. В то же время они отличаются друг от друга по заложенным в основу теоретическим положениям, направленности вмешательства на различные элементы системы «мать - младенец», на различные группы матерей и младенцев, по длительности проведения вмешательства и степени привлечения технических средств. Ниже кратко приводятся наиболее известные из этих моделей, широко обсуждаемые в литературе и повлиявшие на формирование этого направления работы с детьми и их родителями.

Модель «Тренировка взаимодействия». Модель терапевтического раннего вмешательства «тренировка взаимодействия» предложена Т. Филд и направлена на изменение поведения взрослого за счет сосредоточения внимания на таких его сильных сторонах, которые ведут к более качественному взаимодействию с младенцем, и еще большего их усиления. В основе подхода лежат данные психологии развития младенца, согласно которым в процессе качественного взаимодействия мать подстраивает свое поведение под поведение младенца и тем самым обеспечивает и поддерживает адекватный индивидуальным особенностям ребенка уровень его стимуляции и возбуждения. Т. Филд представляет несколько характеристик такого качественного взаимодействия: одинаковый уровень интенсивности партнеров по разговору, очередность коммуникативных обменов, наблюдение за сигналами друг друга, соответствующие сигналам ответы друг другу.

Попытки изменения взаимодействия в данном подходе сфокусированы на изменении поведения взрослого. Существует целый набор инструкций для матери, каждый из которых может привести к таким положительным изменениям взаимодействия, как более долгие периоды контакта глаза в глаза, уменьшение числа отрицательных сигналов со стороны младенца. Среди них такие просьбы к матери, как рассчитывать на свои сильные стороны, по мере взаимодействия имитировать поведение младенца, упрощать стимуляцию за счет повторения поведения, повторять свои слова медленно или молчать, если ребенок сосет грудь или смотрит в сторону. Другие направления вмешательства в рамках данного подхода включают в себя обучение матерей играм, соответствующим возрасту ребенка, видеозапись эпизодов взаимодействия и последующее просматривание с комментариями или без комментариев терапевта.

Данный подход был изначально разработан для изменения взаимодействия матерей и младенцев из групп риска. Младенцы группы высокого риска отставания в развитии и аффективных нарушений (например, недоношенные дети) характеризуются высокой или низкой чувствительностью к стимуляции, узким диапазоном уровней стимуляции и возбуждения, которые вызывают внимание, аффективную отзывчивость и подвергаются наилучшей информационной обработке. Обычно если мать предъявляет слишком много стимуляции, нечувствительна ко времени предъявления стимуляции, то младенец перевозбуждается и избегает взаимодействия. При взаимодействии с матерями из группы риска (например, депрессивными) уровень возбуждения ребенка может быть очень низким, младенцы как бы отражают депрессивное состояние матерей. В обоих случаях взаимодействие матерей и младенцев групп риска характеризуется недостатком аффективных проявлений, отзывчивости, синхронности поведения, взаимности физиологического ритма.

Использование подхода «тренировка взаимодействия» для младенцев групп риска показало, что просьба к матерям имитировать поведение младенцев приводит к меньшей активности и большей внимательности матерей к сигналам младенцев, свидетельствующих об их недо- или перестимуляции. Сами младенцы становятся более внимательными и отзывчивыми по сравнению с эпизодами спонтанного взаимодействия. Таким образом, даже в парах с младенцами из группы высокого риска, характеризующимися нечастыми и трудночитаемыми аффективными проявлениями, матери могут быть обучены способам предъявления и поддержания оптимального уровня стимуляции и возбуждения.

Модель «Руководство взаимодействием». Терапевтический подход, названный «руководство взаимодействием», был разработан С. Мак-Доноуг как модель кратковременной семейно-центрированной психотерапии, направленной на позитивное изменение отношений родителей и ребенка. Подход предназначен для детей младенческого и раннего возраста и их родителей, испытывающих трудности, которые связаны с бедностью, плохими условиями жизни, низким уровнем образования, отсутствием одного из партнеров, отсутствием или недостатком социальной поддержки, нарушением психического здоровья членов семьи. В рамках этой модели с помощью видеотехники терапевтическое влияние фокусируется не столько отдельно на ребенке или родителе, сколько на взаимодействии между ними, направлено на повышение вероятности понимания членами семьи поведения ребенка и получения удовольствия от общения с ним, осознание родителями своей роли, усиление позитивных сторон семьи и внутрисемейных отношений.

Терапевтический процесс начинается со встречи с членами семьи (дома или в учреждении), которая проводится с целью понять точку зрения семьи на сложившуюся в ней ситуацию, описать программу «руководство взаимодействием» и предложить семье участвовать в ней. Поскольку понимание и чувствительность к социокультурным особенностям и убеждениям семьи повышает вероятность успеха терапии, то во время первой и/или последующих встреч терапевт просит членов семьи рассказать историю отношений с младенцем, пытается понять их представления о ребенке, семейные убеждения, ритуалы, правила, обычаи. В результате таких встреч семья определяет цели терапевтического вмешательства, которые обсуждаются с терапевтом. Члены семьи активно вовлекаются в процесс разрабатывания плана терапии и прослеживания результатов.

Терапевтические встречи с семьей проводятся еженедельно в течение одного часа в специально организованной и удобной для взрослых и детей игровой комнате с игрушками, ковриком, креслами или диваном и колыбелью. Перед приходом семьи терапевт выбирает игрушки, а во время сеанса обычно садится на пол, что способствует большему игровому взаимодействию родителей с младенцем. Для записи и просмотра эпизодов встречи игровая комната должна быть оборудована видеоаппаратурой.

Последовательность действий во время встреч с семьей обычно постоянна и предсказуема. На ранних этапах терапевтического процесса первые минуты после приглашения и устройства семьи в игровой комнате посвящаются получению и обсуждению информации о том, что произошло в жизни семьи со времени последнего визита, о проблемах и спорных вопросах, о том, как члены семьи чувствуют себя в связи с произошедшим. По мере роста доверия члены семьи начинают спонтанно делиться с терапевтом своими чувствами, говорят о неудачах и разочарованиях или, наоборот, выражают радость и удовлетворение по поводу попыток изменить взаимодействие. Со временем терапевт тратит во время встречи больше времени на выслушивание и разговор. На каждой встрече, когда терапевт посчитает, что члены семьи удовлетворены тем, что их тревоги были услышаны, он приглашает их поиграть с младенцем, как если бы они были дома, и записывает на видеопленку около 6 минут игрового взаимодействия. Проводя видеосъемку или наблюдая за семьей, терапевт обращает особое внимание на положительные стороны поведения и чувствительность родителей. Он также отмечает те виды поведения взаимодействия, которые критически важны и требуют изменения.

После записи игрового взаимодействия видеопленка просматривается членами семьи и терапевтом. Вначале терапевт приглашает родителей прокомментировать увиденное, после чего выделяет примеры положительного родительского поведения и чувствительности, проявленных при чтении и интерпретации поведения младенца. Сосредоточение па таких аспектах, по которым точки зрения семьи и терапевта совпадают, приносит всем удовлетворение и радость, передает искреннее чувство заботы и участия со стороны терапевта. Во время таких случаев семья начинает понимать, что цель терапии по своей природе положительная и что терапевт будет обращаться к выделенным членами семьи проблемам, используя их компетентность и сильные стороны.

Просмотр видеопленки и предоставление обратной связи во время встречи особенно значимы для семьи в начале терапии. По мере того как члены семьи более свободно и спонтанно говорят при терапевте о своих мыслях и тревогах, они рассматривают видеообратную связь как возможность отражения более широкого значения записанного на пленку эпизода. Еще одним преимуществом видеозаписи является то, что она предоставляет семье и терапевту возможность увидеть происходящие от встречи к встрече изменения. В случаях небольших изменений и маленького прогресса ретроспективный просмотр изменений часто может поддержать усилия членов семьи, направленные на продолжение терапии.

После просмотра и обсуждения видеопленки терапевт продолжает беседовать с членами семьи, в то время как они играют с младенцем. Иногда вопросы, поднятые семьей во время просмотра, обсуждаются все оставшееся время встречи. В других случаях разговор переходит на иные аспекты семейной жизни. Терапевт пытается идти за клиентами в их стремлении исследовать области беспокойства или конфликта и сам поднимает вопросы, которые, по его мнению, мешают росту и развитию членов семьи, особенно младенца. Встреча завершается обсуждением прогресса в терапии или его отсутствия, желания родителей включить в расписание визит на следующей неделе. Цель предложения еще одной встречи, а не утверждения постоянно назначенного времени заключается в том, чтобы передать решение об участии в терапии самим членам семьи. Процесс терапевтического вмешательства может длиться от 5 до 12 еженедельных встреч.

При работе с семьями следующий подходу «руководство взаимодействием» терапевт принимает определенные исходные положения, которые способствуют пониманию важности роли членов семьи в жизни младенца, расширению их мышления и поведения:

) примите точку зрения, что родители и другие ухаживающие за ребенком люди ведут себя наилучшим в соответствии с их пониманием образом;

) обращайтесь к области, которая, как полагают родители, является проблемной или вызывает беспокойство;

) спросите у членов семьи, что вы можете сделать, чтобы помочь;

) отвечайте на вопросы, поставленные членами семьи, не уклоняясь; когда просят, предоставьте информацию;

) совместно с родителями определите понятие успеха терапии;

) еженедельно вместе с семьей прослеживайте результаты терапии.

Психодинамическая психотерапия. На развитие психодинамически - ориентированного раннего вмешательства в значительной степени повлияли описания С. Фрайберг воздействия неосознаваемых связанных с прошлым опытом родительских фантазий на психическую жизнь ребенка и развитие патологических защитных механизмов у младенцев в ситуации депривации или опасности. Первая работа положила начало формированию основного теоретического положения психодинамического раннего вмешательства, согласно которому психические репрезентации родителя являются центральной причиной нарушения отношений между родителем и младенцем и значимые терапевтические изменения не могут наблюдаться до тех пор, пока эти репрезентации не изменятся. Вторая открыла наличие у ребенка ранних способностей справляться с болезненными аффектами, связанными с неадекватным социально-эмоциональным окружением, перерабатывать и устранять болезненную информацию из сознания, формировать и проявлять защитные механизмы (избегание, замирание, борьба, трансформация аффектов, обращение агрессии на себя).

Проводимая С. Фрайберг долговременная психотерапевтическая работа с младенцами и их родителями состояла из нескольких компонентов. Предварительная клиническая оценка включала в себя прямые наблюдения за младенцем и родителями во время посещений семьи. За этим следовали планирование, проведение и окончание терапии. В зависимости от случая психотерапия могла быть разделена на фазы с проведением промежуточных оценок ребенка, родителей и их отношений. Последователи С. Фрайберг подчеркивали предпочтительность названия предложенного ею направления как «психотерапия младенца и матери» (в отличие от традиционного «психотерапия матери и младенца») и тем самым избегания всякого «обвинения» матери, которое часто случается при направленности терапевтического вмешательства на прошлое матери и систему ее представлений.

Другой моделью психоаналитического направления раннего вмешательства является кратковременная психотерапия диады «мать-младенец». Анализ процесса кратковременной психодинамической психотерапии показал, что на протяжении одной встречи около двух третей времени разговора занимает мать и одной трети - терапевт, однако последний говорит больше в конце встречи, когда дает долгие интерпретации основных тем матери. В речи терапевта преобладают предложения информационного или описательного характера или вербальные обращения, состоящие из отдельных слов, восклицаний, подтверждений. В целом эти вербализации дают возможность сохранять контакт, обеспечивают эмоциональную поддержку во время диалога, способствуют проявлению любопытства и возникновению вопросов. Типично технические вербализации о виде структурирования, прояснения, сопоставления, объединения и интерпретации занимают около одной пятой части разговора психодинамически ориентированного терапевта. Ре-вербализации в виде переформулирования или повторов сказанного матерью занимают наименьшую часть речи терапевта. Таким образом, в данном подходе недопустима переоценка определенных технических навыков терапевта (например, интерпретаций) в ущерб коммуникационным навыкам и способностям устанавливать и поддерживать межличностный контакт, развивать положительный альянс, сохранять безоценочное и поддерживающее отношение.

Таким образом, психодинамически ориентированное раннее вмешательство направлено на прояснение ядра конфликтных отношений между матерью и ребенком, на ограничение взаимодействия от отрицательных влияний со стороны патологических проекций матери, что неизбежно требует обращения к собственному опыту матери. Основные симптомы изменения поведения ребенка рассматриваются как реакции на вторжение со стороны матери. Терапевт противостоит матери с ее проективными идентификациями, которые искажают восприятие матерью проявлений ребенка. Наблюдаемый конфликт интерпретируется в связи с прошлым матери. Терапевтическое раннее вмешательство может быть кратковременным (менее 12 встреч) с такими техническими аспектами, как быстрое выделение фокуса терапии и высокий уровень вовлеченности терапевта (вербальной, аффективной, когнитивной и даже интерактивной). Младенец также вносит свой вклад в процесс терапии. К примеру, младенец и мать могут во время сессии взаимодействовать таким образом, что воспроизводят основной конфликт и позволяют терапевту в деталях выяснить и проработать его возможные причины.

Оценивание поведения младенца как терапевтическое вмешательство. Результаты значительного числа исследований показывают, что присутствие родителей и их наблюдение за оценкой поведения младенца может привести к улучшению взаимодействия родителя и младенца. Впервые данное направление раннего вмешательства было использовано в клинической работе одного из ведущих исследователей развития младенцев педиатра Т. Б. Бразелтона. Предлагаемый им метод оценки поведения новорожденных проводится в присутствии родителей и помогает им понять способности, темперамент и индивидуальные особенности поведения ребенка. С точки зрения автора, если поведение ребенка используется для привлечения внимания родителей к ребенку и их активного участия в процессе оценивания либо разделения ими своих опасений и вопросов с клиницистом, то это будет иметь влияние на взаимодействие родителей с младенцем и на способность родителей обратиться в будущем за помощью к клиницисту.

Исследования показывают, что такой подход способствует повышению чувствительности родителей к сигналам новорожденных, отзывчивости, вовлеченности в раннее взаимодействие. Простая демонстрация родителям поведения ребенка может, по-видимому, повлиять па поведение родителей в нескольких направлениях. В случае если оценивается поведение младенца из группы риска, это дает возможность родителям увидеть, что ребенок дезорганизован даже в руках «эксперта», и может облегчить проявление у них естественных, связанных с неадекватностью ребенка чувств беспомощности, вины, гнева. Если родители выражают желание продолжать встречи, то повторные тестирования ребенка могут помочь выявить те отрицательные проявления, которые наблюдаются при попытках родителей организовать его поведение. Таким образом, демонстрация поведения ребенка и понимание механизмов, лежащих в основе дезорганизованного поведения, способствуют удовлетворению индивидуальных потребностей младенца и родителей и могут рассматриваться как терапевтическое вмешательство.

Оценивание взаимодействия как терапевтическое вмешательство. Оценивание количественных и качественных характеристик взаимодействия родителя и младенца также может рассматриваться как психотерапевтическое раннее вмешательство. Данное направление интегрировано в наиболее распространенные и требующие специального обучения методы оценки взаимодействия. В некоторых программах диагностическая оценка может занимать от 6 до 8 встреч и включает в себя определение уровня развития и психосоциального статуса младенца, особенностей взаимодействия родителя и ребенка, клиническое интервью с определением особенностей родителей и семьи и истории отношений, а также ответы родителей на структурированный вопросник. По мере прохождения всех этапов оценки родителям помогают быть более чувствительными к проявлениям младенца, структурировать и организовывать его поведение.

С точки зрения педиатра Т. Б. Бразелтона и психоаналитически ориентированного психотерапевта Б. Крамера, в клинической работе объективные наблюдения взаимодействия матери и младенца, включающие в себя оценку синхронности, симметричности, очередности, характера их игры, являются только половиной картины. Необходимо также попытаться понять личное субъективное значение, которое ребенок несет для родителя, поскольку часто именно это является основным фактором нарушения взаимодействия и требует анализа для поддержания здорового развития ребенка.

В то время как объективные исследования взаимодействия описывают «как», изучение субъективной части взаимодействия показывает «почему». Эти субъективные интерпретации родителями их отношений со своим ребенком названы «воображаемыми взаимодействиями». Считается, что они развиваются из фантазий о себе, близких родственниках, из идеалов и страхов, фантазий, которые берут начало в собственном детстве.

В психоаналитической литературе приписывание смысла, значения рассматривается как проекция, или проективная идентификация. Иными словами, мы переносим на других чувства и образы, которые в действительности принадлежат нам самим. Это не патологическая, а социально адаптивная реакция: путем приписывания другим возникающих в нас чувств и мыслей мы развиваем чувство эмпатии, чувство принадлежности к тому же самому виду. Однако когда проекции массивны, вне зависимости от специфической индивидуальности другого искажение реальности мешает отношениям.

При рассмотрении поведения матери и младенца одновременно с наблюдением характера их взаимодействия необходимо ответить на вопросы о том, какие старые отношения повторяются, кого этот младенец представляет, в воспроизводстве каких сценариев участвует. Если клиницист попытается ответить на эти вопросы, то сам процесс наблюдения может стать терапевтическим процессом, таким, который идет дальше совета и успокоения. Авторы описывают основные условия проведения клинической работы с родителями и младенцами вне зависимости от того, является это обычным коротким тестированием или долговременной психотерапией.

. Родители и ребенок должны наблюдаться вместе. Атмосфера встречи должна быть достаточно свободной, чтобы родители вели себя с ребенком как обычно и могли рассказать о своих переживаниях и опыте. Наличие игрушек и игра часто способствуют созданию такой атмосферы. Авторитарное проведение встречи и навязчивые вопросы неизбежно подавляют открытость со стороны родителей. Для последующего ретроспективного анализа взаимодействия родителей и ребенка полезно вести видеозапись встречи.

. В дополнение к внимательному наблюдению за взаимодействием требуется тщательная оценка уровня развития ребенка. Результаты объективной оценки не только помогают прийти к правильной диагностике, но, в свою очередь, когда тактично предоставляются родителям, также становятся средствами вмешательства.

. Необходимо определение влияющих на поведение и развитие ребенка субъективных репрезентаций родителями ребенка своих отношений с ним и ранних воспоминаний опыта отношений со стороны своих собственных родителей. Нужно создать условия и предоставить родителям возможность рассказать о своих чувствах, мыслях, страхах, надеждах. Когда родители делятся еще не высказанными чувствами и переживаниями, активное слушание постепенно становится активным психотерапевтическим вмешательством.

. Необходимо иметь в виду, что при работе с младенцами и детьми раннего возраста клиницист проводит терапевтическое вмешательство прежде всего в области отношений. Вмешательством становятся такие процессы, как установление отношений с новорожденным при его обследовании, понимание и объяснение родителям природы их отношений с ребенком.

Системный подход. В данном подходе, разработанном Д. Штерном и Н. Штерн-Брусчвейлер, отношения в системе «мать - младенец» и направления терапевтического влияния рассматриваются с точки зрения динамического взаимодействия четырех основных компонентов:

) наблюдаемого поведения взаимодействия младенца;

) наблюдаемого поведения взаимодействия матери;

3) репрезентации взаимодействия со стороны матери;

4) репрезентации взаимодействия со стороны младенца.

В процессе терапевтического взаимодействия к этим четырем элементам модели отношений матери и младенца добавляются еще два:

) поведение взаимодействия с матерью и ребенком со стороны терапевта;

) система репрезентаций терапевта, от которой зависят смысл и форма проведения терапевтического вмешательства.

В качестве «центрального пациента» психотерапии рассматривается диада «мать-младенец» или триада «мать-отец-младенец». В последнем случае в систему могут быть добавлены элементы поведения и репрезентации отца. Сравнение предыдущих репрезентаций (например, представления матерью себя как матери наедине с ребенком) и репрезентаций, возникающих в результате терапевтических отношении (представлений себя как матери в процессе терапии), имеет большое терапевтическое значение и может привести к изменению в системе «мать-младенец».

Предлагаемая Н. Штерн-Брусчвейлер и Д. Штерном системная модель включает в себя базовые элементы как бихевиористского подхода (наблюдаемое взаимодействие младенца и матери), так и психоаналитического подхода (репрезентации матери и младенца). Успешное терапевтическое воздействие, которое направлено на изменение любого из этих элементов, в конечном итоге приведет к изменению каждого элемента системы. Авторы считают, что различные терапевтические подходы отличаются друг от друга: 1) источником получения клинической информации;

) локусом терапевтического воздействия на систему; 3) выбором способа терапевтического воздействия из набора, включающего в себя интерпретацию, прояснение, моделирование, подкрепление, обучение, поддержку, совет, перенос.

Системное представление психотерапевтического вмешательства позволяет выделить наряду с известными и перечисленными выше новые подходы. Так, локусом вмешательства терапевта могут быть собственные репрезентации терапевта, который с целью более полного понимания младенца во время пассивного наблюдения за ним фокусирует внимание на субъективном внутреннем опыте своего восприятия младенца. Вероятно, манера наблюдения и эмоционального реагирования терапевта может повлиять на ребенка и мать. В другом случае в присутствии матери вмешательство может быть направлено прямо на репрезентации младенца: вокализируя, используя различные звуки, слова и содержательные, соответствующие состоянию младенца предложения, терапевт устанавливает с ним вербальные коммуникации.

Сравнение разных терапевтических подходов с совершенно различными фокусами вмешательства либо на репрезентации матери (психодинамический подход), либо на ее поведение взаимодействия с младенцем («руководство взаимодействием») показало, что результаты терапии в обоих подходах были аналогичными, а терапевтические изменения значительными. Оба подхода в одинаковой степени изменили как репрезентации матери, так и поведение взаимодействия матери и младенца и симптомы младенца, что подтверждает предположение о существовании системы взаимозависимых и связанных между собой элементов, в которой терапевтическое влияние на один элемент передается и распределяется по всей системе.

Социально-педагогическое раннее вмешательство. Данное направление раннего вмешательства ориентировано на удовлетворение образовательных, социальных, психологических потребностей детей от рождения до трех лет и членов их семей. Предполагается, что организация программ раннего вмешательства уменьшит вероятность отставания в развитии младенцев и детей раннего возраста из групп риска, повысит способность семей удовлетворять их особые потребности, уменьшит вероятность сегрегации детей и их помещения в специальные институты, увеличит возможность их адаптации и последующей самостоятельной жизни в обществе. Считается, что развитие таких программ уменьшит затраты общества на специальное образование детей с особыми потребностями по достижении ими дошкольного и школьного возраста.

Лекотеки. Зарубежные модели служб для детей групп риска - концепция лекотек. В последние двадцать лет в мире наблюдается быстрое распространение библиотек игрушек, среди которых выделяются четыре основных типа: а) общинные библиотеки игрушек; б) лекотеки для детей с особыми потребностями и их семей; в) библиотеки игрушек как культурные, социальные центры и центры отдыха; г) библиотеки игрушек напрокат.

Устав Международной ассоциации библиотек игрушек гласит, что библиотека игрушек является службой, предоставляющей своим потребителям возможность совместной игры и проката игрушек, предлагающей информацию, поддержку и руководство. Пользователями библиотек игрушек могут быть дети, родители, члены семьи, профессионалы, любые другие люди вне зависимости от расы, национальности, пола, возраста, религии, языка, наличия или отсутствия инвалидности, заинтересованные в игре и игрушках. Для полного понимания целей и места библиотек игрушек в обществе необходимы знания систем социальной службы, ухода за детьми, абилитации, особенностей культуры общества. Функционирование библиотеки игрушек находится под влиянием условий, потребностей и уровня развития страны, в которой она организована, политической, экономической и социальной ситуации. Иногда такая библиотека является продуктом региона, района местонахождения или даже творчества отдельных инициативных людей.

Библиотеки игрушек могут различаться по возрасту и уровню развития основной группы обслуживаемых детей, индивидуальному или групповому виду обслуживания, вовлеченности родителей, роли игрушек, квалификации библиотекаря и другого персонала, по источникам фондов, основным целям работы. Общим для всех библиотек игрушек является подчеркивание роли игры в развитии ребенка, поддержка и поощрение игры детей. Поскольку игрушки необходимы для игры, которая стимулирует активность и общение ребенка, то, с точки зрения многих авторов, библиотека игрушек предлагает детям и их семьям куда больше, чем игрушки напрокат. Более того, считается, что через игру библиотеки игрушек содействуют формированию у растущего поколения представлений о ценности общения и сотрудничества. Первая в мире библиотека игрушек появилась в 1930-е гг. в Лос-Анджелесе (США) в рамках программы, позволяющей детям и родителям во времена Великой депрессии брать игрушки напрокат.

Хотя существует международное соглашение, устанавливающее основные цели библиотек игрушек, определение библиотеки игрушек в различных странах отличается. Часто в качестве синонимов используются термины ^библиотека игрушек» и «лекотека». Если общей целью библиотек игрушек является использование игры и игрушек для приобретения людьми опыта совместного переживания и общения, вступления в социальные отношения, то цель лекотек - предоставление детям с особыми потребностями и их семьям места для встречи с профессионалами, возможностей сотрудничества, разработки программ развития. Концепция лекотеки, предполагающая в настоящее время многостороннее обслуживание детей с особыми потребностями от младенческого возраста до двадцати лет и их семей, возникла в скандинавских странах в середине 1960-х гг. По свидетельству одной из основательниц этого движения, К. Стенсланд Юнкер, первая лекотека была создана в Стокгольме инициативной группой заинтересованных родителей и преподавателей. Примерно в то же время открылась лекотека и Норвегии. К 1990 г. лекотек были организованы в 21 стране, в самой Швеции их было около 75.

Большая часть шведских лекотек интегрирована в более крупные абилитационные центры, которые обеспечивают медицинское, образовательное, психологическое и социальное обслуживание семей детей с особыми потребностями. По описанию шведских авторов Е. Бьйорк-Акессон и Д. Бродин, в задачи подразделения лекотеки входят удовлетворение образовательных потребностей и психологическая поддержка ребенка и семьи. Окружающая обстановка, подчеркивание роли игры и игрушек способствуют установлению отношений между родителями и командой абилитации. Ведущий профессионал лекотеки, обычно педагог в области специального образования, проводит оценку уровня развития ребенка, создает и реализует программу вмешательства вместе с родителями и другими членами абилитационной команды - специалистами в области развития движения, речи, организации окружающей среды, педиатрами. Он также занимается вопросами включения детей с особыми потребностями в систему дошкольного образования, курирует обучение и консультации дошкольных преподавателей.

Существуют различные модели лекотек. Как и в скандинавских странах, в лекотеках США специальный преподаватель при оценке уровня развития ребенка и проведении терапевтического вмешательства работает совместно с родителями и другими профессионалами в области раннего детства. В лекотеках для детей с тяжелыми двигательными нарушениями подбираются игрушки, которые не требуют больших физических навыков. Некоторые лекотеки специализируются на программах образования детей с особыми потребностями с использованием компьютеров.

С самого начала основным в концепции лекотек было то, что родители во всем сопровождают ребенка, являются партнерами в процессе абилитации, которая основывается на потребностях семьи и ребенка. Неотъемлемой чертой лекотек является сотрудничество между родителями и профессионалами. Поощряется посещение лекотеки братьями и сестрами, другими членами семьи, подчеркивается важность их участия в игре для детей с особыми потребностями. Отмечается ценность для родителей руководства со стороны персонала, встреч с другими семьями, которые живут в сходных условиях и могут предложить поддержку. В последние годы обсуждается возможность использования в лекотеках особенностей социально-педагогических программ раннего вмешательства, интенсивно разрабатываемых и внедряемых в течение последних десяти лет в США, в частности индивидуального плана обслуживания ребенка и семьи.

2. Программы раннего вмешательства

поведение младенец ранний вмешательство

Принципы организации программ раннего вмешательства. Одними из наиболее важных черт программ раннего вмешательства являются семейно-центрированность и групповой, командный принцип работы ее сотрудников.

Семейно-центрированность. Результаты исследований в области младенчества, взаимодействия младенца и матери, семей младенцев с риском отставания в развитии привели к осознанию необходимости разрабатывать программы, направленные не только на детей, но и на семьи, в которых происходит их развитие, или по крайней мере на диады «мать-младенец». Обобщение множества данных о влиянии качества раннего взаимодействия на формирование привязанности младенца и матери и последующее социально-эмоциональное развитие и формирование личности ребенка привело к созданию семсйно-центрированных программ раннего вмешательства, ориентированных на организацию первичного социального окружения ребенка, на взаимодействие матери и младенца.

В настоящее время общепризнано, что программы обслуживания детей с особыми потребностями должны концентрировать свое внимание не только на ребенке, но и на всей семье, учитывать, что семья является наиболее важным, оказывающим решающее влияние на рост и развитие ребенка окружением. Персонал служб раннего вмешательства работает в партнерстве с людьми, окружающими ребенка не только дома, но и в других местах, а программа направлена на поддержку и поощрение матери или другого ухаживающего за младенцем человека.

Акцентирование внимания на семье привело профессионалов раннего вмешательства к необходимости выработки стратегии и процедур оценки семьи. Цели оценки семьи в пределах программ раннего вмешательства близки тем, которые обычно устанавливаются для оценки ребенка:

• определить потребности и сильные стороны семьи;

• установить адекватные кратковременные и долговременные цели;

• выявить службы вмешательства, определить направления оценки эффективности программы.

Очевидно, что развитие адекватных стратегий оценки семьи потребует от профессионалов раннего вмешательства знакомства с проблемами развития семьи в такой же степени, как они знакомы с проблемами развития ребенка, введения в состав персонала профессионалов по работе с семьей.

Наиболее эффективными считаются программы раннего вмешательства, которые имеют возможность реализации широкого диапазона семейно-центрированного обслуживания. Наиболее часто обслуживание состоит из следующих элементов:

а) обеспечение информацией;

б) поддержка и выработка рекомендаций;

в) включение в программы образования или обучения;

г) помощь в организации взаимодействия родителя и ребенка;

д) помощь в использовании возможностей других организаций.

Одним из наиболее существенных положений семейно-центрированного подхода к обслуживанию младенцев групп риска является то, что родители и другие члены семьи входят в команду раннего вмешательства, считаются важными членами, становятся центральными фигурами в процессе определения слабых и сильных сторон ребенка и семьи, разработки и последующей реализации индивидуального плана обслуживания. Таким о6разом, содействие развитию младенцев групп риска проводится через поддержку функционирования семьи как первичного окружения ребенка путем включения членов семьи в командную работу профессионалов и их участия на каждом из этапов семейно-центрированного раннего вмешательства.

Командная работа сотрудников. Обычно используются три модели организации групповой, командной работы сотрудников программы раннего вмешательства, описанные в литературе как мультидисциплинарная, междисциплинарная и трансдисциплинарная. Мультидисцпплинарная модель подразумевает, что члены команды представляют различные дисциплины и работают непосредственно с ребенком или семьей независимо друг от друга, исполняя свою роль и обязанности практически без взаимодействия и пересечения профессиональных границ. Слабой стороной такого подхода считается отсутствие совместных наблюдений, недостаточное взаимодействие и, как следствие, неполное использование возможностей профессионалов. Особенно очевидным это становится при необходимости более полной оценки и представления профиля развития ребенка, понимания его сильных и слабых сторон.

В отличие от предыдущей модели работа членов междисциплинарной команды проходит в условиях установленных каналов взаимодействия и характеризуется большей степенью координации и интеграции обслуживания. На этапе оценки уровня развития ребенка они могут проводить как отдельное, каждый в своей области, так и совместное обследование. Интерпретация и интеграция информации, определение диагноза проводятся на совместной встрече и основываются на результатах работы каждого члена команды. В результате группового обсуждения определяют цели и направления работы и разрабатывают план вмешательства, включая рекомендации в каждой из областей развития ребенка. Когда команда, а не отдельный профессионал, ответственна за проведение обследования, формулирование диагноза и разработку плана вмешательства, по крайней мере один из членов команды должен иметь опыт интегрирования результатов обследования в различных областях. В зависимости от потребностей ребенка и семьи члены команды могут выполнять обязанности ведущего групповое обсуждение попеременно.

На этапе проведения раннего вмешательства специалисты работают обычно отдельно друг от друга; координация обслуживания и контакт с семьей поручаются социальному работнику. Наряду с высоким уровнем квалификации в своей области одним из основных требований к члену междисциплинарной команды является отход от позиции узкого видения в рамках одной дисциплины в сторону знакомства с работой в других областях. Приоритетами становятся знакомство с навыками и вкладом в групповую работу других сотрудников, развитие навыков межличностной коммуникации, желание высокого уровня сотрудничества и способность к компромиссу для эффективного функционирования всей команды. Очевидно, что для организации междисциплинарной модели требуется не только подбор по областям и объединение под одной крышей представителей различных дисциплин, не только их активное обучение навыкам групповой работы, не только теоретические знания и индивидуальный опыт переживания взаимоотношений в группе, но и обращение особого внимания на мероприятия но сохранению команды, поддержанию ее в рабочем состоянии, на возможности разрешения внутригрупповых конфликтов.

Отличительной чертой трансдисциплинарной модели является пересечение профессиональных границ, заключающееся во взаимозаменяемости профессионалов в исполнении ролей и обязанностей, возможности обучения друг друга, передачи членами команды информации, знаний и навыков работы одному из своих коллег. В этом случае, в силу расширения функциональных возможностей, каждый профессионал может действовать в качестве лидера команды, проводить оценку уровня развития ребенка в нескольких областях, определять слабые и сильные стороны ребенка и семьи и при соответствии специализации основной потребности ребенка выступать в качестве исполнителя индивидуального плана обслуживания. В случае необходимости остальные члены команды могут консультировать обслуживающего семью профессионала.

Трансдисциплинарная модель командной работы позволяет более гибко встроить терапевтическое вмешательство в жизнь семьи и ребенка, она не исключает индивидуального обслуживания со стороны других специалистов, однако в данном подходе это используется менее часто. Считается, что компетентность членов трансдисциплинарной команды во многих областях позволяет обслуживать больше семей, решать задачи раннего вмешательства меньшим числом люден п что данная модель является более оптимальной по сравнению с мульти- и междисциплинарной организацией работы команд профессионалов. В то же время для организации эффективной трансдисциплинарной работы, обучения профессионалами друг друга, консультирования и обсуждения случаев требуется дополнительное рабочее время.

Программы раннего вмешательства США. В 1986 г. на основании результатов значительного числа исследований в различных областях развития детей Конгресс США пришел к заключению, что для уменьшения вероятности отставания в развитии и повышения способности семей удовлетворять особые потребности детей от рождения до трех лет из групп медицинского, генетического и социального рисков необходимо развивать всестороннюю, скоординированную, многодисциплинарную, межведомственную программу служб раннего вмешательства. Службы раннего вмешательства - это службы развития, действующие при общественном наблюдении, бесплатно для семьи (за исключением некоторых специально оговоренных случаев), созданные для удовлетворения потребностей развития детей. Раннее вмешательство включает в себя такие области, как:

• всесторонняя система обнаружения младенца с отставанием или риском отставания в развитии, предполагающая раннюю идентификацию;

• скрининг и направление в места обслуживания;

• определение уровня развития младенца;

• тренинг и консультации семьи, визиты домой;

• специальное образование;

• речевая патология и аудиология;

• адаптация младенца к окружающей среде и организация адекватной потребностям младенца окружающей среды ;

• развитие движения ;

• психологическая служба;

• социальная работа;

• координация всех достижимых источников обслуживания ребенка и семьи;

• медицинское обслуживание, которое входит в программы раннего вмешательства только в целях диагностики и оценки младенца;

• вспомогательный уход за ребенком.

Раннее вмешательство проводят прошедший адекватное обучение и получивший соответствующую квалификацию персонал, представители различных дисциплин, включая специальных преподавателей, психологов, социальных работников, патологов языка и речи, аудиологов, профессионалов в области развития движения, адаптации к окружающей среде, специалистов по питанию, врачей, медицинских сестер. От персонала требуются знание типичного и нетипичного развития детей младенческого и раннего возраста, умение проводить оценку уровня развития, разрабатывать и осуществлять программы терапевтического вмешательства для детей от рождения до трех лет в различных областях развития. В дополнение к этому сотрудники программы должны уметь работать с семьями и для улучшения обслуживания быть способны поделиться результатами работы с родителями и коллегами. Требования к системе служб раннего вмешательства предполагают всестороннее повышение квалификации персонала, супервнзню и мониторинг персонала и программы, выстраивание единой линии ответственности и администрирования программы, идентификацию источников финансирования, создание банка данных.

Основным документом, регулирующим проведение раннего вмешательства, является индивидуальный план обслуживания семьи, разрабатываемый командой профессионалов совместно с родителями. План содержит данные о потребностях ребенка и семьи, включая информацию об уровне развития ребенка в различных областях. В нем приводятся направления обслуживания и для каждого направления конкретные мероприятия, требуемые для удовлетворения отмеченных потребностей. В плане указываются данные о сотрудниках, принимающих участие в реализации программы, выделяется сотрудник, профессиональная направленность которого наиболее соответствует потребностям ребенка и семьи и который координирует выполнение индивидуального плана обслуживания. По согласованию с семьей указываются место (посещение семьей учреждения и/или визиты домой), частота и длительность встреч сотрудников программы и семьи, виды и методы обслуживания, предполагаемая длительность программы. Утверждаются процедуры, критерии и периодичность оценки результата. По мере реализации в план вносятся даты встреч с ребенком и семьей и основные достигнутые результаты.

Центральным этапом реализации программы является проведение мероприятий и процедур раннего вмешательства. В своем большинстве социально-педагогические программы обслуживания ребенка и семьи основаны на использовании специально создаваемых для этих целей руководств (ситси1ит). В каждом руководстве описаны этапы развития и умения, которыми должен овладеть ребенок в младенческом и раннем возрасте. В руководствах приведены цели и задачи, стоящие перед специалистом в области раннего вмешательства, и спланированная последовательность обучающих и способствующих развитию ребенка действий. Большинство из них включают в себя описание развития и программы действия в познавательной, социальной, эмоциональной областях, в области развития языка и речи, крупной и мелкой моторики, самообслуживания. В основном руководства разрабатываются на основании точки зрения, что дети с особыми потребностями проходят те же этапы развития, что и нормально развивающиеся дети. Среди наиболее распространенных можно выделить «Руководство Портейдж» и руководство, созданное в Университете штата Северная Каролина. В то же время созданы руководства для детей определенных групп риска, например с отставанием в двигательном развитии, с синдромом Дауна, сенсорными нарушениями.

По окончании программы раннего вмешательства сотрудники должны предусмотреть организационные, социальные и психологические мероприятия, способствующие более легкому переходу ребенка и семьи в следующую программу. Для большинства детей с особыми потребностями и их родителей смена окружения является стрессовым фактором, успешное преодоление которого возможно при планировании перехода и совместной работе сотрудников раннего вмешательства, членов семьи и персонала следующей программы.

3. Программа раннего вмешательства в дошкольном учреждении на примере системы ДОУ Санкт Петербурга

В системе образования Санкт-Петербурга психолого-педагогическая и социальная работа с младенцами и детьми раннего возраста с отставанием или риском отставания в развитии и членами их семей началась в 1992 г. с открытия первой в России русско-шведской лекотеки, развитой впоследствии в междисциплинарную семейно-центрированную программу ранней помощи (раннего вмешательства).

Модели, использованные для создания программы. Со времени своего образования программа ранней помощи и дошкольном учреждении системы образования прошла этапы, соответствующие следующим моделям раннего вмешательства.

. Игровое взаимодействие с младенцами групп риска, использование руководств для игрового обучающего развития детей раннего возраста, моделирование игрового взаимодействия для матери и других членов семьи. В качестве моделей были приняты организация работы в шведской лекотеке в ранний период и программы раннего образования детей с особыми потребностями, представленные, например, в руководствах «Каролина» или «Портейдж».

. Организация социально-педагогической программы раннего вмешательства с принципом семейно-центрированной работы междисциплинарной команды профессионалов. Моделями служили программы раннего вмешательства США для младенцев и детей раннего возраста и программы работы лекотек последнего времени, в том числе лекотек в составе шведских абилитационных центров. В обеих моделях при обслуживании детей групп риска широко используется принцип семейно-центрированной работы представителей различных дисциплин как единой команды.

Из трех вариантов командной работы для организации службы ранней помощи в дошкольном учреждении был принят междисциплинарный, характеризующийся большой степенью координации и интеграции работы сотрудников на всех этапах обслуживания ребенка и семьи. Наиболее совершенный и широко используемый при комбинировании домашних визитов и обслуживания в учреждении трансдисциплипарпый вид командной работы может быть осуществлен лишь через несколько лет, поскольку требует значительного опыта работы по программе раннего вмешательства, времени и финансовых затрат на подготовку персонала. Организация междисциплинарного варианта требовала не только подбора и объединения представителей различных дисциплин, знакомства с современной информацией о развитии младенцев и раннем вмешательстве, по и активной групповой работы, получения сотрудниками отсутствовавших в базовом образовании теоретических знаний и индивидуального опыта переживания взаимоотношений в группе. Каждый из членов команды (два дошкольных преподавателя, психолог, специалист в области развития движения и педиатр-неонатолог) проходил дополнительное обучение и получил квалификацию как в соответствующей базовому образованию области развития младенцев и детей раннего возраста, так и в области групповой работы.

. Как было отмечено выше, наряду с пониманием раннего вмешательства как социально-педагогической программы для детей с отставанием или риском отставания в развитии от рождения до трех лет и их семей существует другое понимание, восходящее к традициям детской психотерапии, а именно как раннего психотерапевтического вмешательства. С пашей точки зрения, может быть плодотворным использование теоретических положений и богатого опыта психотерапевтической работы с детьми раннего возраста с социально-эмоциональным риском для раннего вмешательства, направленного на младенцев с медицинским и биологическим риском отставания в развитии и их родителей. Это становится особенно очевидным, если учитывать данные о нарушении взаимодействия матерей и недоношенных младенцев, матерей и младенцев с медицинскими и генетическими факторами риска. В этих случаях раннее вмешательство может быть ориентировано на работу одновременно с матерью и младенцем, на организацию их социального взаимодействия.

Таким образом, на третьем этапе пришло понимание приоритетов психического здоровья младенцев и детей раннего возраста из групп не только социального, но и медицинского и генетического риска отставания в развитии. Работа команды сконцентрировалась на объединении направлений социально-педагогических и психотерапевтических программ раннего вмешательства, на распространении теории и практики раннего психотерапевтического вмешательства, разработанных в основном для младенцев с социально-эмоциональным риском, на всю группу младенцев с особыми потребностями и членов их семей.

Этапы обслуживания ребенка и семьи. Созданная в Санкт-Петербурге междисциплинарная, семейно-центрированная программа ранней помощи в дошкольном учреждении системы образования направлена на содействие развитию детей от рождения до трех лет:

а) у которых обнаружено критическое отставание в развитии в одной из следующих областей: познавательное развитие, развитие движения, языка и речи, самообслуживания, социальное и эмоциональное развитие;

б) которые живут в физических или психических условиях высокой вероятности задержки в развитии.

В результате проведенной в течение нескольких лет экспериментальной работы по созданию программы междисциплинарная команда сотрудников предлагает следующие этапы обслуживания ребенка и семьи.

. Семья младенца с особыми потребностями может получить информацию о программе и направление от городской ассоциации родителей детей с особыми потребностями; от организации или отдельного профессионала; наконец, родители имеют возможность напрямую обратиться в службу.

. Сотрудники программы принимают направление, вносят ребенка и родителей в лист ожидания, инициируют контакт с семьей.

. На следующем этапе один из сотрудников - неонатолог, встречается с родителями (чаще всего с матерью) и с их слов, а также по выпискам из медицинских освидетельствований выясняет причину обращения в службу и собирает первичные данные об истории беременности и родов, развитии ребенка до момента обращения, выясняет условия жизни ребенка и семьи, отношения в семье, определяет ближайшее социальное окружение ребенка и семьи. В результате беседы заполняется индивидуальная карта ребенка и семьи. Проведение первой встречи педиатром-неонатологом вполне обоснованно, поскольку, во-первых, по опыту посещения медицинских учреждений матери традиционно ожидают, что вопросы о беременности, родах и состоянии ребенка обычно выясняют медицинские работники. Во-вторых, ориентированный на последующее междисциплинарное рассмотрение проблемы неонатолог уже при первой встрече пытается определить не только медицинские, но и социальные факторы риска в развитии ребенка. В конце первой встречи может быть выдано направление на оценку функционирования сенсорных систем ребенка, на заполнение шкал развития младенца или ребенка раннего возраста. Определяется дата формализованной процедуры оценки взаимодействия матери и младенца, выдаются бланки и опросники для определения потребностей семьи, индивидуальных психологических особенностей матери.

. Выясняются качество отношения и характеристик взаимодействия матери и ребенка, особенности поддержки матери членами семьи, потребности семьи. С помощью психологических методов определяются индивидуальные психологические особенности матери.

. Информация о результатах предыдущих встреч с ребенком и семьей сообщается педиатром-неонатологом всем сотрудникам программы. Междисциплинарная команда встречается с родителями и ребенком, проводится междисциплинарная оценка основных потребностей, сильных и слабых сторон ребенка и семьи. В результате работы в этой области были освоены стадии данного процесса: формирование терапевтического союза с родителями и ребенком, сбор данных о ребенке и семье, неформальное наблюдение, проведение формального тестирования, формулирование сильных и слабых сторон ребенка и семьи, обратная связь и обсуждение.

. Члены междисциплинарной команды обсуждают результаты наблюдений и оценки ребенка и семьи, определяют возможные направления и стратегии раннего вмешательства, частоту встреч, длительность программы, выделяют основного для работы с ребенком и семьей сотрудника. При обсуждении длительности программы рассматриваются три варианта - однократная, кратковременная или долговременная программа раннего вмешательства. В первом случае после встречи с неонатологом и участия в формализованной процедуре оценки взаимодействия матери и младенца родителям и ребенку бывает достаточно одной встречи с командой сотрудников программы, процедура междисциплинарной оценки может рассматриваться в том числе и как метод группового терапевтического вмешательства. В кратковременной программе (и на этапах долговременной программы) могут быть использованы описанные выше модели кратковременного психотерапевтического вмешательства, в некоторых случаях в сочетании со специальными программами для удовлетворения потребностей развития ребенка в основных областях. Долговременная программа раннего вмешательства необходима для младенцев со значительным отставанием в развитии и требует разработки индивидуального плана обслуживания ребенка и семьи.

В качестве основного для дальнейшего проведения раннего вмешательства выделяется сотрудник, профессиональная ориентация которого соответствует ведущей потребности ребенка и семьи и главному направлению вмешательства. Так, дошкольный преподаватель может проводить образовательную программу (отдельно для ребенка, отдельно для матери, для каждого из них в присутствии другого, для двоих отдельно или в группе из нескольких матерей и детей) и использовать для этого, например, модель игрового взаимодействия. В соответствии с базовым образованием специалист в области развития движения или специальный преподаватель может быть нацелен на организацию индивидуального окружения и специальное обучение ребенка, предоставление нового опыта в процессе сенситивного взаимодействия с одновременным обучением матери и других членов семьи. Психолог (психотерапевт) может быть направлен на организацию взаимодействия матери и младенца, используя различные направления психотерапевтического взаимодействия с ребенком и родителями. В случае междисциплинарного подхода не только на этапе оценки семьи и младенца с особыми потребностями, но и на этапе выбора оптимального направления и реализации программы представители различных профессий (а иногда и школ подхода) могут проводить различные варианты раннего терапевтического вмешательства. По необходимости остальные члены команды консультируют выделенного сотрудника, а в некоторых случаях присоединяются к работе. С нашей точки зрения, такая модель работы команды сотрудников, различная профессиональная ориентация которых необходима для удовлетворения множественных потребностей младенцев из групп риска отставания в развитии и их семей, соответствует теоретическим представлениям об изменении функционирования системы через различные точки приложения вмешательства - наблюдаемое поведение матери и младенца, взаимодействие между ними, представления матери и младенца.

. Последним этапом является окончание программы раннего вмешательства и, в некоторых случаях, перевод ребенка и семьи в другую программу (например, в группу детского сада).

В предлагаемой программе осуществляется переход к трехступенчатой системе оценки уровня функционирования младенца, сильных и слабых сторон ребенка и семьи. В случае когда после междисциплинарной оценки возникает необходимость в дополнительной встрече и наблюдении за функцнонированием ребенка, система оценки может доходить до требуемых в современных программах раннего вмешательства 4-5 ступеней. Собирается информация, позволяющая прояснить относительное влияние конституциональных характеристик ребенка, истории его развития, особенностей взаимодействия матери и ребенка, семейных отношений, условий жизни и др. на актуальный уровень развития ребенка и особенности функционирования.

Анализ истории становления программ раннего вмешательства и его различных видов показывает, что семейно-центрированность и изменение взаимодействия матери и ребенка рассматривается не только как неотъемлемая иель раннего вмешательства, но и как показатель ее эффективности. Для анализа результатов терапевтического вмешательства в рамках такого подхода сравнивались характеристики взаимодействия на первоначальном этапе определения потребностей ребенка и семьи и через несколько месяцев после начала программы. Было выявлено, что после проведения раннего вмешательства характеристики состояния, социального поведения и взаимодействия матерей и детей из группы риска отставания в развитии не отличаются от таковых в контрольной группе матерей и здоровых детей. Наблюдалось улучшение социально-эмоционального функционирования, и после раннего вмешательства дети с особыми потребностями могут быть переведены в группы детского сада для продолжения социализации вместе с нормально развивающимися сверстниками.

На основании опыта организации программы был разработан проект положения о службе ранней помощи для младенцев и детей раннего возраста с особыми потребностями как подразделения при дошкольном образовательном учреждении, с описанием целей, задач и содержания работы службы, определением критериев создания и условий финансирования, штатных единиц и порядка руководства. Положение включает в себя описание используемых пособии, перечень и должностные инструкции специалистов, список документов, необходимых для организации службы. Обслуживание проводится бесплатно для семьи, за исключением некоторых специально оговоренных случаев. Законодательной основой предлагаемой модели является статья 18 п. 5 Закона Российской Федерации об образовании и Программа развития образовательной системы Санкт-Петербурга в 1996-2000 гг., проект «Город - малышам». С нашей точки зрения, организация подразделений для семейно-центрированного обслуживания младенцев и детей раннего возраста с особыми потребностями в дошкольных учреждениях системы образования перспективна, поскольку: а) персонал детских садов направлен на создание условий не столько для лечения, сколько для развития ребенка (в то же время в каждом детском саду есть подразделение медицинского обслуживания детей); б) обычно родители приводят ребенка в детский сад ежедневно, кроме выходных дней, т. е. для родителей младенцев с особыми потребностями естественно приходить с ребенком в такое учреждение несколько раз в неделю; в) подразделение семейно-центрированной, междисциплинарной ранней помощи может стать моделью для преобразования ясельных групп детского сада; г) сеть дошкольных учреждений системы образования развита и распространена, детские сады есть в каждом районе города и обычно расположены близко к месту проживания семьи; д) по окончании программы раннего вмешательства существует возможность включения детей с особыми потребностями в обычные группы детского сада.

Направления дальнейшего развития программы. На протяжении всего времени организация программы ранней помощи в дошкольном учреждении системы образования сталкивалась с объективными трудностями в виде, например, практически полного отсутствия социальной работы и поддержки семей детей с особыми потребностями. Возникает вопрос о том, что произойдет с семьей и ребенком по достижении им трех - четырехлетнего возраста и окончании программы. Результатом жизни в неразвитой и ригидной системе социального обслуживания может быть то, что даже после нескольких лет сохранения сильно отстающего в развитии ребенка в семье родители все же будут вынуждены передать его в институты сегрегации.

К середине 1990-х гг. в системе дошкольного образования Санкт-Петербурга у детей с особыми потребностями появилась возможность посещать специально организованные для них группы «Особый ребенок». Другим направлением продолжения программы развития детей групп риска может быть создание на базе широко распространенной сети дошкольных учреждений, в частности в имеющихся в каждом районе детских садах, объединенных групп для здоровых детей и детей с особыми потребностями. Существуют различные подходы к организации этих групп - интеграция, включение, объединение с основным потоком детей. Такое направление может быть наиболее перспективным, если программа раннего вмешательства также создана в дошкольном учреждении. В этом случае возможна организация плавного перевода ребенка в группу того же детского сада, что обеспечивает детям и родителям безопасность перехода от программы к программе, смягчает прохождение адаптации к новым условиям, обеспечивает преемственность отношении и социального опыта.

К настоящему временя командой сотрудников дошкольного образовательного учреждения создана возможность перевода и включения детей, в течение нескольких лет посещавших службу ранней помощи и нуждающихся в продолжении обслуживания после превышения 3-4-летнего возраста, в группы того же детского сада. Организованы группы совместного пребывания здоровых детей и детей из групп риска отставания в развитии. Предлагается модель дошкольного образовательного учреждения, осуществляющего поэтапное и преемственное междисциплинарное семейно-центрированное обслуживание детей младенческого, раннего и дошкольного возраста и состоящего из двух подразделений: 1) службы ранней помощи для младенцев и детей раннего возраста с особыми потребностями; 2) подразделения включения детей, прошедших раннее вмешательство, в группы сверстников дошкольного возраста.

Поддержка родителей детей с особыми потребностями

Вне зависимости от уровня развития и медицинского диагноза основной психологической потребностью каждого ребенка младенческого возраста является взаимодействие с постоянным, социально-отзывчивым взрослым. Впитывая и проживая все многообразие материнского поведения, ребенок откладывает в копилку представлений о себе те нити и краски отношений, из которых создается образ себя, достойного или недостойного любви.

Когда в семье рождается ребенок с особыми потребностями - тот, кого обычно раньше называли инвалидом, благополучие взаимодействия с ним близких взрослых подвергается серьезному испытанию, хотя со временем между ребенком и родителями развиваются отношения любви привязанности. Первоначально нарушение развития у ребенка вызывает у членов семьи шок, переживание горя амбивалентное отношение к малышу, отвержение. Боль и чувство вины, гнев и разочарование, временная потеря контроля над реальностью зачастую в буквальном смысле держат всю семью в плену: многие семьи переживают изоляцию, остаются наедине со своим горем, никому не показывают слез, в самих себе ищут силы справиться с кризисом.

Диагноз или нарушение развития ребенка является источником стресса не только для семьи, но и для самого малыша. Ребенок оказывается в заложниках, ожидая преданности и отзывчивости от родительского поведения, которое в случае рождения ребенка с особыми потребностями пронизано полярными чувствами заботы и гнева, любви и разочарования. У многих детей с нарушениями развития погружение в водоворот эмоционального стресса родителей проходит на фоне массивного медицинского лечения, что делает положение ребенка еще более уязвимым. Его реагирование на эти травмирующие факторы может выражаться регрессией до состояния очень глубокой задержки развития, подавлением способностей.

Психологические процессы, сопровождающие адаптацию родителей к особым потребностям их ребенка, являются фокусом социально-психологической работы с семьей в программах ранней помощи.

Заключение

Программы раннего вмешательства - одно из эффективных направлений профилактики детской инвалидности и социального сиротства, получившее широкое распространение в мире.

В настоящее время благодаря совместным усилиям органов государственной власти создана и функционирует уникальная система служб раннего вмешательства для детей в возрасте от 0 до 3 лет, входящих в группу биологического и социального риска, и детей-инвалидов.

Деятельность служб направлена на развитие максимально возможных функциональных способностей ребенка, а также на обеспечение его психического и физического благополучия при непосредственном участии в реабилитационном процессе его родителей.

Программы раннего вмешательства (абилитации) начинаются с момента обнаружения у ребенка нарушения или задержки в развитии, а также наличия факторов социального риска, приводящих к задержке в развитии или трудностям в социализации и дальнейшей жизни ребенка, и осуществляется путем скоординированных действий различных служб, включающих в себя:

раннее выявление отставания либо отклонения в развитии у детей в возрасте от рождения до 3 лет;

междисциплинарную оценку, определяющую уровень развития ребенка в различных областях (познавательной, социально-эмоциональной, двигательной и др.);

разработку программ индивидуального сопровождения ребенка и семьи;

сопровождение ребенка и семьи в соответствии с разработанной программой, а также социальный патронаж и домашнее сопровождение;

обучение членов семьи умениям и навыкам проведения абилитационных программ в домашних условиях;

отслеживание эффективности ранней помощи, при необходимости внесение дополнений и изменений в разработанную программу и др.

Отработанная модель показала свою состоятельность   
и является наиболее эффективной формой профилактики детской инвалидности и социального сиротства.

Литература и источники

1. Авдеева Н.Н. Раннее вмешательство и эмоционально-личностные нарушения в раннем возрасте [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2010. №5. URL: http://psyjournals.ru/psyedu\_ru/2010/n5/Avdeeva.shtml (дата обращения: 09.02.2015)

. Боулби Дж. Привязанность. - М., 2003.

. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. - М.,2006.

. История возрастной психологии : детская психология : учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н.Е.Веракса, А.Н.Веракса. - М.: Издательский центр «Академия», 2008. - 304 с.

. Жулина Е. В., Теоретические основы изучения и коррекции психического развития детей раннего и дошкольного возраста при задержке экспрессивной речи: Монография. - Н. Новгород: НГПУ, 2008. - 186 с.

6. <http://ru.wikipedia.org>,

. <http://www.twirpx.com>