

Министерство социальной политики Красноярского края

Краевое государственное казенное учреждение
«Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения»

**МЕЖРЕГИОНАЛЬНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ:
АКТУАЛЬНОСТЬ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ПОДХОДА.
ПРОБЛЕМЫ СТАНОВЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ»**

*Сборник материалов конференции
3 – 4 апреля 2019 года, г. Красноярск*



Министерство социальной политики Красноярского края

Краевое государственное казенное учреждение
«Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения»

**Развитие системы ранней помощи
в Красноярском крае: актуальность
межведомственного подхода.
Проблемы становления
и перспективы развития**

*Сборник материалов
научно-практической конференции
3–4 апреля 2019 года, г. Красноярск*

Оргкомитет конференции:

Региональная общественная организация «Красноярский центр лечебной педагогики»;

Краевое государственное казенное учреждение «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения»;

Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева.

При участии:

министерства социальной политики Красноярского края;

министерства образования Красноярского края;

министерства здравоохранения Красноярского края;

АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства».

УДК 316.34/.35(063)
ББК 60.54я431
Р 17

*Печатается в рамках реализации мероприятий подпрограммы
«Формирование и совершенствование системы
комплексной реабилитации и абилитации инвалидов,
в том числе детей-инвалидов»*

Развитие системы ранней помощи в Красноярском крае: актуальность межведомственного подхода. Проблемы становления и перспективы развития: сб. материалов научно-практической конференции (Красноярск, 3–4 апреля 2019 г.) / ред. совет: Е.И. Астраханцева, О.И. Аксарина, О.М. Матвеева, В.Г. Сухих, В.А. Чеха, Е.А. Сидоренко. – Красноярск: КГКУ «РМЦ», 2019. – 200 с.

Сборник включает доклады участников конференции, отражающие современные подходы, базовые принципы и практику оказания услуг ранней помощи детям и их семьям в разных регионах страны. Материал сборника адресован специалистам организаций разной ведомственной принадлежности, социально ориентированным общественным, родительским и иным организациям, работающим в сфере оказания услуг ранней помощи, а также всем неравнодушным к судьбе детей с ограниченными возможностями здоровья.

Материал печатается в авторской редакции, при перепечатке ссылка на сборник обязательна.

ISBN 978-5-9631-0776-8

© Ресурсно-методический центр
системы социальной защиты
населения, 2019



Уважаемые коллеги!

Реализация гарантированного права каждого ребенка с особыми потребностями на получение необходимых качественных услуг на самых ранних этапах развития определяется в Красноярском крае Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.08.2016 № 1839-р, методическими рекомендациями по созданию программ и планов развития ранней помощи в субъекте Российской Федерации, утвержденными Минтрудом России в апреле 2018 года, и планом мероприятий по реализации на территории Красноярского края Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденным распоряжением Губернатора Красноярского края от 02.05.2017 № 223-рг.

Численность детей, нуждающихся в ранней помощи, составляет в крае порядка трех процентов величины всей детской популяции. Масштабы целевой группы увеличивает категория детей группы риска, а при наличии у ребенка выраженных нарушений функций организма и значительных ограничений жизнедеятельности, приводящих к неполноценному включению в систему образовательных услуг, возможно продолжение оказания услуг ранней помощи до семи-восьми лет. В самое ближайшее время нам предстоит сформировать в крае систему ранней помощи детям и семьям как основное звено по профилактике инвалидности и снижению степени ограничения жизнедеятельности. Учитывая особую важность межрегионального и межведомственного взаимодействия

в период конструирования и моделирования региональной системы ранней помощи при активном участии министерства социальной политики и краевого государственного казенного учреждения «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения», в апреле 2019 года в Красноярске прошла межрегиональная научно-практическая конференция по становлению и развитию системы ранней помощи в Красноярском крае.

Материал настоящего сборника призван ознакомить специалистов учреждений, работающих в сфере предоставления услуг ранней помощи, заинтересованных активных родителей, волонтерские и социально ориентированные общественные организации с некоторыми методологическими и практическими аспектами создания системы ранней помощи. Таким образом, впереди у нас с вами большая работа. Творческих успехов в вашей благородной и очень нужной деятельности!

Министр социальной политики
Красноярского края
И.Л. Пастухова

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Самарина Л.В. Современный этап развития ранней помощи в Российской Федерации	7
2. Астраханцева Е.И. Поддержка родителей в службе ранней помощи РОО «Красноярский центр лечебной педагогики» . . .	17
3. Беляева О.Л. Система ранней помощи детям с нарушениями слуха и их семьям: опыт деятельности и перспективы развития	24
4. Гусева С.В. Организация ранней помощи на базе учреждений социальной защиты, образования, здравоохранения, НКО в Тульском регионе: возможности, ограничения, перспективы	34
5. Даздорова С.Ю. «Бывает семья, и бывают в ней дети, главное детей ничего нет на свете»	40
6. Ерахтина Г.В. Практика межведомственного взаимодействия с дошкольными образовательными учреждениями города Минусинска	49
7. Иванова М.А. Применение интервью «Типичный день» в работе службы ранней помощи	55
8. Карасёва Е.П. Межведомственное взаимодействие и удаленное сопровождение в службе ранней помощи Шушенского района Красноярского края	61
9. Колкова С.М. Развитие способности к безусловному позитивному принятию родителем своего «особого» ребенка	66
10. Косарева Ю.Н. Содействие получению социального опыта с детьми раннего возраста в условиях детско-родительской группы	72
11. Липатова С.В. Поддержка родителей в форме групповых занятий	78
12. Матвеева О.М., Астраханцева Е.И. Служба ранней помощи как организатор перехода в дошкольную образовательную организацию ребенка с особенностями развития	84

13. Матвеева О.М., Лукьянова М.К. Сопровождение деятельности служб ранней помощи как фактор, обеспечивающий качество предоставления услуг ранней помощи	113
14. Мельник С.Н. Развитие службы ранней помощи в г. Иркутске и Иркутской области: создание, проблемы, актуальность	122
15. Погорелова В.Ф. Содействие развитию двигательных навыков ребенка	129
16. Прошкина С.В. Содействие развитию общения и речи ребенка музыкально-ритмическими средствами на музыкальных занятиях в службе ранней помощи	134
17. Свентитская Н.И. Психологическая поддержка родителей в рамках клубной деятельности. Динамика формирования партнерских отношений с семьей	140
18. Сухих В.Г. Развитие региональной системы ранней помощи в Красноярском крае	146
19. Фурьева Т.В. Педагогика раннего сопровождения детей, имеющих риски в развитии (зарубежный опыт)	155
20. Хлебникова В.В. Поддержка семьи, воспитывающей детей с особыми потребностями раннего возраста, в ситуации удаленного сопровождения	178
21. Чеха В.А. Результаты мониторинга ресурсности учреждений социального обслуживания Красноярского края по ранней помощи детям и семьям	183
22. Чистохина А.В. Резильентность как жизненно важное качество современного человека	188

СОВРЕМЕННЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Самарина Лариса Витальевна, директор АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства», г. Санкт-Петербург

В настоящий момент времени в нашей стране активно развивается система ранней помощи, направления этой работе определила Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации до 2020 года [1]. В Концепции заложены ключевые задачи, которые необходимо решить, чтобы ранняя помощь получила законодательную основу для функционирования. К приоритетным задачам относятся: создание правовых основ и методическое обеспечение ранней помощи; создание механизмов своевременного выявления детей, нуждающихся в ранней помощи; обеспечение подготовки квалифицированных специалистов; обеспечение управления качеством услуг ранней помощи.

На момент выхода Концепции не было документов, которые могли бы регламентировать этот процесс. Поэтому при Министерстве труда и социальной защиты РФ была создана межведомственная рабочая группа по организации системы ранней помощи, в ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта» было открыто направление научной деятельности «Ранняя помощь» – и группа ведущих ученых и практических работников занялась подготовкой документации.

К сегодняшнему дню рабочей группой созданы разные документы. Один из них – «Методические рекомендации по развитию ранней помощи в субъекте Российской Федерации»,

в нем прописана последовательность действий субъекта РФ на пути развития ранней помощи. И первый шаг – это создать в субъекте межведомственный координационный совет, второй шаг – выработать собственную региональную программу по развитию ранней помощи, далее определить ведомства, в которых будут созданы подразделения ранней помощи, и, наконец, организовать всю работу.

Также в методических рекомендациях есть следующие документы: Примерный порядок выявления и направления детей для получения услуг ранней помощи, Примерный стандарт услуг ранней помощи, Примерное положение о структурном подразделении ранней помощи, Примерный порядок организации межведомственного взаимодействия на уровне субъекта РФ. Документы предполагают, что на их основе можно пошагово осуществлять действия по развитию ранней помощи в субъекте РФ.



Концепция развития ранней помощи должна быть реализована до конца 2019 года, и в 2020 году ранняя помощь должна стать доступной повсеместно. Два пилотных региона – Свердловская область и Пермский край – апробируют созданные документы и дадут обратную связь с тем, чтобы помочь их сделать функциональными, рабочими. После этого примерные документы поступят во все субъекты РФ с тем, чтобы с ними ознакомились и внесли свои предложения научные работники, чиновники и специалисты. Этот порядок разработки документов позволяет достичь главной цели всей работы: создать такую нормативную базу, которая отражает современные представления о ранней помощи и позволяет развивать ее в самых разных условиях – от крупных городов до малых населенных пунктов.

Какой же путь в своем развитии прошла ранняя помощь в России до сегодняшнего дня? Есть несколько эволюционных линий, исследование которых помогает понять, что такое современная ранняя помощь.

Первая и основная линия – это переход от традиционно принятого в нашей стране коррекционно-развивающего подхода к современному функциональному подходу, к нормализации жизни ребенка и семьи. Это переход от тренировки у ребенка изолированных навыков к развитию у него способности быть независимым в повседневной жизни, успешно общаться с другими людьми, строить отношения, участвовать во всех жизненных событиях. Философия функционального подхода оперирует понятиями «ежедневные жизненные ситуации», «активность и участие» ребенка, «ограничения жизнедеятельности». Работа в рамках функционального подхода предполагает, что специалисты знают и умеют применять в работе Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, опираются на активность ребенка, увеличивают его вовлеченность во

время реализации индивидуальной программы ранней помощи (далее – ИПРП), а цели ИПРП содержат указание на то, в каких ежедневных жизненных ситуациях (или рутинах) у него появятся новые навыки.

В качестве примера такого изменения в подходах можно рассмотреть работу логопеда. Прежде он начал бы работать с ребенком не раньше достижения им трех лет, в его задачи входило бы увеличение словарного запаса ребенка, развитие понимания речи, постановка звуков или исправление звукопроизношения. Логопед в ранней помощи начинает работать с парой «ребенок – взрослый», когда первому может быть несколько месяцев. Его задачей будет таким образом выстроить ежедневное взаимодействие в этой паре, чтобы у ребенка развивалась коммуникация, которая сама по себе является базовой областью функционирования ребенка, нужной в каждой рутине. Логопед определит ведущие мотивы общения ребенка, оценит, какими средствами коммуникации он пользуется, выяснит, есть ли причины, мешающие развитию вербальной речи, и, если такие причины есть и они серьезные, подберет альтернативное средство коммуникации. И главное, все новые навыки, которые будет осваивать ребенок, будут нужны ему каждый день в его повседневной жизни, он их будет осваивать именно в общении в своей семье. К таким навыкам можно отнести навыки просьбы, согласия, отказа, разделения информации, понимания указаний и т.д.

Вторая эволюционная линия касается восприятия ребенка и отношения к нему. Нужно признать, что в коррекционно-развивающем подходе ребенок воспринимался как объект для воздействия специалистов. У ребенка развивали речь, восприятие или моторику, за него решали, чему ему нужно учиться, с ним организовывали занятия, а в ответ ожидали послушания. Ребенок воспринимался пассивным получателем педагогическо-

го воздействия. Современные знания кардинально изменили взгляд на этот процесс, ученые привели неоспоримые доказательства того, что ребенок является активным исследователем окружающего мира, что обучение ребенка гораздо эффективнее, если специалисты опираются на его инициативу, собственную активность и вовлеченность. Это повлекло за собой и изменение подходов к оказанию помощи, на смену таким вещам, как массаж, физиопроцедуры, курсы ЛФК, пришла абилитация в повседневной жизни, когда ребенка во время игры, кормления, перемещения, переодевания поощряют вовлекаться и быть активным, помогают действовать самостоятельно, целенаправленно формируют у него нужные навыки. Ребенка не просто перемещают, кормят или одевают, а ждут его собственных движений, звуков, знаков. При этом все элементы обучения тщательно спланированы.



Третья эволюционная линия естественным образом следует из первых двух. Произошло изменение ролей специалистов и родителей. Изначальная авторитарно-назидательная модель, когда специалист играл главную роль, определяя цели, задачи, методы и способы обучения ребенка, сам проводил занятия и ожидал от родителей невмешательства в процесс, развернулась в сторону равноправного партнерства. Специалист теперь выступает в роли коуча для семьи. Он способствует оценке потребностей как ребенка, так и семьи в целом. Он помогает проанализировать, какие трудности существуют в жизни семьи, что ей помогает, на что можно опереться. Совместно родители и специалист принимают решение о направлениях помощи, цели содержат подробное описание новых навыков у ребенка и того, как родители смогут действовать, чтобы помочь ему их освоить. Семья становится главным учителем для ребенка, потому что именно она организует всю повседневную его жизнь, и от того, как это будет происходить, зависит, сможет ли ребенок развивать новые навыки. Роль специалиста – профессиональная поддержка и предоставление семье необходимых знаний, помощь в овладении способами обучения ребенка, организации непрерывности в процессе реабилитации.

Безусловно важным изменением, которое логически обусловлено внедрением функционального подхода, является отказ от курсовой реабилитации и переход к оказанию длительной и непрерывной помощи. Ранняя помощь оказывается семье от момента ее обращения до момента перехода ребенка в систему дошкольного образования. Известно, что навыки повседневной жизни развиваются у ребенка не одномоментно, каждая рутина включает в себя целый ряд базовых и специфических навыков. Чтобы улучшить функционирование ребенка в одной рутине, необходимо последовательно решить множество задач. Например, рутина «самостоятельная игра» включает в себя способность ребенка поддерживать стабильную позу,

совершать множество движений руками, интересоваться предметами и действиями с ними, пользоваться зрением, слухом. Каждый из этих навыков проходит несколько этапов в развитии и требует длительной поддержки, особенно если у ребенка есть какие-либо нарушения функций организма. Курсовая реабилитация позволит ребенку освоить отдельные элементы навыков, причем на уровне начального освоения, а не уверенного применения в повседневной жизни. Родители без продолжающейся поддержки испытывают затруднения в том, как же дальше продолжать обучать ребенка. В итоге после курса реабилитации у ребенка имеются отдельные новые навыки, но без их регулярного применения и закрепления в повседневной жизни, без их дальнейшего развития, без усложнения активности освоенные навыки утрачиваются, и функционирование ребенка возвращается в исходную точку. И лишь длительное сопровождение семьи в процессе обучения ребенка приводит к действительно устойчивым результатам.

Следующая важная эволюционная линия касается изменения модели взаимодействия специалистов во время оказания помощи ребенку и семье. И опять это изменение связано с переходом к функциональному подходу. Ранняя помощь – это командная работа, когда одновременно несколько специалистов оказывают помощь ребенку, чтобы улучшить его функционирование в повседневной жизни. Это длительная кропотливая работа по изучению того, что ребенок уже может делать сам, в чем есть трудности. Это анализ способностей ребенка и подбор соответствующего способа помочь ему овладеть жизненно важными навыками. В отличие от прежде практиковавшейся изолированной работы каждого специалиста, команда ранней помощи работает над единой целью. Например, если в семье есть трудности с кормлением ребенка, специалисты будут оценивать ситуацию в целом. А поскольку процесс кормления (для ребенка – процесс еды) включает в себя много компонен-

тов, в оценке будет принимать участие команда. Роли распределяются так: физический терапевт оценит способность ребенка поддерживать позу «сидя»; логопед – орально-моторные функции, навыки жевания, глотания, развитие коммуникации, качество взаимодействия в паре «ребенок – родитель»; эрготерапевт – стул, посуду, текстуру пищи. То есть команда из трех специалистов объединится, чтобы внести вклад в достижение общей цели – провести междисциплинарную углубленную оценку, чтобы разработать программу помощи. Далее команда специалистов будет работать в одном направлении – улучшать рутину кормления, при этом промежуточные задачи для ребенка и семьи будут обсуждены всеми специалистами и согласованы с семьей. Такое взаимодействие в команде называется трансдисциплинарным, пересекающим профессиональные границы, но направленным на единую общую цель.

Таким образом, современная ранняя помощь направлена на достижение следующих целей:

- улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях;
- повышение 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 его развития и воспитания;
- включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи, подготовка его к включению в сферу образования.

Реализуется это в специально созданных подразделениях, на основе трансдисциплинарного командного взаимодействия специалистов, в партнерстве с семьей, длительно и непрерывно, в ежедневных жизненных ситуациях, в естественных условиях.

Безусловно, изменение подходов в ранней помощи требует новых знаний от специалистов, новых специальностей. И еще одна эволюционная линия развития ранней помощи – появление новых специальностей:

- физический терапевт;
- эрготерапевт;
- специалист по коммуникации;
- педиатр развития;
- специалист по ранней помощи.

Соответственно, разрабатываются новые профессиональные стандарты, программы подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов.

И наконец, самое важное изменение в нашей стране – от создания отдельных служб, кабинетов, центров произошел переход к развитию региональных систем ранней помощи, которые развиваются на основе реализации региональных программ с государственной поддержкой.

Профессионалы пришли к пониманию необходимости объединения, и в ноябре 2017 года разные люди, занимающиеся ранней помощью, объединились в Ассоциацию профессионального сообщества и родительских организаций по развитию ранней помощи. Сейчас создана первая версия портала по ранней помощи как единой площадки для накопления банка информационных материалов по ранней помощи, сбора информации о ранней помощи в регионах, о специалистах, преподавателях, обучающих ранней помощи.

Также в Концепции предусмотрено создание в субъектах РФ региональных ресурсно-методических центров по ранней помощи. У них должно быть несколько функций: статистическая, чтобы собирать информацию, сколько детей нуждается в ранней помощи, сколько и каким образом ее получают, сколько специалистов имеется, сколько из них прошло переподготовку или повышение квалификации. Эти центры должны за-

ниматься подготовкой специалистов, осуществлять повышение их квалификации. В функции ресурсных центров должна входить задача сформировать банк материалов по ранней помощи и проводить информационные мероприятия для специалистов и семей. В настоящее время в ряде территорий (Санкт-Петербург, Архангельск, Уфа, Пермь, Красноярск, Великий Новгород, Казань и Тула) созданы новые региональные ресурсно-методические центры ранней помощи. Их преподаватели прошли подготовку в Институте раннего вмешательства.

Вся деятельность по выполнению Концепции направлена на то, чтобы в 2020 году в каждом субъекте РФ, в каждом городе любая семья могла получить своевременную качественную раннюю помощь.

Литература

1. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 года № 1839-р. URL: http://www.center-albreht.ru/upload/МСЭ/Контseptsiya_razvitiya_ranneiy_pomoshi_v_RF_na_period_do_2020g.pdf.

ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ РОО «КРАСНОЯРСКИЙ ЦЕНТР ЛЕЧЕБНОЙ ПЕДАГОГИКИ»

Астраханцева Елена Ивановна, ведущий детско-родительских групп по программе РЕКиР – Первый год, арт-геиштальт-терапевт РОО «Красноярский центр лечебной педагогики», г. Красноярск

Рождение малыша с особенностями развития неизбежно меняет уклад жизни семьи и особенно ее психологический климат. Все члены семьи, и в первую очередь мама, находятся в состоянии эмоционального стресса. Наш опыт работы с семьями и исследования показывают, что первые чувства, которые испытывают родители (шок, вина, горечь), никогда не исчезают. В определенные периоды семейной жизни они вспыхивают с новой силой. Возникают неровные, а часто конфликтные отношения между супругами и другими членами семьи. Очевидно, что дети с особенностями развития испытывают повышенную необходимость в опоре на взрослых. Поэтому, работая с такими детьми, нельзя не учитывать эмоционального состояния их родителей. Семья является одним из существенных, а в некоторых случаях практически единственным ресурсом развития личности особенного ребенка, стимулирующим процесс его социализации и самореализации. Существующие в обществе стереотипы еще больше усугубляют кризисные состояния семьи с «особым» ребенком, а вариантов получения помощи таким семьям недостаточно. Опрос, проведенный среди родителей детей, имеющих особенности развития, посещающих РОО «Красноярский центр лечебной педагогики» (далее – КЦЛП), показал, что 10 % опрошенных не чувствуют поддержки государственных органов, 30 % испытывают пренебрежительное отношение окружающих, а 60 % семей предпочитают общаться с небольшим кругом знакомых и родственников.

Серьезным ресурсом для поддержки родителей являются общественные организации, предоставляющие психолого-педагогические и другие услуги семьям с детьми, имеющими нарушения развития, а также родительские общественные объединения.

За время работы (20 лет) службы ранней помощи (далее – СРП) мы отметили, что в большинстве программ помощи государственных учреждений в центре стоит ребенок с нарушениями развития, а родителю весьма редко уделяется необходимое внимание и поддержка.

Мы убеждены в том, что помощь может быть эффективной только тогда, когда она оказывается всей семье как целостной единице функциональной реабилитации.

Каковы особенности психологического состояния родителей, имеющих ребенка с ограничениями жизнедеятельности? Горе, которое испытывает мать ребенка с отклонениями в развитии, живет вместе с ней всю ее жизнь и проявляется в различных интерпретациях. Это может быть гнев и депрессия, сильная и продолжительная злость и упреки в адрес разных людей и себя, самоотверженное участие в горе других или отрицании того, что ребенок болен, активная «беспечность», бессонница, физическое заболевание, мысли о самоубийстве, самонаказание, социальная изоляция и многое, многое другое.

Родители видят в своем ребенке физическое и духовное продолжение себя. Ожидая появления малыша, родители мечтают о том, какой будет его жизнь и как в связи с его появлением изменится жизнь семьи. Конечно же, это – радостные ожидания. Исследователь проблемы Г. Фюр назвал образ будущего ребенка «ребенком мечты». Можно с уверенностью утверждать, что никто из родителей не мечтает и не ждет появления ребенка с ограничениями жизнедеятельности. Поэтому рождение такого ребенка может ощущаться как потеря. Родители чувствуют настоящее горе, несмотря на то что у них родился живой малыш. Исследования Г. Фюр показывают, что родители редко испытывают одинаковые чувства к своему ребенку, каждый из супругов переживает горе по-своему. Они ощущают себя людьми, которых нака-

зали за какую-то совершенную или воображаемую ими ошибку. Родители считают, что навсегда потеряли чувство уверенности в будущем, они боятся будущего, полного тревог и испытаний.

Каждая семья после рождения ребенка с функциональными нарушениями переживает кризис, продолжительность которого в каждой отдельной семье разная.

На первоначальном этапе – это тоска и отчаяние. Мать, как правило, становится раздражительной и неблагодарной даже по отношению к тем, кто пытается ей помочь. Родители испытывают депрессию, им кажется, что их жизнь рушится. Часто понимание, что с ребенком что-то не так, приходит не вдруг, а постепенно – в течение нескольких недель или даже месяцев, а в некоторых случаях – лет. А для ребенка с ограничением жизнедеятельности очень важен период развития до трех лет, когда закладывается фундамент его будущей жизни. Обеспечение дальнейшей судьбы ребенка возможно лишь тогда, когда рядом с ним находится мать. В ситуации типичного развития ребенка именно мама (или другой близкий человек) помогает ему усвоить образы окружающего мира, сформировать у него чувство «базового доверия» к миру. Сформировать это чувство может только любящая мать. В обычной семье она принимает и любит своего ребенка таким, каков он есть, потому что не может иначе. Специфика ситуации рождения особенного ребенка состоит в том, что родители испытывают массу противоречивых чувств, есть у них и сильные негативные переживания. Г. Фюр называет это «здоровое горе». Это потеря, которая заставляет родителей чувствовать себя виноватыми, поскольку у них были запрещенные чувства и мысли, связанные с ребенком. Для того чтобы переработать негативные переживания и проститься с «ребенком мечты», нужно время. Однако реальный ребенок жив, его нужно окружать заботой, любовью и лаской прямо сейчас. Для матери же нужно время и колоссальная внутренняя работа, чтобы перестать чувствовать себя неудачницей, чтобы принять реального ребенка.

Ей нужна ее надежда, она вызывает к окружающим, чтобы они участвовали в ее мечте. Она раздражается и сердится

на тех, кто пытается заставить ее осознать действительность. Она же к этому еще не готова.

На первом этапе родители хватаются за надежду на изобретение суперлекарства, которое избавит их ребенка от ограничения. Родители готовы воспринимать только ту информацию, которая поддерживает жизнь их мечты, а того, что может помешать их вере в чудо, они избегают. Родители предпринимают упорные долгие попытки избавиться от ограничений ребенка, хотя они зачастую не приносят ожидаемого результата.

На следующем этапе возникает разочарование. Мама убеждается в потерянном счастье, она сравнивает свою мечту с действительностью и понимает, что ей не придется пережить и увидеть. Разочарований становится все больше, и на смену тоске приходит отчаяние. Для жизни с реальным ребенком мама должна разрушить старую мечту и найти новую, которая будет основываться на реальности. Когда старая разрушена, а новой еще нет, родитель живет в запутанном, беспорядочном хаосе, ему кажется, что мир вокруг рушится, наступает период, когда упадок и депрессия мучительны. Середина горя – это борьба между мечтой и реальностью. Осознание действительности влечет за собой угрозу чувству собственного достоинства родителей и для спокойного знакомого мира, в котором они живут. Защита срабатывает автоматически, она не подпускает к человеку боль, беспокойство и страх. Она позволяет постепенно приспособиться к действительности, хотя и опирается на самообман. Отрицая ограничения ребенка, родители на этой стадии горя принимают только ту информацию, которую в данный момент могут вынести. Эти колебания и борьба между мечтой и действительностью приобретают разные формы. Например: отрицание диагноза – родители не хотят верить и думают, что врач ошибся.

Построение новой мечты о будущем – это завершающий этап горя. Родители испытали мечту и надежды по отношению к действительности и постепенно поняли, что мечта и реальность расходятся. Они пережили свой страх и гнев, разочарование, отчаяние и бессилие и почувствовали, как жизнь для них

разрушилась. Родители постепенно обращаются к будущему. Содержанием конструктивного выхода из горя становится составление планов на будущее с реалистической оценкой, основанной на тех способностях, которые есть у ребенка.

Продуктивному протеканию этого процесса способствует возможность дать выход эмоциям, понимание и признание за родителями права на переживания, поддержка со стороны окружающих – все это помогает справляться с сильными чувствами без значимых потерь. Гнев и чувство вины должны открыто выражаться, а не быть запрещенными чувствами. Самое важное то, насколько быстро и продуктивно родители сумеют адаптироваться к своей новой ситуации. Это имеет значение для благополучного будущего не только ребенка с особенностями развития, но и для жизнедеятельности всей семьи. Особенности протекания кризиса у каждого родителя во многом зависят от его внутреннего психологического ресурса – был ли у самого родителя опыт принятия его другим человеком, признавались или отвергались в свое время его реальные потребности, насколько его собственный опыт целостен.

Оказывая помощь, наши специалисты учитывали состояние родителей. Не сразу может сформироваться доверие к специалисту, кто-то убежден в том, что почувствовать и понять ситуацию родителя «особого» ребенка тому, у кого нет похожего опыта, достаточно сложно. Мы подумали, что родители быстрее и легче найдут контакт и выстроят взаимодействие с людьми, объединенными одной проблемой и пережившими похожее горе, то есть с такими же родителями. И у нас появилась идея создания интегративного семейного клуба.

Результаты проведения фокус-группы с родителями показывают, что информированность о возможностях получения помощи семьям с детьми раннего возраста достаточно низкая. Так, 80 % опрошенных родителей не знают о деятельности СРП (функциональной реабилитации) для детей с нарушениями развития в возрасте до трех лет, представленной в Красноярске, а 20 % респондентов считают, что такая помощь оказывается только в ме-

медицинских учреждениях, а 58 % родителей вообще не знакомы со специальной литературой по проблемам своих детей. Эти факты показывают масштаб активности/пассивности родителей, их ответственное желание и возможность принимать участие в судьбе своего ребенка. С учетом концепции Г. Фюр, большинство опрошенных родителей находятся на начальных стадиях проживания своего горя («потеря ребенка мечты») и, вполне вероятно, не обладают достаточным внутренним ресурсом для его самостоятельного преодоления. Сопровождая семьи, имеющие детей с особенностями развития, в СРП, мы заметили, что родители, пережившие горе, осмысленно берут на себя полную ответственность за перспективы развития своего ребенка, в этом случае отношения со специалистами можно охарактеризовать как партнерские. Но может быть и по-другому. Иногда родители с отсутствием осмысленного видения развития ребенка демонстрируют высокий уровень протестной активности, отвергая или активно критикуя рекомендации специалистов. Родители не понимают себя, поэтому не чувствительны к потребностям и интересам своего ребенка. Другие родители могут быть ориентированы на успешную социализацию, интеграцию своего ребенка и постоянно ищут современные технологии, которые помогли бы улучшить его положение. Часто такие мамы и папы находятся в поиске необходимых источников медицинской помощи, поддерживают регулярные контакты с реабилитационными центрами. Такие семьи активно ищут помощь со стороны, но, к сожалению, не видят себя как ресурс реабилитации и развития своего ребенка.

Есть еще одна группа семей – с отсутствием осмысленного видения процесса функциональной реабилитации. В этом случае родители перекладывают ответственность за состояние ребенка на специалистов. Родители фиксируются на дефекте, который видят в своем ребенке, но не включаются в совместную деятельность как с ребенком, так и со специалистом, перекладывая на последнего всю ответственность за состояние ребенка. У родителей проявляется равнодушное отношение к ситуации ребенка. Они отчуждены от него, не испытывают естественной

любви и привязанности к нему. Основной вывод, который озвучивают такие родители: «Все должно делать государство».

Стоит еще раз отметить, что эффективность оказания помощи в СРП напрямую зависит от того, насколько родители вовлечены в процесс, насколько качественно и глубоко выстроено их взаимодействие со специалистами.

Исследования показывают, что именно тогда, когда родители продуктивно преодолевают психологический кризис, они становятся действенным ресурсом развития ребенка, без чего трудно ожидать субъектного отношения и действий как самих родителей, так и ребенка. Увидеть в родителях партнеров – это основной принцип деятельности СРП.

Работа с семьей в целом и с родителями в частности должна строиться как диалог и сотрудничество, в которых именно родители несут основную ответственность за результат и потому являются ключевыми фигурами процесса. Причем разделение ответственности – это принципиально важный момент в развитии партнерских взаимодействий профессионалов и семьи. Партнерство означает, что обе стороны, родители и профессионалы, совместно идут к решению общей задачи, получают друг от друга необходимые сведения, воспринимают друг друга всерьез и взаимно дополняют друг друга. В целом партнерство зависит от открытости всех участвующих сторон, от готовности взаимно прислушиваться друг к другу. Что же касается индивидуальной ситуации, то никто не может быть более компетентным и более авторитетным для ребенка, чем его мать и отец.

В течение нескольких лет деятельность СРП была направлена на поддержку семьи в форме консультаций, индивидуальных и групповых занятий. Постепенно мы поняли, что этого недостаточно. Необходимо пространство, где родители могут обсудить собственные переживания не только по поводу ребенка, но и подумать о себе, о своих чувствах и переживаниях. На базе КЦПП в 2012 году мы организовали родительский интегративный семейный клуб «Семейкин остров», в который пригласили не только родителей с детьми, имеющими ограничения жизнедеятельности, но и всех желающих.

СИСТЕМА РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И ИХ СЕМЬЯМ: ОПЫТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Беляева Ольга Леонидовна, к.п.н., доцент кафедры коррекционной педагогики КГПУ им. В.П. Астафьева, заведующий Ресурсным центром поддержки людей с комплексными нарушениями здоровья (одновременным нарушением слуха и зрения), г. Красноярск

Система ранней помощи детям с недостатками слуха является залогом того, что ребенок с глухотой или тугоухостью сможет интегрироваться в обычные или логопедические группы (группы компенсирующей направленности для детей с тяжелыми нарушениями речи) со слышащими сверстниками.

Данная система зародилась и получила развитие с 50-х годов XX века за рубежом благодаря профессионализму многих ученых и практиков (Армин Леве (Германия), Петар Губерина (Югославия) и др.).

В России система ранней помощи детям с недостатками слуха начала экспериментально апробироваться и распространяться с 60–70-х годов благодаря пилотам отечественной сурдопедагогики Э.И. Леонгард, Н.Д. Шматко, Т.В. Пелымской, Л.И. Руленковой и др.

Для естественного речевого развития необходимо как можно раньше выявить отклонения от нормы функционирования слуха и сразу же качественно слухопротезировать ребенка. В таком случае станет возможным раннее становление и развитие устной словесной речи, осуществляемое в сенситивный речевой период. Интенсивное использование и развитие остатков слуха с применением все более совершенствующейся звукоусиливающей аппаратуры, а также в показанных случа-

ях кохлеарной имплантации дает возможность сформировать слуховую основу восприятия речи приближенно к тому, как это происходит в норме у слышащих детей.

Ранняя помощь глухому ребенку охватывает период от первых дней жизни до трех лет, при этом обязательно должна включать:

- возможно раннее выявление и раннюю коррекцию дефекта слуха и его последствий;
- максимальное сокращение разрыва между моментом определения первичного нарушения слуха и началом целенаправленной педагогической помощи;
- снижение границ специального образования до первых месяцев жизни неслышащего ребенка;
- обязательное включение в коррекционный процесс родителей в роли параспециалистов.

Во многих зарубежных странах система раннего вмешательства и помощи является обязательной государственной программой. Несмотря на необходимость ранней (с первых месяцев жизни) коррекционной работы с неслышащими детьми, на которую указывали отечественные сурдопедагоги еще в начале XX века (Н.М. Лаговский, Н.К. Патканова, Ф.А. Рау, Н.А. Рау), на сегодняшний день государственная система ранней помощи детям в виде обязательной первой ступени в системе сурдообразования в нашей стране не сложилась.

Имеется ряд законодательных актов, которые определяют необходимость ранней диагностики: Указания Минздрава России № 103 от 05.05.1992 «О внедрении единой системы раннего выявления нарушений слуха у детей, начиная с периода новорожденности, и их реабилитации»; Приказ Минздравмедпрома России № 108 от 29.03.1996 «О введении аудиологического скрининга новорожденных детей первого года жизни».

Технологии коррекционно-развивающей работы в системе ранней помощи связаны с реализацией онтогенетического под-

хода. Ребенок, слухопротезированный в раннем возрасте, может догнать своих сверстников в слухоречевом развитии к четырем-пяти годам, если близким окружением обеспечивается эмоциональное общение с малышом и даются поводы для его инициативного общения со взрослым. Иначе говоря, ребенок с нарушенным слухом должен всегда находиться в активной среде, где к нему обращаются эмоционально с речью и где его побуждают пользоваться собственным голосом для выражения своих эмоций.

Технологический подход к слухоречевому развитию детей раннего возраста с нарушенным слухом требует решения следующих задач:

- научить ребенка отражать эмоции взрослого с использованием голосовых реакций;
- научить ребенка инициативно обращаться к взрослому и/или другим детям, используя собственный голос;
- развивать понимание ребенком речи окружающих и его собственного говорения.

В своих трудах О.В. Зонтова отмечает, что онтогенетический метод предполагает активную позицию взрослого, организацию им активного общения с ребенком до и после слухопротезирования. Активность общения предполагает, что оно осуществляется в течение всего дня во всех ситуациях: режимных моментах, гигиенических процедурах, приеме пищи. Активность подразумевает сопровождение взрослым всех действий и взаимодействий речью; оказание внимания ребенку, чуткость к его желаниям и потребностям, частый телесный контакт, прикосновения, воркование с ребенком с улыбкой и другими положительными эмоциями. Взрослому нужно видеть потребности ребенка, стараться вызывать положительные эмоции у него, использовать те звуки и предметы, которые могут это сделать.

Вызывание голосовых реакций у слухопротезированного малыша получится в том случае, если его окружают улыбки

и смех, радостные возгласы, игры глазами (моргалки, подмигивания, жмурки).

Необходимо использовать в разных ситуациях строгий тон и ласковую интонацию, вызывать оживление и смех с помощью эмоционально-игрового контакта через применение простых игровых приемов, рекомендованных О.В. Зонтовой: потормошить ребенка за грудку, животик в сопровождении голосом; взять малыша на руки, покружить, потанцевать, напеть мелодию. Можно приседать с ним на руках, вставать, качать его и при этом менять интонации; подбросить слегка вверх, не выпуская из рук, проговаривая голосом эмоциональные звуки и т.д. Благодаря таким приемам ребенок научится использовать первые междометия и короткие слова.

Приемы эмоционально-игрового контакта оформляются в известные игры: «Ку-ку», «Ладушки», «Идет коза...», «Сорока-белобока», «Ехали по кочкам» и пр.

Важно часто обращаться к ребенку, называя его по имени в разных формах: полной, уменьшительно-ласкательной, «паспортной». При этом следует поглаживать ребенка, нежно на него смотреть, что со временем поможет ему реагировать не только на ласковый тон, но научит его связывать данное звучание со своей персоной. Как следствие, ребенок уже будет отзываться на свое имя и не откликаться на чужое.

Во время занятий с малышом, который пользуется слуховым аппаратом/кохлеарным имплантом, нужно находиться в поле его зрения, обязательно устанавливать контакт «глаза в глаза». Это поможет неслышащему ребенку следить за губами говорящего, подражать движениям губ. Вибрацию голоса малыш сможет научиться воспроизводить, если взрослый будет прикладывать ручку ребенка (кисть) к своей груди, гортани, щекам, крыльям носа, затылочной части головы.

Хорошим эффективным приемом закрепления возникшей голосовой активности у ребенка является выявление звучаний,

которые у него спонтанно возникли и которые он уже произносит. Взрослому нужно немедленно закрепить это умение. Например, малыш сказал «а». Взрослый эхом вторит ему с разной интонацией и разной длительностью: «А! а? А-а-а-а», использует слова с этим звуком: «бабаааа» и т.д. Такие игры-эхо вызывают эмоциональный отклик со стороны ребенка и его речевую активность. Затем можно использовать другие гласные для подобных игр. К шести-семи месяцам надо использовать звуковые сочетания, которые начали появляться в несоотнесенном лепете ребенка и новые, подходящие к ним: ба-ба, дя-дя, ма-ма-ма, па-па-па, да-да-да. Сначала нужно говорить, находясь в поле зрения ребенка, а потом – вне. Это может быть игра-переключка из другой комнаты или из-за ширмы, в зависимости от рабочего слухового расстояния ребенка. Этот прием вызывает эмоциональный подъем и голосовые ответные реакции.

Для развития слухового сосредоточения нужно использовать прием целенаправленного слушания и прислушивания. Для этого хорошо переключку чередовать с моментами умышленного молчания.

Часто, выжидая, когда его позовут, ребенок сам начинает активно произносить те же звуки. Во время общения взрослых между собой они могут останавливать разговор и подбадривать малыша: «А кто тут у нас слушает ушками? Кто тут молодец – слушает ушками?» Это привлекает внимание ребенка, можно даже показывать своим пальцем на свое ухо или ушко ребенка. Благодаря этому приему развивается слуховое сосредоточение.

Пение и слушание музыки являются также важным приемом онтогенетического метода и частью технологической цепи. Напевание знакомых мелодий развивает нецеленаправленно внимание. Новые напевы взрослого формируют прислушивание. Многократное повторение мелодий с попевками способствует развитию речи, активизации словарного запаса.

До двух лет необходимо практиковать прием эмоционального склонения ребенка к прислушиванию к разным звукам, прикладывая кисть руки или указательный палец к уху, слуховому аппарату: «Ой, как тихо» (произносить тихо или шепотом), «Слышишь? Звонок – дзинь-дзинь!», «О! Часики тикают – тик-так, тик-так». Также приглашаем ребенка слушать музыкальные инструменты и игрушки, пение птиц, мяуканье кошек, лай собаки. Для развития прислушивания и навыка локализации звуков следует играть в прятание звучащих игрушек. Например, прятать поющую куклу под одеялко, музыкальную шкатулку за шторку, мобильный телефон с включенной мелодией в сумочку и т.д.

На втором году жизни, в соответствии с технологией коррекционно-абилитационной работы, основанной на онтогенетическом подходе, необходимо продолжать «играть» в эмоциональное общение, а также вводить предметные игры. Для этого надо научить малыша ими манипулировать: переключать, бросать, стучать, трясти, пересыпать, переливать, нажимать, сдавливать и т.д. Все действия с предметами нужно сопровождать речью, названиями глаголов, а также имитировать эти звучания звукоподражаниями (водичка льется – буль-буль-буль; машинка катится, мотор гудит – брррррр). Сопровождать выполнение действий положительными возгласами, вызывать такие возгласы у ребенка: бах, бум, там/тут, опа, ура, эх, да/нет, ой, ага. Как следствие, ребенок научится на основе подражания имитировать эти же звучания. С каждым месяцем звуковая подражательная активность ребенка будет улучшаться, если его близкие сохранят эмоционально-речевую насыщенность в течение всего дня.

Также будет расширяться слуховой словарь, который ребенок понимает с помощью звукоусиливающего устройства. Проявлениями этого станут: отзывание на обращение взрослого, устремление за названным взрослым предметом, сопрово-

ждение своих действий и манипуляций с игрушками, звукоподражаниями, усеченными словами.

На третьем году жизни эмоциональное общение сохраняет свое значение, но приобретает новые формы:

- в дополнение к разговору взрослого с ребенком с ориентацией на подражание следует уже обращать внимание на профилактику возможных нарушений звукопроизношения, дыхания;
- активизируется работа по выработке условно-двигательной реакции;
- задания на поиск названного предмета или его характеристики. Для мотивации к участию в подобных играх-упражнениях следует использовать предметы, которые интересны ребенку (машинки, конфетки, блестящие шарики и т.д. – предмет, который интересует его в данный момент).

Для активизации словаря (его понимания и использования) ежедневные гигиенические процедуры и режимные моменты следует сопровождать одними и теми же фразами. При этом важно подмечать и повторять фразы, выражения, которые отражают основные потребности ребенка, например:

- «Таня хочет гулять, идем»;
- «Танюша будет спать? Бай-бай. Идем спать»;
- «Хочешь кушать? Ам-ам, идем ам-ам».

Потом ребенок научится выражать свои потребности только словами, без звукоподражаний и имитаций.

Таким образом, стремление взрослого вовлечь малыша в активное общение разнообразными способами, через эмоционально-выразительные движения и проявления способствует усилению потребности ребенка общаться с использованием вербальных средств коммуникации.

Технологии коррекционно-развивающей работы с детьми после кохлеарной имплантации являются самыми эффективными в отношении слухоречевого развития детей с глухотой и тугоухостью в последние два десятилетия в нашей стране.

В настоящее время в нашей стране благодаря аудиологическому скринингу новорожденных удается выявлять значительно большее количество детей с нарушенным слухом в первые месяцы жизни, многие семьи решают сразу же слухопротезировать своего глухого малыша системой кохлеарной имплантации.

Именно кохлеарная имплантация дает наилучшие результаты в речевом развитии детям с нарушенным слухом раннего и дошкольного возраста.

Итак, ранняя диагностика нарушений слуха у детей, обеспечение слухопротезирования современными слуховыми аппаратами и кохлеарными имплантами, что дает ребенку хорошее качество воспринимаемой речи, создают условия для ранней абилитации. Для детей, потерявших слух в перинатальный период или первые месяцы жизни, оптимальные сроки слухопротезирования – четыре-шесть месяцев.

В Красноярске действуют две пилотные площадки, оказывающие раннюю помощь детям с нарушениями слуха:

1. МБДОУ № 194 комбинированного вида г. Красноярска в статусе городской базовой площадки по инклюзивному образованию, базовой площадки ресурсного центра поддержки людей с комплексными нарушениями здоровья (одновременным нарушением слуха и зрения) КГПУ им. В.П. Астафьева.

2. МБУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 5 «Сознание» г. Красноярска в статусе региональной инновационной площадки краевого государственного автономного учреждения дополнительного профессионального образования «Красноярский краевой институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования», а также в статусе базовой площадки ресурсного центра поддержки людей с комплексными нарушениями здоровья (одновременным нарушением слуха и зрения) КГПУ им. В.П. Астафьева.

На базах данных площадок под научным руководством сотрудников кафедры коррекционной педагогики ведутся следующие виды деятельности по оказанию ранней помощи детям с нарушениями слуха и их семьям:

в МБДОУ № 194 комбинированного вида г. Красноярска дети с нарушениями слуха различной степени и слухопротезированные различными способами (слуховыми аппаратами, кохлеарными имплантами) от трех до четырех лет получают образование в группах компенсирующей направленности для детей с тяжелыми нарушениями речи, для детей с сочетанными нарушениями в развитии. Педагоги и специалисты ДОУ имеют соответствующее образование, опыт работы с данной группой детей, являются авторами методических и учебных пособий. Ежемесячно они проводят практикумы для родителей, на которых обучают членов семьи специальным методам и приемам развития слуха и речи у собственных детей. Также сотрудники детского сада ежегодно на своей базе проводят пять-шесть обучающих семинаров для педагогов, дефектологов, логопедов, психологов образовательных учреждений Красноярска и Красноярского края. В перечне тематики данных мероприятий имеется и тема «Методика слухоречевого развития детей раннего возраста с нарушениями слуха»;

МБУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 5 «Сознание» г. Красноярска является автором и реализатором единственного в Красноярске проекта по оказанию коррекционной помощи детям после кохлеарной имплантации и поддержки их семьям. Сурдопедагог Центра ведет еженедельные занятия с детьми после кохлеарной имплантации. В первую очередь на такие занятия зачисляются дети с кохлеарной имплантацией раннего возраста, не посещающие еще детские сады. Родители детей присутствуют на всех занятиях, наблюдают за работой сурдопедагога, учатся методам и приемам взаимодействия с собственным ребенком на основе

восстановленного слуха, новых слухоречевых возможностей. Постепенно родители овладевают системой слухоречевого развития кохлеарно имплантированного ребенка, проводят занятия сами в рамках семейного воспитания. Сотрудниками Центра опубликованы методические рекомендации по организации и оказанию помощи семьям, воспитывающим детей с кохлеарной имплантацией.

Специалисты МБДОУ № 194 комбинированного вида г. Красноярска и МБУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи № 5 «Сознание» г. Красноярска при обеспечении помещениями, дополнительными штатными единицами готовы к реализации различных видов деятельности по оказанию ранней помощи детям с нарушениями слуха и их семьям в большем количестве.

Литература

1. Беляева О.Л., Скакун Л.В. Теория и практика современной дошкольной сурдопедагогики: учеб. пособие / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2017.
2. Организация и содержание психолого-педагогической помощи детям после кохлеарной имплантации и их семьям: сб. материалов и методических рекомендаций / авт.-сост.: О.Л. Беляева, Л.В. Скакун. – Красноярск, 2017. – 120 с.
3. Сопровождение детей после кохлеарной имплантации в условиях инклюзивного образования: методическое пособие / О.Л. Беляева, Л.В. Скакун. – Красноярск, 2019. – 100 с.
4. Технологии коррекционно-развивающей работы с детьми с нарушенным слухом: реализация адаптированных основных общеобразовательных и рабочих программ: учеб. пособие / под общ. ред. О.Л. Беляевой / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2018. – 304 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ, ОБРАЗОВАНИЯ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НКО В ТУЛЬСКОМ РЕГИОНЕ: ВОЗМОЖНОСТИ, ОГРАНИЧЕНИЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Гусева Светлана Владимировна, председатель правления Некоммерческого партнерства детских психологов и коррекционных педагогов по оказанию профессиональной помощи детям с особенностями развития «Содействие», член экспертного совета Ассоциации по развитию ранней помощи Российской Федерации, г. Тула

Согласно Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации, принятой Правительством РФ 31.08.2016, в каждом субъекте РФ к 2020 году должна быть создана сеть служб ранней помощи (далее – СРП), работающих на основе принципов раннего детского вмешательства, как то: семейной центрированности, функциональной ориентированности, опоры на собственную активность ребенка в естественных жизненных ситуациях, междисциплинарности, анализе эффективности.

В Тульской области системное развитие ранней помощи осуществляется с 2015 года на основе приказа о межведомственном взаимодействии. В настоящее время в регионе функционирует сеть из 15 СРП на базе учреждений социального обеспечения, образования, здравоохранения и НКО – Некоммерческого партнерства «Содействие», в 2019 году намечено открытие еще четырех служб и кабинетов.

Координатором развития ранней помощи в регионе, межведомственного и межсекторального взаимодействия является министерство труда и социальной защиты. В подведомственных учреждениях социального обеспечения развитие ранней

помощи осуществляется последовательно и планомерно с поддержкой министерства. Базовое ведомственное учреждение – ГУ ТО «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних № 1» (далее – Центр), которому поручены функции организатора мониторинга по выявлению детей, нуждающихся в ранней помощи, в регионе, координатора деятельности СРП в рамках реализации комплекса мер по формированию современной инфраструктуры СРП в Тульской области в 2018–2019 годах – грант Фонда помощи детям в трудной жизненной ситуации. У Центра есть своя практическая деятельность по реализации услуг ранней помощи – одна из наиболее состоятельных СРП региона. С сентября 2018 года на Центр возложены функции регионального ресурсно-методического центра ранней помощи, включающие методическую помощь СРП региона, формирования информационно-методической базы по ранней помощи, организации обучения специалистов на базе учреждения.

Организаторы ранней помощи в регионе опираются на опыт учреждений образования, имеющих многолетнюю практику коррекционно-развивающей работы с детьми с ОВЗ, детьми-инвалидами и их семьями. Ведущее ведомственное учреждение – МБУ ДО «Центр психолого-педагогического и социального сопровождения» г. Тулы, отделение лечебной педагогики которого имеет более чем 20-летний опыт работы с детьми с РАС, на его базе в 2011 году начала функционировать лекотека для детей раннего возраста с нарушениями развития. Отделение лечебной педагогики учреждения – лидер в отработке подходов, моделей, стратегий и технологий помощи детям с аутистическими нарушениями с раннего возраста в партнерском взаимодействии с Некоммерческим партнерством «Содействие» и тесном сотрудничестве с ведущими российскими центрами, фондами, экспертами.

Центры психолого-педагогического и медико-социального сопровождения (ППМС-центры) региона обладают весьма ценными ресурсами для развития ранней помощи, а именно: высококвалифицированными кадрами специалистов с опытом работы с детьми с ОВЗ дошкольного и раннего возраста, владеющими новыми подходами и технологиями; возможностью своевременного выявления детей, нуждающихся в ранней помощи (ПМПК, обращение родителей); опытом инновационной деятельности по освоению и внедрению современных стратегий, подходов, технологий; опытом сопровождения детей при переходе из ранней помощи в дошкольное учреждение.

Перспективными в регионе считаются и СРП, создаваемые на базе дошкольных образовательных учреждений для детей с ОВЗ. Так, в Новомосковском детском саду для детей с ОВЗ министерством образования области создана СРП, выделены штатные единицы в расчете на сильные высокомотивированные педагогические кадры и богатый инновационный опыт учреждения. В перспективе рассматривается возможность возложить на это учреждение функции регионального базового ведомственного центра по ранней помощи.

Становление ранней помощи в регионе в значительной степени определяется деятельностью ГУЗ «Центр детской психоневрологии» – ведущего тульского учреждения здравоохранения, российского флагмана в области реабилитации детей с тяжелыми двигательными нарушениями, сенсорной, генетической и другой патологиями развития. Центр – высокотехнологичное учреждение с уникальным оборудованием для диагностики нарушений и реабилитации. Его специалисты владеют самыми современными технологиями и распространяют их в профессиональной среде. Специализируется на раннем выявлении и медицинской абилитации органических поражений ЦНС, генетических, двигательных, сенсорных, аутистических

и других нарушений у детей. В 2013 году на базе Центра открыт специализированный центр раннего вмешательства.

Тульский Центр детской психоневрологии – инновационная площадка Фонда помощи детям «Обнаженные сердца» по созданию эффективной модели оказания помощи детям с тяжелыми двигательными нарушениями на основе доказательной медицины совместно с кафедрой неврологии Университета Нью-Мексико, США, с 2015 года. Осваивает и внедряет в практику работы медицинского учреждения технологии раннего вмешательства: постановка SMART-целей абилитации, мультидисциплинарное взаимодействие при оказании помощи детям с психоневрологической патологией (правильное позиционирование пациентов, оптимизация кормления и питания, развитие альтернативной коммуникации и т.д.).

Особенностью становления ранней помощи в Тульском регионе является активная роль НКО – Некоммерческого партнерства «Содействие». Основные направления его работы в сфере ранней помощи: практическая инновационная деятельность – организация работы СРП для детей от рождения до трех лет с различными нарушениями развития и их семей и отработка подходов и технологий при реализации услуг ранней помощи в СРП; проектная деятельность по распространению современных подходов и технологий ранней помощи (в 2013–2018 годы – девять проектов, шесть из которых – при поддержке Фонда помощи детям «Обнаженные сердца», два – правительства Тульской области, один – Фонда президентских грантов по развитию гражданского общества), разработка и реализация программ профессионального совершенствования для специалистов ранней помощи; формирование профессионального сообщества (пять курсов повышения квалификации, шесть вебинаров, 24 супервизии), экспертная и информационно-методическая деятельность в поддержку СРП региона.

Таким образом, движущими силами развития ранней помощи в Тульском регионе являются:

- единообразие концептуальных подходов к организации ранней помощи в учреждениях разной ведомственной принадлежности при сохранении перспективного своеобразия деятельности служб на базе учреждений-лидеров;
- создание условий и поддержка межведомственного и межсекторального сотрудничества СРП в регионе; организация совместной деятельности (участие в комплексе мер) и мероприятий (конференции, смотры и т.д.);
- формирование и развитие профессионального сообщества; организация совместного обучения и профессионального обмена; реализация практико-ориентированных обучающих программ, стажировок, «донорских» семинаров;
- партнерское взаимодействие с ведущими центрами и специалистами в сфере ранней помощи (Институт раннего вмешательства, Центр лечебной педагогики, Фонд «Обнаженные сердца»); межрегиональное сотрудничество.



«БЫВАЕТ СЕМЬЯ, И БЫВАЮТ В НЕЙ ДЕТИ, ГЛАВНЕЕ ДЕТЕЙ НИЧЕГО НЕТ НА СВЕТЕ...»

Даздорова Светлана Юрьевна, врач-педиатр, детский невролог, физический терапевт, руководитель Центра ранней помощи «Солнышко» Республики Бурятия при ГБУЗ «Городская больница № 4», г. Улан-Удэ

Система ранней помощи детям с инвалидностью и детям группы риска в Республике Бурятия создана на базе учреждений здравоохранения. В настоящее время в республике работают шесть служб ранней помощи (далее – СРП). В городе Улан-Удэ:

- в кабинете катамнеза ГАУЗ «Городской перинатальный центр города Улан-Удэ»;
- в ГБУЗ «Специализированный психоневрологический дом ребенка «Аистенок»;
- при детских поликлиниках в ГАУЗ «Городская поликлиника № 2» и «Городская поликлиника № 6»;
- в организационно-методическом центре ранней помощи Республики Бурятия в ГБУЗ «Городская больница № 4».

Кроме этого СРП действует и в городе Гусиноозерске в ГБУЗ «Гусиноозерская центральная районная больница».

Как все начиналось? В рамках программы «Солнышко» – создание единой службы ранней помощи для семей с детьми-инвалидами и детьми, имеющими угрозу развития инвалидности, в Республике Бурятия», получившей грант Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, по программе «Раннее вмешательство» в 2009 году, через год было создано первое отделение раннего вмешательства в муниципальной системе здравоохранения в Улан-Удэ – «Солнышко» на базе детской поликлиники Городской больницы

№ 4. Мы работаем для семей с маленькими детьми, имеющими тяжелые, множественные нарушения в развитии – детский церебральный паралич, органические поражения мозга, генетические и хромосомные заболевания, тяжелые задержки психоречевого развития, а также расстройства аутистического спектра (далее – РАС). За три года работы отделение доказало свою востребованность. И в 2014 году открылись еще три службы на базах детских поликлиник в Улан-Удэ и Гусиноозерске. А на службу Центра «Солнышко» с 2014 года министерством здравоохранения Бурятии возложена роль республиканского организационно-методического центра.

Детей, обращающихся в службу за помощью, становилось все больше, все они были разными, а знаний у специалистов не хватало. Поэтому СРП «Солнышко» в 2014–2015 годах участвовала в проекте «Не просто слова» по развитию услуг альтернативной коммуникации, поддержанном Фондом помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Работая с семьями, мы поняли, что для полноценной поддержки нам нужно знакомиться с ними раньше, а после завершения программы помощи – бережно передать ребенка и семью коллегам-специалистам из детских садов и школ для продолжения его образовательного маршрута и реабилитационных мероприятий. Поэтому в 2017–2019 годах шесть СРП, пять детских садов, три дошкольных группы коррекционных общеобразовательных школ-интернатов, а также республиканский реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями «Светлый» участвуют в программе Республики Бурятия «Развитие и модернизация службы ранней помощи для семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами – «Солнышко», получившей в 2017 году грант Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, по программе «Раннее вмешательство». Главная цель программы – определить понятный маршрут для семей

с «особыми» детьми от рождения до школы. В кабинете катамнеза наблюдаются семьи с детьми из группы риска с момента выписки из роддома до девяти месяцев жизни. Сейчас здесь наблюдаются 25 семей. СРП в специализированном психоневрологическом доме ребенка «Аистенок» предназначена для маленьких детей со множественными нарушениями, оставшихся без попечения родителей, и детей-сирот. Сейчас здесь получает программу помощи 41 ребенок. СРП в детских поликлиниках оказывают помощь семьям с детьми со множественными нарушениями с шести-девяти месяцев жизни до их перехода в образовательные учреждения. В течение 2018 года в службах получили программу помощи 375 семей. Междисциплинарная команда специалистов занимается функциональной реабилитацией в критически важные первые годы жизни. Все виды поддержки направлены на развитие навыков, необходимых в повседневной жизни. На организационно-методический центр ранней помощи «Солнышко» возложена организация работы СРП в медицинских учреждениях, обучение специалистов и ведение семей с детьми с тяжелыми, множественными нарушениями развития. Работа в службе расписана пошагово:

1. Запрос семьи, запись на первичный прием, получение и заполнение родителями диагностического опросника.

2. Первичный прием. Педиатр развития и педагог выясняют, нуждается ли ребенок в программе вмешательства и насколько интенсивной она должна быть.

3. Углубленная междисциплинарная оценка навыков и способностей ребенка, факторов среды, влияющих на его развитие, диагностика двигательным терапевтом, специалистом по коммуникации, психологом.

4. Принятие решения о включении в программу раннего вмешательства на общем собрании междисциплинарной команды. Составление индивидуального плана ранней помощи, назначение куратора семьи.

5. Реализация индивидуальной программы ранней помощи. Регулярный мониторинг достижений. Общие цели любой индивидуальной программы ранней помощи – это улучшение функционирования ребенка в повседневной жизни, развитие навыков коммуникации, необходимых в социальном взаимодействии, улучшение качества жизни ребенка и всей семьи. Программа помощи может включать в себя:

- 1) индивидуальные занятия;
- 2) групповые занятия;
- 3) фитнес для «особых» детей;
- 4) мини-групповые коммуникативные группы;
- 5) гидрореабилитацию (индивидуальные и групповые занятия в бассейне);
- 6) работу с родительским сообществом («Родительский университет», арт-кафе, информационно-терапевтические родительские группы);
- 7) совместные родительско-детские мероприятия с привлечением семей с обычными детьми.

Сейчас на занятиях применяются новые технологии – это альтернативная коммуникация: визуальное расписание (предметное, картиночное, с помощью пиктограмм, система коммуникации PECS, коммуникативные кнопки, альбомы, гоутоки, планшеты); игровая педагогика – возможность подбирать игры в зависимости от развития ребенка, а не паспортного возраста; АВА-терапия для детей с РАС. Для всех детей подбираются правильные средства позиционирования и передвижения как на занятиях, так и дома: кресла, вертикализаторы, коляски, ходунки, мягкие модули. Для работы с родителями мы используем современный нарративный подход в психологии, лицензированную методику «Ранняя пташка».

Благодаря программе 2017–2019 годов уже два года у нас организуется летний интегративный лагерь на Байкале для семей, волонтеров и специалистов. Цель лагеря – создание со-

общества людей, заинтересованных в интеграции «особых» детей в жизнь, с одинаковым пониманием целей и задач реабилитации для каждого ребенка.

С 2018 года начала работать мобильная СРП. Уже осуществлены восемь выездов в Кижингинский и Мухоршибирский районы, составлена программа помощи для 54 детей, организованы три родительские школы.

После окончания программы раннего вмешательства в медицинских организациях специалисты СРП разрабатывают образовательный маршрут для ребенка с ограниченными возможностями здоровья, и маленький подопечный переходит в дошкольные образовательные организации (далее – ДОО), а реабилитационные услуги продолжает получать в республиканском реабилитационном центре для детей с ограниченными возможностями «Светлый». В течение последних трех лет ежегодно в ДОУ уходят до 35 детей, в школы – пять, более 50 % детей, получивших программу помощи, пользуются реабилитационными услугами в реабилитационном центре «Светлый».

За восемь лет через СРП «Солнышко» прошли 479 человек:

28 детей самостоятельно пошли;

82 ребенка научились сидеть;

79 детей научились ползать;

124 ребенка стали лучше говорить;

138 детей стали понимать обращенную речь;

38 детей стали лучше жевать, едят густую пищу;

27 детей стали есть твердую пищу. Научились откусывать, жевать, перестали давиться;

42 ребенка научились пить из кружки;

120 детей стали лучше контролировать свои эмоции, посещают группы;

58 семей посещают родительские группы поддержки, созданные в отделении с 2012 года.

Работа службы «Солнышко» оценили и на федеральном уровне. В Аналитическом вестнике Совета Федерации ФС РФ № 4 (447) за 2012 год отмечено, что «по мнению экспертов, изучавших опыт реализации региональных программ, получивших гранты Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, наиболее эффективно программы раннего вмешательства внедряются в республиках Бурятия, Татарстан, городе Новосибирске и Тюменской области. В Республике Бурятия создана служба ранней помощи при отделении восстановительного лечения Городской больницы № 4, отвечающая всем принципам и соответствующая стандартам качества служб раннего вмешательства».

С 5 по 7 сентября 2018 года в г. Челябинске проходил масштабный форум «Вместе – ради детей», главным его организатором являлся Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Специалисты из СРП Республики Бурятия были приглашены на форум в качестве экспертов. Вместе с коллегами из Тюмени и Архангельска мы представляли направление «Раннее вмешательство» в виде тематической выставки и проведения двух мастер-классов. И именно делегация Республики Бурятия стала лидером в номинации «Раннее вмешательство» на форуме в г. Челябинске, где собрались СРП со всей страны.

Когда особенный малыш появляется на свет, так важно вовремя, не упустив момента и не опустив рук, начать учить его навыкам, нужным в повседневной жизни. А сил, терпения и мужества придаст любовь родителей и поддержка специалистов.

Истории из практики

Мама Катя: «Надюшка у нас родилась немного раньше своего времени. О том, что она особенная, я узнала в родзале. Акушерка при визуальном осмотре предположила, что у ребенка синдром Дауна. В роддоме мы пролежали десять дней. Десять дней информационного вакуума. Один раз со мной разговаривала психолог. Но, похоже, она сама не знала, что сказать, как меня поддержать. Потом нас перевели в отделение недоношенных детской республиканской клинической больницы. Там выявили кучу сопутствующих заболеваний. И там же я узнала результат анализа на кариотип. Синдром Дауна подтвердился. Было тяжело. Тревожно. Что дальше? Муж мой не вылезал из Интернета в поиске информации.

В службу «Солнышко» мы обратились в мае, когда ребенку было около трех месяцев. Надюшка еще не держала голову. Во время первичного осмотра нас не разглядывали, не вздыхали – с нами разговаривали. Поразило отношение к ребенку, ко мне: доброе, человеческое. Постоянно стали посещать занятия с семи месяцев. Мне показали, как научить моего особенного ребенка переворачиваться, садиться, вставать на ножки, как нужно играть с ней, как понимать друг друга, как общаться при помощи жестов, картинок. Сейчас Надюшке четыре года, и она учится говорить: изучает звуки и буквы, делает зарядку для языка. Многому мы научились и учимся у наших педагогов».

Мама Оля: «Я мама своей маленькой девочки Танюши. Родилась она в августе 2016 года. Мы очень долго ждали рождения своей дочки, и вот она появилась на свет... Но, к сожалению, очень и очень рано. Кровотечение, преждевременные оперативные роды на 32-й неделе. Диагноз врачей звучал как приговор: поражение центральной нервной системы тяжелой степени, внутрижелудочковые кровоизлияния третьей

степени, многочисленные кисты головного мозга... Сердце разрывалось от боли. Стала задавать себе вопрос: «За что, за какие грехи?!» Для меня все, что происходит с ребенком, был темный лес.

Весной 2017 года я узнала, что есть такая служба ранней помощи детям – «Солнышко». Позвонила, записалась. Мы начали ходить на занятия три раза в неделю. Занятия по мелкой моторике давались нам в самом начале очень тяжело, потому что Таня не могла ни раскрыть ладошки, ни взять в ручки что-нибудь. Теперь же мы берем в руки игрушки, правда маленького размера, но все же мы стали брать. Ей очень понравилось рисовать пальчиком или всей ладошкой цветными красками. Игра на внимательность со свечками сначала сильно пугала ее, сейчас следит за огоньком, но еще не научилась задувать. Очень нравится ей играть под музыку в «Кораблик», «Уточку» или «Парус». Мы уже научились снимать шапку, надевать еще учимся. Благодаря двигательным занятиям Татьяна стала держать спинку, сидя в стульчике. Она опирается на вытянутые руки и сидит, пусть не очень долго, но все же сидит. Стоит на опоре для стояния, теперь уже без слез. Переворачивается с живота на спину. Любит бассейн. Любит плавать на спине и нырять. Научилась брать мягкие мячики в руки, снимать наклейки с бортиков. Я отметила положительную динамику своего ребенка.

Когда мы пришли в службу, то практически ничего не умели... Я не верила, что моя дочь все это сможет сделать. Теперь я вижу, что доброта и упорство «Солнышка» дают плоды, и какие! Я верю, что мой ребенок все сможет и все преодолеет и наш диагноз не приговор. Я познакомилась с большим количеством родителей детей-инвалидов. Мы делимся своими историями, переживаниями, советами, информацией, друг друга поддерживаем, не оставляем в беде... Мы все как одна большая семья!

ПРАКТИКА МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ДОШКОЛЬНЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ГОРОДА МИНУСИНСКА

Ерахтина Галина Викторовна, педагог-психолог, руководитель службы ранней помощи КГБУ «Центр социальной помощи семье и детям «Минусинский», г. Минусинск

С первых лет жизни малышам необходимо многому научиться: играть с погремушкой, сидеть, ползать, ходить, держать ложку, пить из чашки, пользоваться туалетом, выражать свои просьбы и многое другое. К сожалению, не все родители замечают, что ребенок чего-то не делает, но уже должен, а главное – почему он до сих пор этого не делает.

Специалисты службы ранней помощи (далее – СРП) помогают семьям формировать у детей навыки, необходимые в повседневной жизни, а также разъясняют родителям или другим родственникам, ухаживающим за ребенком, как те или иные умения отражаются на дальнейшем развитии малыша, оказывают содействие в выборе способов комфортного детско-родительского взаимодействия. Не менее важной задачей является вовлечение ребенка в среду сверстников, расширение его социальных контактов и семьи в целом.

А начинается все со знакомства с детьми и их родителями. Приведем примеры фрагментов двух первичных приемов. Два специалиста работают с семьей: один взаимодействует с ребенком, другой общается с родителем, например мамой. Ребенок находится в поле зрения мамы, и в то же время он контактирует со специалистом. Малыш взаимодействует с предложенными игрушками, проявляет познавательную актив-



ность. Общаясь с ребенком, специалист наблюдает и подмечает: легко ли малыш идет на контакт с незнакомым человеком, понимает обращенную к нему речь, включается ли в игровое взаимодействие? Скрининг зрения проводят два специалиста при участии одного из родителей. Они исследуют поля зрения ребенка, используя специальные карточки с черно-белым изображением, так называемые «полосатики». Один специалист предъявляет карточки, а другой – концентрирует внимание, например, на игрушке-пищалке. Скрининг зрения также имеет большое значение. Для чего он нужен? Был в нашей практике случай, когда по результатам такого немедицинского исследования слуха специалисты порекомендовали семье обратиться к врачу для дополнительного медицинского обследования. В результате ребенку удалили серные пробки. Таким образом, была устранена причина, влияющая на развитие речи малыша. По ходу встречи ребенок увлекается предложенными игрушками, он демонстрирует свое умение разнообразить игру с матрешками: их можно собрать, разобрать, подключить грузовик, чтобы загрузить большую матрешку, прокатить ее с комфортом, выгрузить. То же можно проделать и с маленькой матрешкой. Данное умение является очень важным в развитии игровой деятельности малышей. Еще один пример. На приеме присутствуют оба родителя с ребенком. Мальчик активно исследует пространство комнаты, при этом специалист находится рядом. Ребенок демонстрирует целеустремленность, настойчивость – важные жизненно необходимые личностные качества, особенно для мальчика. С каким усердием он добивается поставленной цели! Сейчас малыша заинтересовали цветные стаканчики, он охотно ими манипулирует, а также включается в игру, предложенную специалистом. Другой специалист задает уточняющие вопросы родителям, например: «Озвучивает ли ребенок свою игровую деятельность? Если да, то как?» – и фиксирует полученную информацию. Знакомство

с семьей в такой форме важно для выстраивания совместного взаимодействия – так как мы видим общение родителей и ребенка через игру.

Обсуждение встречи проходит в форме консилиума. Командное взаимодействие специалистов в решении проблем ребенка используется нами как возможность прояснения спорных вопросов, в принятии решения о способах дальнейшего взаимодействия с семьей. Например, нуждается ли ребенок в программе помощи, в которой прописываются задачи по формированию функциональных, то есть жизненно важных навыков у ребенка, также задачи, которые необходимо выполнять и родителям. Если нет необходимости в разработке программы помощи (ребенок развивается нормально), то семье предлагается посещать развивающие занятия в семейных группах «Растем вместе» для расширения социальных контактов и формирования коммуникативных навыков с целью успешной социализации в среде сверстников.

Например, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата нуждаются в приспособлении окружающей среды к их повседневным нуждам, но многие родители понимают свободу ребенка в его безопасном передвижении по полу, не задумываясь о возможности правильного развития необходимых двигательных умений. На одном из первичных приемов выяснилось, что у ребенка имеются предпосылки к самостоятельному хождению. Специалисты рекомендовали родителям мальчика внести изменения в пространство детской комнаты и дома в целом – установить поручни. Нас услышали – это очень важно! Мальчик смог научиться передвигаться, держась за поручни, более того, дотягиваться до развивающей панели, которую для сына смастерил отец, закрепив ее на стене. Далее, в рамках межведомственного взаимодействия, служба «передала» малыша коллегам из образования. Результат – в настоящее время ребенок посещает детский сад и передвигается

практически самостоятельно, лишь держась за руку мамы. Родители счастливы.

Групповые и индивидуальные встречи с семьями проводятся специалистами согласно разработанным программам, которые рассчитаны на решение актуальных вопросов и перспективу дальнейшего развития ребенка, с учетом его предстоящего посещения дошкольного образовательного учреждения. Детям нравятся занятия с инструктором по адаптивной физической культуре. Грамотный подход специалиста, разнообразие мягких модулей, способов проявить свою находчивость стимулируют у малышей двигательную активность, развивают крупную моторику, укрепляют мышцы. Специальный педагог, инструктор по АФК, психолог формируют у детей умения, которые закрепляются дома, в быту и Центре. Погружение в «сухой» бассейн особенно забавляет малышей и развивает у них способность преодолевать трудности, способствует развитию доверительных отношений между ребенком и специалистом. Стимулируется познавательная активность, речь, формируются бытовые навыки с учетом гендерных особенностей. Развиваются все виды восприятия: зрительное, слуховое и тактильное. Специалисты службы работают с семьей до достижения ребенком трехлетнего возраста. Далее, если ребенок имеет справку об инвалидности, то он отправляется в детское образовательное учреждение (далее – ДОО) и, как правило, продолжает посещать занятия в Центре, в отделении социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Если ребенок не имеет такой справки, то он отправляется в ДОО, но мы продолжаем оказывать поддержку семье до получения обратной связи от детского сада о результатах адаптации малыша. Для организации передачи детей из СРП в ДОО был проведен информационный семинар для представителей детских садов, на котором были определены задачи и алгоритм перехода.

По мере приближения ребенка к трехлетнему возрасту родители будущих дошкольников испытывают эмоциональные переживания, связанные с предстоящим посещением детского сада, а родители детей, имеющих различные нарушения в развитии, волнуются еще больше. Это мысли о том, как дети отнесутся к их малышу, как воспитатели примут его, как ребенок себя будет чувствовать, какие сложности предстоят и как с ними получится справиться. Преодолеть переживания необходимо еще и потому, что волнения и неуверенность родителей, в особенности мам, передаются их малышам. Поэтому очень важно оказать социально-психологическую помощь семьям в такой ответственный момент их жизни.

В данном вопросе родителям важно понимать, что специалистам детского сада полезно ознакомиться с особенностями развития конкретного ребенка через изучение диагностических данных, переданных службой, с целью создания более комфортных условий для малыша в адаптационный период. В результате профессионального сотрудничества специалисты ДОО выстраивают взаимодействие с ребенком, учитывая то, где на пути своего развития ребенок находится в данный момент времени и что представляет зону его ближайшего развития.

В этом направлении у нас имеются первые шаги по межведомственному взаимодействию с четырьмя ДОО города, за что мы очень благодарны коллегам из сферы образования. Как отмечают представители ДОО, дети, чьи родители находятся в достаточном контакте с воспитателями и другими специалистами, прислушиваются к советам, выполняют необходимые рекомендации, без особых трудностей привыкают к новым условиям и остаются в детском саду на целый день, находят друзей.

В любой работе важен результат. За прошлый год к нам обратились 47 семей, в том числе 10 – из сел Минусинского райо-

на. Приоритетным направлением нашей работы стало взаимодействие с семьями, воспитывающими детей от рождения до трех лет со статусом «инвалидность», то есть состоящими в отделе на обслуживании. Таких семей в службе 16. В группу риска попали дети, рожденные в семьях, где старшие дети имеют инвалидность. Таких семей 20. Однако по результатам оценки развития выявлен риск нарушения развития лишь у пятерых из них. И этот факт, безусловно, радует. Из числа обратившихся в службу по рекомендации других родителей, коллег либо изучив информацию на сайте Центра, из других источников, а таких семей 11, нарушения развития выявлены у одного ребенка. Однако за время работы с семьей у девочки появилась положительная динамика. Если полгода назад малышка практически не вступала во взаимодействие со взрослыми, то на данный момент она может выразить просьбу, обратившись за помощью, ненадолго, но включается в совместную игровую деятельность. Очень важно, что дети со статусом инвалидности посещают ДООУ, а родители делятся своими впечатлениями и разделяют наше мнение о необходимости передачи таких деток в ДООУ для формирования позитивного отношения родителей к предстоящему событию, прежде всего в помощь своим малышам.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРВЬЮ «ТИПИЧНЫЙ ДЕНЬ» В РАБОТЕ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ

*Иванова Мария Андреевна, нейропсихолог, клинический психолог
РОО «Красноярский центр лечебной педагогики», г. Красноярск*

Программы ранней помощи выстраиваются на простых, но в то же время ценных принципах. Одним из таких важнейших принципов является развитие в естественной среде, так как ребенок каждый день растет в ней и много развивающего можно дать ему именно в окружающей его среде, что позволяет эффективно помочь не только ребенку, но и другим членам его семьи. Хотим представить вам небольшую, но яркую историю о том, как жизнь одной из наших семей стала лучше. Это опыт из практической работы службы ранней помощи Красноярского центра лечебной педагогики, которая существует с 2001 года.

История Кати

Беременность мамы протекала с осложнениями – перенесла ОРВИ (первый триместр), гайморит. Катя родилась весом 3700 граммов, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. Выписали девочку с мамой на четвертый день в хорошем состоянии обеих. Но на 17-й день после рождения девочка попала в реанимацию – перенесла тяжелый вирусный менингоэнцефалит с исходом на поражение лобной, височной и теменной долей. Вследствие большого поражения головного мозга у девочки – спастический тетрапарез (с левой стороны спастика сильнее, чем с правой стороны тела), сопор, симптоматическая эпилепсия. Также у Кати атрофия зрительного нерва.

За ребенком ухаживает вся семья, основные воспитатели – мама и бабушка. Катя – первый и пока единственный ребенок в семье. Для ее мамы важно не упустить момент для развития девочки. Мама тревожилась по поводу того, как Катя видит,

понимает ли, осознанно ли поворачивает голову на обращенную речь. Также мама поделилась своей растерянностью по поводу игр с ребенком. Она не знала, как играть с дочкой, какие игрушки ей нужны. Хождения по врачам и различным специалистам для мамы и девочки были регулярными. Мама обратилась в службу ранней помощи, когда дочери было 11 с половиной месяцев.

Запрос семьи при обращении к нам:

- развитие девочки;
- как организовать домашнюю среду для девочки и что можно делать дома.

По данным шкалы развития KID, уровень развития ребенка соответствовал 3,2 месяца:

- когнитивная область – на 3,5 месяца;
- движение – на 3,6 месяца;
- в области языка – меньше 2 месяцев;
- область самообслуживания – на 3,8 месяца;
- социальная область – на 3,2 месяца.

Скрининг зрения и слуха, проведенный на первичном приеме, показал, что Кате сложно было фиксировать свой взгляд – она кратковременно и «пунктирно» (отрывисто) прослеживала за ярким предметом, находящимся перед глазами. Самостоятельно, но резко могла однократно перевернуться со спины на живот в правую сторону. Могла схватить предмет правой рукой и совершать манипуляции с ним – трясти, отпустить его ей было уже сложно. Кате было тяжело удержать голову – опускала ее менее чем через 30 секунд, поэтому на животике находилась кратчайшее время. В основном лежала на спине. В повседневной активности (кормление, хождение в туалет, игра, купание) девочка полностью зависела от взрослого.

По результатам первичного приема и шкалы развития была выявлена нуждаемость ребенка во вхождении в службу ранней помощи. Цель – услуги ранней помощи, направленные на улучшение функционирования. Основные формы реализации работы с Катей – индивидуальные.

Занятия в службе ранней помощи

Индивидуальная программа помощи для Кати была направлена на подбор и поддержание позы во время приема пищи, игры, а также повышение собственной активности и инициативы.

Именно для этого в первую очередь нужно было подобрать положения, в которых Катя могла бы чувствовать себя удобно и устойчиво, подобрать безопасные и функциональные положения тела, позволяющие играть с любимыми игрушками на занятиях, дома. Для того чтобы тренировать различные положения, важно было создать максимально безопасную позу для девочки и удобную для мамы. Это отрабатывалось сидя на ноге у мамы: она сидит, вытянув ноги вперед, а Катя, опираясь своей спиной на тело взрослого, сидит на бедре, при этом тело девочки зафиксировано (мама держит девочку за таз), а ножки под прямым углом упираются в пол. Кроме того, была подобрана поза – сидя в детском стульчике с укладками (эта же поза для кормления), чтобы девочка находилась в положении, безопасном для позвоночника. Еще одной из тренировочных поз было положение лежа на животе в двух вариантах (первая – лежа на небольшой возвышенности, руки свободны; вторая – с опорой на руки). Эти положения для Кати были непривычными и вначале вызвали протест. Для тренировки данных положений мы использовали личные игрушки девочки, а также игрушки, которые нравились Кате больше всего: деревянный маракас, блестящий шарик.

Как и для любого человека, для Кати нужно было найти положение, в котором она должна была отдыхать. Это было положение лежа на боку с подушкой под шеей и головой, а также лежа на спине с той же подушкой.

В работе над повышением инициативы и активности ребенка нужно было создать среду для самостоятельной игры и обеспечить Кате возможность ориентироваться в знакомом помещении и предметах, окружающих ее.

С мамой проговорили и про количество игрушек, которые предлагаются Кате: их должно быть не более двух одновремен-

но. Помимо игр в программу занятия была включена обязательная часть – прогулки по пространству Центра на руках у мамы (положение сидя с опорой спины на грудь мамы, лицо девочки смотрит вперед), когда мы медленно обходили весь периметр зала, давая возможность Кате разглядеть, дотянуться, потрогать интересующий ее предмет, проговаривая ее действия.

Катя за полгода работы достигла успеха: теперь она с легкостью (с поддержкой за таз) может сидеть около пяти минут, не опуская корпус тела, голову вниз, и проследить за тем, что происходит вокруг (повернуть голову на шум, понаблюдать за действиями других), а вначале это время было не больше минуты. Катя сама может делать выбор из трех игрушек и играть в разных положениях около 10 минут.

Обсуждая с родителями работу с ребенком, семья была очень рада успехам Кати, но так как дочка растет и мама выходит на работу, а бабушке сложно все время быть рядом с внучкой, то выявился новый запрос – самостоятельность девочки. Чтобы лучше понять, с какими сложностями сталкивается семья в течение дня, было проведено интервью «Типичный день».

Самыми тяжелыми для мамы и ребенка повседневными активностями были:

- прием пищи, который длится не менее 1,5 часа;
- купание – маме сложно держать Катю на руках, так как купание проходит только с удержанием тела ребенка одной рукой под грудь. Кате сложно удержать свое тело сидя (не более одной минуты, затем девочка наклоняется вперед либо в сторону).

Использование интервью «Типичный день» помогло не только выстроить работу с ребенком по-другому, но и увидеть различные возможности реализации подхода развития в естественной среде.

Домашнее визитирование

Полученные данные интервью и наблюдений в ходе индивидуальных занятий показали необходимость домашнего визитирования, так как:

1) большую часть собственного времени Катя проводит дома – главная развивающая среда для ребенка;

2) семье трудно обеспечить еженедельные посещения занятий в Центре вследствие реабилитационных мероприятий (мама продолжала посещать многочисленные лечебные реабилитационные мероприятия) и здоровья девочки (частые простудные заболевания). При работе с Катей для нас важно было учесть это.

При работе с девочкой была выбрана самая тяжелая и актуальная для Кати рутина – еда. Кормление выглядело так: мама кормит Катю очень быстро, что не всегда дает ребенку брать еду с ложки самостоятельно. Девочка сидит в неустойчивом, незафиксированном положении. Зашумленное пространство вокруг (телевизор, игрушки на столике, за которым сидит девочка). Кормление вызывает у мамы тревогу и неудовлетворенность тем, как это происходит. Катя инициативы в приеме пищи не проявляет, а, скорее всего, сопротивляется темпу «вбрасывания еды», отвлекается на игру, мультфильмы. Длится кормление до 1,5 часа.

Во время домашнего визита мы обсудили с мамой важность удобной позы во время кормления, а также индивидуальный темп девочки и обстановку, в которой происходит прием пищи.

По прошествии месяца мама отметила динамику – Катя смотрит на еду, тянется к ней, снимает ее с ложки, устойчиво сидит на стульчике, удерживает голову более пяти минут.

Таким образом, домашнее визитирование и анализ рутин позволили увидеть запрос семьи в реальной ситуации, сделать качественный анализ среды и активности ребенка и на основе этого более качественно пересмотреть программу помощи и ее реализацию в сторону повышения компетенций мамы, адаптации окружающей среды ребенка, целенаправленное развитие навыков его повседневной активности, столь нужных для самостоятельности и независимости.



МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И УДАЛЕННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ ШУШЕНСКОГО РАЙОНА КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Карасёва Елена Прокопьевна, социальный педагог, руководитель службы ранней помощи РМБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения» Шушенского района, пгт Шушенское

С 2013 года на базе РМБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения» (далее – Центр) в отделении социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями функционирует служба ранней помощи (далее – СРП).

За это время разработано 162 программы помощи семье и ребенку. Для одних детей достаточно было посещения группы социализации, для других – необходимы индивидуальные занятия с психологом, социальным педагогом, логопедом, а также консультирование родителей.

На сегодняшний день для работы службы оборудован кабинет для проведения первичного приема, кабинет лекотеки и комната психологической разгрузки. Кабинеты оснащены оборудованием, необходимым для проведения индивидуальной коррекционно-развивающей работы специалистов и целевых групповых мероприятий.

С июля 2018 года Шушенский район определен пилотной территорией, в рамках которой будет отрабатываться модель межведомственного взаимодействия при предоставлении услуг ранней помощи.

Для организации межведомственного взаимодействия с целью наиболее раннего и своевременного выявления детей раннего возраста с отставанием в двигательном, когнитивном, коммуникативном и социально-эмоциональном развитии, а также



детей, входящих в группы социального и биологического риска возникновения перечисленных нарушений, в июле 2018 года был разработан порядок межведомственного взаимодействия по оказанию ранней помощи на территории Шушенского района с КГБУЗ «Шушенская районная больница» и управлением образования. Достигнуты договоренности в случаях выявления нарушений в развитии. Комиссия МСЭ, учреждения здравоохранения и образования направляют семьи с детьми в возрасте от рождения до четырех лет в СРП.

Также был составлен план работы службы на 2018–2019 годы по оказанию ранней помощи детям и состоялась встреча с представителями здравоохранения и образования. В сентябре на базе Центра был проведен круглый стол на тему «Развитие системы ранней помощи в районах Красноярского края», в котором приняли участие специалисты СРП юга Красноярского края.

Поскольку наш район имеет большую протяженность, то нам необходимо было охватить семьи, проживающие в отдаленных территориях. Возникла необходимость в удаленном сопровождении этих семей. СРП является ресурсом Шушенского района. В связи с этим на базе Центра специалистами Красноярского центра лечебной педагогики был проведен семинар по удаленному сопровождению, в котором участвовали специалисты СРП и участковые специалисты Центра.

Участковым специалистом Субботинского сельсовета была предложена семья из д. Ленск, в которой воспитывается девочка Варя с нарушением зрения. Она практически ничего не видит. На тот момент ей был один год и семь месяцев. У мамы из-за сахарного диабета также существуют проблемы со зрением. Ребенок не умел умываться, держать ложку, не шел на контакт с окружающими. Мы обработали анкету, провели первичный прием, скрининг зрения, слуха и разработали индивидуальную программу помощи. Необходимо было научить ребенка навы-

кам самообслуживания в естественной домашней обстановке. Участковый специалист получал от нас рекомендации, приходил в семью и передавал матери, которая затем их выполняла. На сегодняшний день, спустя четыре месяца нашей совместной работы, Варя постепенно осваивает навыки самостоятельного приема пищи, может пить небольшими порциями из кружки, узнает по слуху наших специалистов, знает, где какая вещь лежит, намного лучше идет на контакт с окружающими.

Через районного педиатра специалисты СРП наладили контакт с ФАПами. Участковые врачи помогают выявлять семьи с детьми до трех лет, которые имеют показания для направления в службу.

Выявив конкретную семью, медицинские работники связываются с участковыми специалистами Центра, которые доводят информацию до специалистов СРП.

Таким путем в нашу службу поступил Витя с синдромом Дауна в возрасте один год и два месяца. На момент поступления ребенок не ползал и не ходил, а передвигался на вытянутых ручках и ножках. Мы провели на дому первичный прием, разработали индивидуальную программу помощи. Работа на дому велась через участкового специалиста, мама выполняла все предложенные рекомендации. На сегодняшний день Витя передвигается самостоятельно, хотя и с опорой, положительно реагирует на посещение специалистов, это очень любознательный и позитивный ребенок.

За семь месяцев работы в рамках пилотной территории специалисты службы приняли участие в совещании руководителей дошкольных образовательных организаций, на котором рассматривался вопрос о переходе ребенка в дошкольное образовательное учреждение, включая консультирование родителей по выбору дальнейшего образовательного маршрута, а также консультирование специалистов образовательной организации.

Вот, например, случай с Вероникой, которая родилась с нарушением слуха, из-за чего ей приходится носить слуховые аппараты. Девочка посещала групповые и индивидуальные занятия в СРП в течение полутора лет, что способствовало ее успешному переходу в детский сад. Воспитателям были даны рекомендации специалистов СРП по дальнейшей работе с Вероникой. Девочка с удовольствием посещает детский сад, а по возможности приходит с мамой в нашу службу, чтобы навестить нас.

Также специалисты СРП приняли участие в зональной конференции «Развитие системы СРП на юге Красноярского края. Сложности, перспективы, возможности» в Минусинске с докладом «Развитие системы СРП в Шушенском районе». Была организована и проведена скайп-консультация со специалистами СРП южных районов Красноярского края на тему «Межведомственное взаимодействие в интересах развития службы ранней помощи на примере Шушенского района», представлена презентация работы СРП «Маленькими шагами в большой мир» для родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, в рамках социально-культурного проекта «Енисейский экспресс». Была проведена фокус-группа с участковыми специалистами РМБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения» Шушенского района по межведомственному взаимодействию и удаленному сопровождению семей.

С целью улучшения качества предоставляемых услуг постоянно проводится анкетирование родителей, посещающих СРП. Размещается информация о деятельности службы на сайтах Центра, министерства социальной политики Красноярского края, в СМИ, на страничке в сети «ВКонтакте». В детской поликлинике, роддоме, стационаре, фельдшерских пунктах и детских садах Шушенского района информация о работе

службы распространяется в виде листовок, буклетов, оформления стендов.

Ежемесячно специалистами СРП проводятся выездные мероприятия в сельские территории для представителей образования, здравоохранения и семей, воспитывающих детей раннего возраста. Родители, которые нуждаются в консультации, могут получить ответы на все интересующие их вопросы. В этом году запланировано проведение семинара с методистами и узкими специалистами (психологами, логопедами) Шушенского района по вопросам перехода детей из СРП в дошкольные образовательные учреждения, проведение стажировочной площадки для специалистов СРП южных районов Красноярского края на тему «Удаленное сопровождение в службе ранней помощи РМБУ «КЦСОН» Шушенского района».

Взаимодействие различных организаций обеспечит более эффективное оказание ранней помощи детям и их семьям, поэтому мы используем различные формы взаимодействия со всеми ведомствами и видим конкретные и плодотворные результаты нашей работы.

РАЗВИТИЕ СПОСОБНОСТИ К БЕЗУСЛОВНОМУ ПОЗИТИВНОМУ ПРИНЯТИЮ РОДИТЕЛЕМ СВОЕГО «ОСОБОГО» РЕБЕНКА

Колкова Светлана Михайловна, к. псих. н., доцент кафедры психологии развития и консультирования СФУ, психолог КЦЛП, г. Красноярск

При работе с родителями «особых» детей важно создавать условия, способствующие расширению границ сознания, осознанию бессознательных механизмов личности, поиску ими личностных смыслов. Собственные проблемы родителей и интуитивно используемые им методы регуляции своего дискомфорта часто экстраполируются на ребенка.

При психологической работе с родителями «особых» детей, на наш взгляд, важно ориентироваться на личностно-ориентированную, субъектную парадигму, на теорию, отдающую предпочтение параметру проактивности, исходя из того, что поведение человека инициировано им самим и он несет за него полную ответственность.

Отсутствие у родителей гуманистических качеств делает невозможным эффективное общение с ребенком. К таким качествам обычно относят: позитивные нравственные устои; высокий уровень теоретического и социального мышления, эмпатии, рефлексии; способность к фасилитации; оптимистическую жизненную позицию; веру в гуманистический потенциал человека.

К. Роджерс выделяет три основные психотерапевтические установки в качестве необходимых и достаточных условий любого позитивного изменения личности человека в любых коммуникативных контекстах — безусловное позитивное принятие, эмпатическое понимание и конгруэнтное самовыражение.

Позитивное изменение личности невозможно без понимания самого себя, своих особенных эмоциональных проявлений, ограничений и недостатков. Пока не будет достигнута эта ощутимая степень осмысления, человек будет не в состоянии распознать ситуацию, в которой он, вероятно, подвергается влиянию каких-то своих предубеждений и эмоций. Человек должен обладать некоторым осмысленным представлением о собственной личности.

Занимаясь психологическим сопровождением родителей «особых» детей, мы разработали тренинг «Развитие способности к безусловному позитивному принятию родителем своего «особого» ребенка», создающий условия для развития базовых качеств практического психолога.

Цель тренинга — развитие способности к безусловному позитивному принятию своего «особого» ребенка, эмпатическому пониманию и конгруэнтному самовыражению.

Тренинг состоит из четырех этапов:

1. Осознание собственных истинных эмоций и чувств.
2. Развитие чувственного и телесного осознания.
3. Формирование объектно-центрированного подхода к восприятию мира.
4. Формирование целостности личности через работу с субличностями. Принятие себя и других.

Первый этап тренинга — осознание истинных эмоций и чувств.

На первом этапе происходит «прикосновение» к собственному бессознательному и осознание своих истинных чувств и эмоций. Для этого у участников тренинга объективируются аффективные состояния, которые, являясь амбивалентными, вызывают внутренний конфликт между социально одобряемыми и неодобряемыми эмоциями. Создать этот конфликт позволяет воображаемая ситуация встречи с необычным человеком — девушкой-инвалидом, у которой отсутствуют обе руки

и функционирует одна нога. Это включает бессознательные механизмы психологической защиты (идентификацию, проекцию и перенос).

Осознание собственных истинных чувств и эмоций происходит методом сопереживания ситуации [6], модифицированного нами. Схема использования метода:

1. Уровень первых реакций

А. Демонстрируются кадры видеофильма, где показана девушка-инвалид, у которой отсутствуют обе руки и функционирует одна нога.

Б. Просим высказать свои первые впечатления во время просмотра, ответив на вопросы: «Что я чувствовал (-а)? Что я ощущал (-а) в теле? Как я дышал (-а)?»

В. Просим описать те моменты из собственного жизненного опыта, которые помогают понять и объяснить первую реакцию.

2. Уровень эмоциональных реакций

А. Предлагается представить себя в роли действующего лица видеофильма, проникнуться его чувствами и описать без оценки свои ощущения и эмоции.

Б. Предлагается сравнить собственные чувства с чувствами действующего лица видеофильма и объяснить, в чем и почему они различны.

3. Уровень рационального постижения

А. Определяют ключевые моменты при собственном восприятии видеофильма (дифференциация чувств на социально одобряемые и неодобряемые, этиология этих чувств, психологические механизмы защиты).

Б. Актуализируют соответствующую научную психологическую информацию в связи с выделенными ключевыми моментами.

В. Используют научную информацию для осмысления собственного состояния во время просмотра видеофильма и про-

гнозируют собственные состояния в аналогичных ситуациях (при встрече с необычными людьми).

Итогом первого этапа тренинга является осознание родителями собственных механизмов психологической защиты, тем самым разрешение внутреннего конфликта между социально одобряемыми и неодобряемыми эмоциями и чувствами.

Второй этап тренинга – развитие чувственного и телесного осознания.

На втором этапе происходит расширение сферы осознания каждым участником себя. Все совершается здесь и сейчас. Фиксируется любая информация, поступающая извне через слух, зрение, обоняние и вкус. Организуется внимание ко всем внутренним ощущениям, идущим от мышц, сухожилий, желудка, кишечника и т.д., то есть тренируется чувственное и телесное осознание.

Родители получают новый опыт: осознаются ощущения, не замечаемые раньше, создаются условия, стимулирующие внимание к частям тела, «ускользающим» от осознания. В заключение второго этапа тело ощущается как целое, иногда происходит «примирение» человека со своим телом.

Осознание собственной информации, поступающей из органов чувств, осознание внутренних ощущений тела происходит во время специально организованных упражнений методом самонаблюдения [4]. Самонаблюдение чувственного и телесного состояний является необходимым шагом на пути к развитию личности, так как позволяет человеку сосредоточиться на настоящем.

Третий этап тренинга – формирование объектно-центрированного подхода к восприятию мира.

На третьем этапе родителям предоставляются условия для развития у них объективно-центрированного восприятия. В случае объектно-центрированного подхода, по мнению Э. Шехтеля, человек открывается навстречу объекту всеми

своими чувствами и отходит от своих эгоцентрических мыслей и устремлений, что является необходимым условием подлинного проживания человеком своего настоящего.

Формирование объектно-центрированного подхода к восприятию мира организуется с помощью упражнений тренинга «Объективно-центрированное восприятие» [4].

Четвертый этап тренинга – формирование целостности личности через работу с субличностями. Принятие себя и других.

На четвертом этапе для родителей организуется понимание, что каждая субличность строится на основе какого-то желания целостной личности, что число субличностей в каждом человеке весьма велико, родители на практике пытаются идентифицировать некоторые свои субличности (термин Р. Ассаджиоли) [4].

Происходит осознание деструктивных моментов в отношениях субличностей. Путем создания ведущим группы атмосферы принятия создаются условия «примирения конфликтных сторон». Одна из целей самонаблюдения – больше понять центр, сущность собственного «Я», усилить его, чтобы оно было способно разрешать конфликты между субличностями.

Корни неприятия субличностей могут тянуться в прошлое и будущее, поэтому предлагаются упражнения тренинга, возвращающие в детство и направленные на принятие себя – ребенка [5]. Необходимость этого отражена в словах Дж. Рейнуотер: «До тех пор пока вы не научитесь любить, заботиться, понимать и принимать ребенка, которым вы когда-то были, ваше взрослое «Я» будет ощущать пустоту, мучение, одиночество, неудовлетворенность» [4]. В конце «путешествия» в детство родители вспоминают минуты славы и успеха как ресурсные состояния для принятия себя в настоящем времени. Путешествуя в будущее, родителям предлагается осознать факт неизбежности собственной смерти, принять ее, ибо наше отношение к ней определяет наше отношение к жизни.

Одним из результатов самонаблюдения, пронизывающего все упражнения четвертого этапа тренинга, является умение родителей замечать те моменты, когда они каким-то образом осуждают себя или других людей, то есть не принимают их безусловно. Поэтому следующие упражнения предлагают родителям возможность освободиться от наиболее неприятных эмоциональных переживаний, возможность любить сущность человека безусловно, то есть с полным принятием, без какой бы то ни было оценки. Это достигается упражнениями на безусловную любовь [6], самонаблюдением при сознательной идентификации с вызывающим отрицательные чувства человеком. Родители также используют научную информацию для осмысления собственного состояния. Вводится содержание о превентивных моментах самовоспитания и стратегиях самопомощи в русле позитивной психотерапии [2].

Литература

1. Джонсон Д.У. Принятие себя и других / Тренинг общения и развития. – М.: Прогресс, 2001. – С. 146–156.
2. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия. – М.: Культура, 1994. – 332 с., ил.
3. Перлз Ф. Опыты психологии самопознания. – М.: Гиль-Эстель, 1993.
4. Рейнуотер Дж. Как стать собственным психотерапевтом / под ред. Ф.Е. Василюка. – 1997. – 224 с.
5. Эллис А. Психотренинг по методу Альберта Эллиса. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 288 с.
6. Флейк-Хобсон К., Робинсон Б.Е., Скин П. Мир входящему. – М., 1992. – 511 с.

СОДЕЙСТВИЕ ПОЛУЧЕНИЮ СОЦИАЛЬНОГО ОПЫТА ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОЙ ГРУППЫ

Косарева Юлия Николаевна, социальный педагог МБУ «КЦСОН Кировского района», г. Красноярск

Дети с самого момента рождения нуждаются в родителях или других близких, в их любви, заботе, помощи и поддержке. Ребенку нужно многое узнать и многому научиться за детские годы, прежде чем он сможет жить самостоятельно. В настоящее время актуальными становятся навыки социализации, которые предшествуют включению ребенка в социальную жизнь и переходу его в детское учреждение. Именно поэтому в МБУ «КЦСОН Кировского района г. Красноярска» (далее – Центр) были открыты детско-родительские группы для детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья и группы риска.

Основная цель – повышение родительской компетентности в формировании социальных навыков у детей раннего возраста.

Были обозначены следующие задачи:

- помочь детям раннего возраста решить задачу «отделения» от мамы, что будет способствовать лучшей адаптации в детском саду;
- создать оптимальные условия для приобретения детьми навыков, необходимых для успешной социализации: умения общаться и разрешать конфликтные ситуации, навыков саморегуляции;
- предоставить родителям детей раннего возраста возможность общаться с родителями, имеющими детей такого же возраста, и таким образом получать больше информации об

особенностях детей данной возрастной категории и укреплять собственный родительский потенциал.

В группу приглашаются дети от одного года до трех лет, имеющие трудности в социально-эмоциональном развитии, а также их родители, испытывающие трудности в воспитании или во взаимодействии со своим ребенком. Мы знаем, как важны первые правила в жизни ребенка в социуме, которые усваивает он через родителя, а именно: как решить ситуацию, когда нужна одна игрушка всем детям; как попросить помощи; как сказать нет; как научиться выполнять правила в группе.

Принципы организации детско-родительской группы

В работе группы необходимо соблюдать следующие условия:

- организация игрового пространства и подбор игрушек;
- моделирование игровых ситуаций;
- присутствие мамы вместе с ребенком и взаимодействие всех участников, входящих в состав группы;
- в группу необходимо приглашать пять-шесть детей с их родителями;
- проводить групповые встречи в одно и то же время и день недели;
- посещение группы должно быть добровольным;
- сохранение постоянного состава группы;
- групповые встречи может проводить один ведущий, но более эффективным является проведение двумя ведущими одновременно.

Групповые встречи имеют определенную структуру, алгоритм проведения. В группу приходит семья после первичного приема, заполненных шкал развития (шкала KID-R – для оценки развития ребенка в возрасте до 16 месяцев, шкала RCDI-2000 – для оценки развития ребенка в возрасте от 14 месяцев до 3,5 года) и анкеты (M-CHAT – для детей в возрасте

от 16 до 30 месяцев, направлена на оценку способов коммуникации и взаимодействия). Эта информация является базовой для специалиста, который начинает определять необходимость формирования у ребенка навыков социализации через групповые встречи. Особенностью групповых встреч является систематичность, повторяемость, предсказуемость тех действий, которые будут проходить, тем самым создают у ребенка безопасность и ожидаемость, доверительные отношения между ведущим и ребенком, настраивают его на действия. Для родителей – снижение тревожности, поддержка их чувств, укрепление привязанности к ребенку, расширение возможности позитивного взаимодействия с ним.

Все групповые встречи начинаются и заканчиваются одинаково. Условно групповую встречу можно разделить на три части: вводная, основная и заключительная.

Вводная и заключительная – это структурированные игровые части встречи. Они проводятся на ковре, где дети и родители вместе с ведущим садятся в любом порядке в удобных для них позах, что создает возможность видеть друг друга и способствует возникновению условий для формирования навыков общения, произвольной регуляции деятельности и развития речи. На встречах мы используем колокольчик и песенку – это является сигналом того, что занятие начинается. Особенность вводной части – формирование у детей представления о себе; выделение ребенком себя из группы детей; принятие очередности во взаимодействии; знакомство со схемой тела; имитация; развитие подражания простым действиям; установление социальных контактов со сверстниками, принятие правила. Родители тоже участвуют в этом действии, когда ребенку показывают, что сначала мама помогает ему, потом они вместе получают удовольствие, эмоции к действию.

Наиболее объемной частью является основная – это свободная игра. Ведущие готовят игровое пространство, которое включает несколько зон: устанавливаются модули и игрушки

(лабиринт, труба, мячи, горка), где ребенок развивает двигательную активность; зона сыпучих материалов (разносы, чашечки, баночки, стаканчики, ложки), где ребенок, используя ложку, тем самым развивает тонкую моторику, умение есть кашу или суп самостоятельно; зона продуктивной деятельности (рисование, лепка, аппликация), где ребенок вместе с мамой создают своими руками, это позволяет им устанавливать связь не только с собой, но и внешним миром; зона игрушек и предметов домашнего обихода (игрушечная кухня, телефон, одежда, машины, гаражи), где ребенок может выбрать игрушку себе по душе, при этом родитель помогает поддерживать интерес к игрушке, если он угасает, решать во время игры конфликтные ситуации и споры, профилактика быстрой переключаемости внимания. Кроме того, в свободной игре родители и дети приобретают навыки социального взаимодействия, а также во время свободной игры ведущий стремится уделить внимание каждой семье и ребенку, он подходит к паре «мама – ребенок»: играя с малышом, ведущий направляет и помогает родителю найти прием развивающего взаимодействия, знакомит с новыми играми, поощряет их творчество в изобретении игрушек и занятий для малыша. Ведущий может показать родителям, как начать диалог с ребенком, как стимулировать развитие его активной речи, мобильность и поддерживать исследовательскую активность, тем самым родители начинают чувствовать себя более компетентными, понимать потребности и сигналы ребенка, формируются новые способы общения с ним. Во время свободной игровой деятельности есть время и возможность обсуждать насущные вопросы с ведущим.

Для поддержки семьи в нашем Центре действует лекотека, которая оснащена дидактическими игрушками и играми, аудио-, видеопособиями, книгами, методическими разработками, вспомогательными приспособлениями, где семья может брать домой игровые материалы и тем самым создавать из простой домашней среды среду развивающую, получив предварительно методическую консультацию.

Существуют разные формы поддержки, но учитывая, что к нам часто обращаются семьи, имеющие детей группы риска и с ограниченными возможностями здоровья, на первичном приеме обращаем внимание, как происходит взаимодействие между мамой и ребенком. Придя в детский сад, ребенок ведет себя таким образом, что может принимать участие в различных социальных ситуациях (на игровой площадке, в группе, магазине), принимать и выполнять правила в повседневной жизни, регулировать свои эмоции, решать конфликтные ситуации, договариваться.

Опыт организации и проведения групп на базе нашего учреждения показывает, что посещение группы способствует:

- росту компетентности родителей через оказываемую им профессиональную поддержку в трудностях, связанных с развитием и воспитанием ребенка;
- получению родителями информации о том, как понимать потребности и сигналы своего ребенка;
- приобретению опыта общения и взаимодействия семей, имеющих детей с разными возможностями (обычно развивающихся и детей с особыми потребностями);
- приобретению опыта совместной игры, взаимодействия с другими детьми для того, чтобы изъяснить о своих потребностях, учесть потребности других;
- чем заниматься и как обычную среду превратить в среду развивающую;
- развитию личности ребенка и подготовке к переходу в детский сад;
- профилактике семейного и детского неблагополучия.

Таким образом, детско-родительские группы создают условия для конструктивного диалога и взаимодействия родителей с детьми, способствуют улучшению семейных взаимоотношений и облегчают поиск ресурсов, позволяющих решать возникшие проблемы.



ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ В ФОРМЕ ГРУППОВЫХ ЗАНЯТИЙ

Липатова Светлана Владимировна, заведующий отделением социального сопровождения семей, имеющих детей с ОВЗ, КГБУ СО Центр семьи «Зеленогорский», г. Зеленогорск

В Центре семьи «Зеленогорский» (далее – Центр) услуги ранней помощи предоставляются междисциплинарной командой специалистов, состоящей из психолога, педагога и специалиста по социальной работе, обученных основам сопровождения семей в рамках технологии. Стабильность состава междисциплинарной команды, компетентность и опыт специалистов позволяют оказывать помощь семьям с детьми раннего возраста системно и качественно. Огромную роль при внедрении технологии в работу отделения сыграла поддержка руководства учреждения. Благодаря пониманию значимости сопровождения семей именно с детьми раннего возраста была создана среда, организованы режим и условия работы, позволившие оказывать услуги в рамках ранней помощи как в индивидуальной, так и в групповой форме.

Задачами технологии ранней помощи являются расширение социальных контактов ребенка и семьи, подготовка ребенка к включению его в сферу образования и в среду сверстников, а также повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах его развития и воспитания. Групповые формы активностей для детей всегда реализуются совместно с родителями именно потому, что в раннем возрасте близкие взрослые способствуют внутреннему спокойствию детей, ощущению безопасности и поиску множества возможностей для удовлетворения их потребностей. Родители являются активными участниками

процесса, способствующего обогащению знаний, нахождению новых способов реагирования на действия детей и осознанного изменения собственного поведения. Все это способствует повышению родительских компетенций и благотворно влияет на детско-родительские отношения. Следовательно, снижается риск использования родителями неадекватных воспитательных методов и приемов, пагубно влияющих на развитие детской личности в целом.

Формирование групп

Особая ценность групповых форм состоит в том, что в них активно включены и интенсивно задействованы различные механизмы общения: родители – дети, родители – специалисты, дети – дети, родители – родители, дети – чужие взрослые. Одновременность этих контактов активно воздействует на создание благоприятного психологического климата, способствующего улучшению социальных навыков детей и повышению родительских компетенций в вопросах подготовки детей к выходу в социум. Именно поэтому считаем детско-родительские группы эффективной формой сопровождения семьи.

В ходе формирования групп обязательным условием является объединение участников со схожими задачами, определенными после первичного обследования, консультирования родителей специалистами и первичного приема. В каждую группу входит до шести диад («родитель-малыш»), посещающих встречи в первую половину дня один-два раза в неделю. В соответствии с потребностями участников специалистами Центра создаются условия, обеспечивающие безопасность, комфорт, содействующие развитию навыков познания, в том числе умению самостоятельно и активно исследовать, изучать, развивая сенсорные системы, игру, улучшая взаимодействие с родителями или сверстниками.

Разновидности программ, используемых в Центре

Разновидность групповых программ формируется под воздействием запросов со стороны семей, свидетельствующих о сниженной активности детей, наличии функциональных нарушений и трудностей в коммуникации. Каждая программа разрабатывается с опорой на научное обоснование. В работе успешно применяется система М. Монтессори, теория социального научения, используются элементы сенсорной интеграции и теория привязанности. Может, их пока и немного, но все они очень содержательные, приносящие ощутимые результаты. К ним относятся семейный клуб «Поверь в себя», программа «Карапуз» (на основе РЕКiP-групп), «Я сам» (на основе Монтессори-педагогики, моделирование игровых и коммуникативных ситуаций), PRO-родительское отношение (на основе поддержки родителей). Некоторые из озвученных форм рассмотрим немного подробнее.

Построение программ для работы с диадами «родитель и малыш»

Программа «Карапуз» действует для семей с детьми в возрасте от шести месяцев до двух лет. Созданные условия для проведения встреч способствуют получению участниками «опыта жизни»: дети учатся выполнять правила, решать конфликты социально приемлемыми способами под чутким руководством внимательных взрослых. В свою очередь родители, используя ресурс специалистов, имеют возможность ликвидировать дефицит знаний о развитии детей раннего возраста, осознанно подойти к организации среды в домашних условиях с целью повышения активности малыша. Периодичность посещения – один раз в неделю, занятие – 60 минут. Встречи групп проводятся в самом большом помещении Центра, где имеется зонирование с разнообразным материалом как для познавательной, так и для двигательной активности. Разнообразное пособие для детей раннего возраста, наличие бизибордов, сенсорных доро-

жек, бумов и лестниц с различным спуском и подъемом позволяют комплексно подойти к решению поставленных задач, направленных на развитие коммуникативных навыков, получение первого социального опыта взаимодействия, улучшение детско-родительских отношений, расширение игровых возможностей, что, соответственно, содействует развитию функций познания и исследования мира при активном участии родителей.

В ходе встреч родители учатся играть со своими детьми, адекватно ситуации реагировать на их потребности, мотивировать к деятельности и общению. В процессе обсуждения затрагиваются вопросы особенностей проведения домашних рутин. В ходе упражнений родители при поддержке специалиста осваивают новые знания, апробируют их, оценивают получившиеся результаты, внедряют их в домашние условия. Таким образом, домашние рутины становятся менее затратными энергетически, ведь при обновленном сопровождении высвобождается часть времени, проявляется самостоятельность ребенка, появляется интересная игра с использованием новых способов действий, раскрываются новые возможности и способности, все больше радующие родителей. Каждая встреча имеет часть времени для свободного выбора детьми игр, пособий, иллюстраций, художественных средств. В данной части занятия родители помогают детям коммуницировать, договариваться, наблюдать, действовать с выбранным материалом и социально взаимодействовать. Размещенное определенным образом оборудование предполагает работу как в диаде, так и в подгруппе. Если учитывать, что дидактический материал в тематических зонах находится в одном экземпляре, то дети, работая с ним, осваивают правила игры по очереди, вместе, пробуют социально приемлемым способом отстаивать собственные границы, учатся делиться или предлагать. Таким образом, дети осваивают азы совместной игры, где с помощью заботливых взрослых происходит обогащение детского опыта.

Программа «PRO-родительское отношение»

Данная программа направлена на повышение уровня знаний родителей об особенностях развития детей раннего возраста, на гармонизацию отношений в диаде «родитель – ребенок» и развитие навыков родителей по эффективному взаимодействию с детьми. Структурированные занятия включают в себя упражнения на развитие чувствительности, являющиеся базой для формирования оптимальных детско-родительских отношений; анализ видеозаписей, позволяющих оценить состояние детей, проживающих в домах малютки; ролевое обыгрывание и арт-терапевтические сессии, способствующие проработке эмоционального фона. Данные встречи помогают участникам быть услышанными, понятыми, воспользоваться советами группы. Рефлексия в свою очередь позволяет дать и получить обратную связь, укрепиться в собственных убеждениях либо обратить внимание на грядущие изменения.

В ходе работы с родителями педагог-психолог использует метод погружения, с помощью которого корректирует состояние участников за счет активации их психических процессов и изменения эмоционального отношения. Каждая встреча позволяет участникам проигрывать различные ситуации, используя вербальные и невербальные средства. Таким образом, происходит изменение поведения, принятие осознанных личностных решений. Благодаря приемам и методам, используемым для погружения, родители имеют возможность встать в позицию ребенка, ощутить его эмоции и переживания, в ходе ролевого обыгрывания пробуют взглянуть со стороны на поведение взрослых в семейных отношениях, подбирают различные способы для проявления собственных потребностей и привлечения внимания окружающих. Тем самым происходит осознание испытываемых трудностей собственными детьми, удивление их детскому терпению, рождаются более гибкие подходы воспитания. К концу программы родители оценивают себя иначе, в ходе взаимодействия с детьми осознанно регулируют уровень

наблюдения, контроля и помощи, отказываются от принудительных воспитательных приемов, вследствие чего происходит улучшение социально-эмоционального развития детей, увеличиваются детско-родительские игровые сессии, радующие разнообразием. Данный вариант проведения родительских групп целесообразен по нескольким причинам: возможность в безопасной среде проявить свои индивидуальные особенности, появляется возможность войти в положение других, а также происходит осмысление взаимодействия со своими детьми.

Данная программа имеет циклический характер и проводится на протяжении трех месяцев с периодичностью два раза в неделю.

Необходимо отметить, что при достижении хороших результатов в ходе групповых встреч и неоспоримой пользе данной формы специалисты используют ее в работе не со всеми семьями. И тому есть ряд причин: стеснение родителей, боязнь оценки со стороны, занятость домашними делами, низкий уровень мотивации к преобразованию, приоритетность устоявшейся картинки мира в вопросах воспитания и т.д. В таком случае специалисты работают над ликвидацией барьеров, препятствующих включению семьи в групповые формы работы. И большую помощь в этом играет посещение «свободного пространства», предоставляющего возможность семьям с детьми раннего возраста осуществить различные пробы познавательного, творческого, двигательного и коммуникативного характера. Данные встречи отличаются отсутствием строгой структурированности, а специалист выступает в роли помощника, поддерживающего возникающие интересы семьи.

Благодаря межведомственному взаимодействию семьи города информированы о деятельности учреждения, возможностях и ресурсах службы. Социальные сети дают возможность ознакомиться с результатами проведения групповых форм работы, задать вопросы и обсудить варианты вхождения в программы ранней помощи, где групповые формы являются лишь частью большой работы по оказанию поддержки семей с детьми раннего возраста.

СЛУЖБА РАННЕЙ ПОМОЩИ КАК ОРГАНИЗАТОР ПЕРЕХОДА В ДОШКОЛЬНУЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ РЕБЕНКА С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

*Матвеева Оксана Михайловна, психолог, председатель правления
РОО «Красноярский центр лечебной педагогики», г. Красноярск;*

*Астраханцева Елена Ивановна, ведущий детско-родительских групп
по программе РЕКиР – Первый год, арт-гештальт-терапевт РОО «Красноярский центр лечебной педагогики», г. Красноярск*

Особенности системы ранней помощи в РФ

Результаты ведущих научных исследований в области общественного здравоохранения свидетельствуют о том, что число новорожденных с проблемами в состоянии здоровья, физиологической незрелостью составляет 74 %. Не более 10 % детей дошкольного возраста можно считать абсолютно здоровыми (А.А. Баранов, Т.Т. Батышева, Е.Т. Лильин, О.И. Маслова, К.А. Семенова, Г.В. Яцык и др.).

В этом контексте проблема ранней комплексной помощи, то есть реабилитации и социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в общество, не нуждается в обосновании своей актуальности.

Отечественные исследователи, опираясь на положения культурно-исторической теории Л.С. Выготского и его учеников, рассматривают раннюю комплексную помощь ребенку с отклонениями в развитии как совокупность системы социальной поддержки, охраны здоровья и специального образования.

Возраст от рождения до трех лет является периодом стремительного и интенсивного развития, формирования базовых человеческих функций, личностной и познавательной сфер (Л.С. Выготский, Л.А. Венгер, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин и др.). Об особой роли ранней помощи свидетельствуют исследования А.А. Катаевой, Е.А. Стребелевой, М.И. Блюминой, Э.И. Леонгард, Н.Н. Малофеева, Е.М. Мастюковой, К.А. Семеновой и др. В зарубежных исследованиях также подтверждается «экзистенциальная» значимость периода сопровождения раннего детства (в их терминологии раннего вмешательства) (M.B. Bruder, J.H. Cooper, R.B. Darling, W.J. Doherty, C.J. Dunst, M. Guralnick, R.A. McWilliam, S. Menuchin, J.P. Shonkoff, O. Speck, B. Strassmeier).

При этом подчеркивается особая роль семьи, разных факторов семейного воспитания, таких как индивидуальные особенности родителей, характер детско-родительских отношений, родительские позиции, педагогическая компетентность родителей (Л.Н. Галигузова, Т.А. Егорова, С.Д. Забрамная, А.И. Захаров, Я.В. Крючева, И.Ю. Левченко, Е.А. Медведева, С.Ю. Мещерякова, Р.Ж. Мухамедрахимов, Е.А. Стребелева, В.В. Ткачева, Э.Г. Эйдемиллер и др.). Современные исследования, в которых рассматривается такое понятие, как педагогический потенциал, проявляющийся в родительских позициях, потребностях, возможностях, свидетельствуют о необходимости формирования общей стратегии помощи ребенку и семье на всех этапах комплексного сопровождения (Я.В. Крючева, Е.М. Ишмуратова, О.В. Югова и др.).

Процесс комплексного сопровождения предполагает не только активное включение семьи, но и участие разных структур. В последние годы во многих городах Российской Федерации появились новые организационные формы дошкольных образовательных организаций, в которых оказывается ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии (служ-

бы ранней помощи, группы кратковременного пребывания, лекотеки и т.д.).

Кроме институциональных организаций (дошкольных учреждений, центров социального обслуживания, социально-реабилитационных центров) существуют негосударственные центры, которые предлагают самые разные технологии сопровождения семей с «особыми» детьми. Кстати, именно общественным некоммерческим объединениям принадлежат инициативы в создании комплексных межведомственных служб.

Процесс институционализации системы ранней помощи начался в РФ в 2016 году, когда состоялся в Москве I Учредительный съезд Московской ассоциации специалистов службы ранней помощи по профилактике детской инвалидности. В том же году Министерство образования и науки Российской Федерации представило свои рекомендации органам государственной власти субъектов РФ в сфере образования по реализации моделей раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых признаков отклонений в развитии детей.

Службы ранней помощи представляют собой целостную семейно-ориентированную систему длительной медико-социальной и психолого-педагогической помощи. В настоящее время происходит процесс активного становления региональных моделей служб ранней помощи.

Региональная (красноярская) модель системы ранней помощи формируется в значительной мере по пути создания разветвленной сети типовых служб ранней помощи на базе учреждений социального обслуживания. Эффективность межведомственного взаимодействия при этом обеспечивается за счет разработанного и утвержденного регламента взаимодействия.

В некоторых субъектах РФ существуют другие подходы к организации ранней помощи детям с ограниченными воз-

можностями здоровья. Это может быть модель, при которой центральное место занимает одно крупное учреждение, выполняющее координирующую, ресурсно-методическую, обучающую функции. Другие учреждения системы наделены меньшими функциями и осуществляют отработку лишь отдельных технологий практической деятельности по ранней помощи.

Значительная территориальная протяженность Красноярского края, сложившаяся социально-демографическая ситуация, состояние региональной ресурсной базы учреждений социального обслуживания более соответствуют организации разветвленной сети типовых служб ранней помощи в учреждениях социального обслуживания. При этом развиваются другие элементы социальной инфраструктуры, обеспечивающие помощь и поддержку ребенку и семье на ранних стадиях его развития (общественные организации семей с детьми-инвалидами, профессиональные негосударственные объединения специалистов, социально ориентированные некоммерческие организации и т.д.).

Традиционно продолжается помощь семьям с детьми младенческого и раннего возраста в системе здравоохранения, включающая в себя педиатрическую, неврологическую, психиатрическую, офтальмологическую, сурдологическую, физиотерапевтическую, логопедическую и иную помощь. Семье, в которой родился ребенок с особыми потребностями, необходима помощь и поддержка психологов, социальных педагогов, специалистов по двигательной и повседневной терапии и абилитации.

В системе дошкольного воспитания и образования оказывается помощь детям в форме работы групп полного дня или кратковременного пребывания и обучения в специализированных учебно-воспитательных учреждениях (ясли-сад, развивающие центры, студии и т.п.).

Взаимодействие службы ранней помощи и психолого-медико-педагогической комиссии ЦППМ и СП по включению ребенка в ДОУ

Консилиум ОО выявляет, отслеживает динамику развития, информирует ПМПК о нуждающихся, направляет.

ОО организует инклюзивное обучение ребенка с ОВЗ.

ТПМПК проводит обследование, определяет программу, условия обучения, осуществляет контроль выполнения рекомендаций, оказывает методическую помощь специалистам консилиума.

Консилиум ОО детализирует и обеспечивает выполнение рекомендаций ПМПК, создает СУО, проводит мониторинг динамики.

Взаимодействие службы ранней помощи и психолого-медико-педагогической комиссии ЦППМ и СП по включению ребенка в ДОУ

После того как ребенок и родители готовы к переходу в ДОУ, специалистами СРП пишется психолого-педагогическое заключение и рекомендации по составлению программы и режима пребывания ребенка в ДОУ.

Специалисты психолого-медико-педагогической комиссии проводят диагностику ребенка с целью определения образовательного маршрута; определяют программу обучения ребенка и специальные условия (адаптивную среду) его обучения в ДОУ; определяют направление психолого-педагогического сопровождения; пишут заключение, которое является основанием для определения ребенка в детский сад. В заключении даются рекомендации для составления адаптированной образовательной программы (далее – АОП).

Работа по комплексному взаимодействию состоит из пяти этапов:

подготовительный – предварительная оценка образовательных потребностей ребенка и запроса родителей;

диагностический – изучение результатов комплексного психолого-педагогического обследования;

разработки АОП – определение целей, задач, содержания, направлений коррекционной работы;

реализации АОП – организация образовательного процесса, способствующего адаптации и формированию продуктивной учебной работы;

аналитический – выявление наиболее эффективных стратегий включения ребенка в образовательную среду.

Подготовительный этап

Деятельность на данном этапе осуществляется специалистами ПМПК и администрацией ДОУ (расширенный консилиум).

Специалистами СРП и ТППМК создается расширенный консилиум, в который входят специалисты СРП и ПМПК, волонтер, психолог и воспитатель детского сада. На первой встрече участники консилиума определяют направления работы, распределяют обязанности, утверждают график встреч, как будут осуществлять связь, определяют ресурсы каждого учреждения. Задачами консилиума являются согласование и утверждение АОП, отслеживание ее качества и эффективности на каждого ребенка.

Оформляются документы о создании расширенного консилиума и взаимодействии учреждений РОО КЦЛП, ПМПК, ДОО (соглашение, приказ, график встреч, план работы консилиума).

Задачами консилиума является согласование и утверждение АОП, отслеживание ее качества и эффективности на каждого ребенка. Заключение договора о взаимодействии между ПМПК и консилиумом ДОУ (приказ о создании консилиума ДОУ, график и план работы консилиума, договор о взаимодействии).

Определяется, в какую группу поступает ребенок, какие специалисты психолого-педагогического сопровождения могут войти в междисциплинарную команду.

Если в ДОУ нет какого-либо специалиста, административная группа ищет возможные варианты привлечения дополнительных ресурсов (сотрудничество с ППМС-центром, волонтерами и т.д.).

Заключается договор с родителями, проводится сбор и анализ предварительной информации о ребенке и его семье.

Проводится оценка требований ФГОС и ОП, изучение рекомендаций ПМПК и документации, составляется предварительный план действий с учетом понимания специфики семьи, для облегчения адаптации ребенка в новой среде.

Диагностический этап

Деятельность на данном этапе осуществляется специалистами ПМПК и методическим объединением педагогов ДОУ:

- изучение результатов комплексного психолого-педагогического обследования;
- организация диагностической работы воспитателя и специалистов психолого-педагогического сопровождения (логопеда, психолога, дефектолога) в режиме взаимодействия (по возможности – комплексно);
- подготовка заключений о психологических особенностях ребенка, об уровне его развития, специфике взаимодействия со сверстниками и взрослыми;
- описание необходимых ребенку с ОВЗ специальных образовательных условий с учетом возможностей и дефицитов;
- установление реальных возможностей ребенка и основных проблем в сфере освоения образовательной программы и поведения;
- организация деятельности ПМПК, обсуждение заключений специалистов;
- конкретизация и коррекция собственных представлений о возможностях и проблемах ребенка. Определение стратегии

по выстраиванию сотрудничества и продуктивного взаимодействия всех служб;

- принятие решения о необходимости разработки АОП.

Этап разработки АОП

Деятельность на данном этапе осуществляется педагогами ДОУ, специалистами СРП и ПМПК.

Специалистам ДОО оказывается методическая помощь в организации инклюзивной среды группы.

Проводятся семинары:

- «Нормализация жизни». Цель: знакомство с основными ценностями, целями, методами организации инклюзивной практики;
- «Организация инклюзивной среды, способствующей успешной интеграции ребенка с проблемами в развитии в среду сверстников»;
- «Составление и оформление АОП» – знакомство с составлением АОП. Выделение структуры программы, а также:
 - определение необходимых структурных составляющих АОП;
 - привлечение специалистов ППМС-центра, с которым заключено соглашение о сотрудничестве;
 - определение временных границ реализации АОП;
 - определение целей, задач, содержания, направлений коррекционной работы;
 - определение содержания АОП (коррекционный, образовательный компоненты);
 - планирование форм реализации разделов АОП;
 - определение форм и критериев мониторинга учебных достижений и формирования социальной компетентности;
 - анализ содержания образовательной программы с точки зрения возможностей ребенка ее освоить;

- адаптация содержания учебных материалов и пособий, подбор дидактических материалов, формирование, использование поддерживающих стратегий;
- обсуждение и согласование АОП с родителями;
- определение форм и критериев мониторинга эффективности коррекционной работы;
- приказ об утверждении АОП.

Этап реализации АОП

Деятельность на данном этапе осуществляется педагогами ДООУ в сопровождении специалистов СРП и ПМПК, проведение супервизорской поддержки специалистов ДОО, сопровождение ребенка в ДОО.

Сопровождение инклюзивного образования ребенка с ОВЗ и инвалидностью осуществляется на протяжении всего периода его дошкольного образования через проведение консультационно-методических встреч специалистов, работающих с детьми, волонтеров и родителей.

Консультативно-методическая помощь может осуществляться по скайпу.

Волонтеры встречаются с консультантами и координаторами еженедельно.

Командная работа воспитателей, специалистов ДОО, службы ранней помощи, волонтеров, родителей является важной частью супервизорской поддержки, обеспечивает успешность инклюзивной практики.

Командные обсуждения позволяют включать детей во все занятия и режимные действия, проводимые в группах, с учетом их возможностей и разработать АОП для каждого ребенка, участвующего в программе.

Особая роль уделяется психологам ДОО. Встречи с психологами один раз в месяц проводит ТПМК.

В этап реализации АОП входит:

- организация образовательного процесса, способствующего адаптации и формированию продуктивной учебной работы у ребенка с ОВЗ;
- деятельность учителя и специалистов психолого-педагогического сопровождения в соответствии с программой и планом;
- организация мониторинга учебных достижений и социальной компетентности ребенка;
- организация мониторинга эффективности коррекционной работы;
- описание адаптации ребенка с ОВЗ в среде сверстников;
- описание динамики развития навыков, продуктивности учебной деятельности ребенка;
- описание формирования основных компетенций.

Аналитический этап

Деятельность на данном этапе осуществляется всеми специалистами, занятыми в разработке и реализации проекта перехода и адаптации ребенка:

- организация деятельности ПМПК по анализу эффективности работы;
- представление материалов о динамике развития и учебных достижений ребенка;
- определение ведущих направлений дальнейшей работы с ребенком и его семьей;
- выявление наиболее эффективных стратегий включения ребенка в образовательную среду;
- внесение корректив в АОП на основе анализа работы по реализации;
- постановка задач на следующий период.

СРП и семья

СРП оказывает помощь детям и их семьям с особенностями в развитии и/или группы риска от рождения до трех лет.

Работа выстраивается вокруг семьи, активности и интереса малыша. Основная цель в СРП – развитие функциональных навыков, которые помогут ребенку в его повседневной жизни и социализации в обществе.

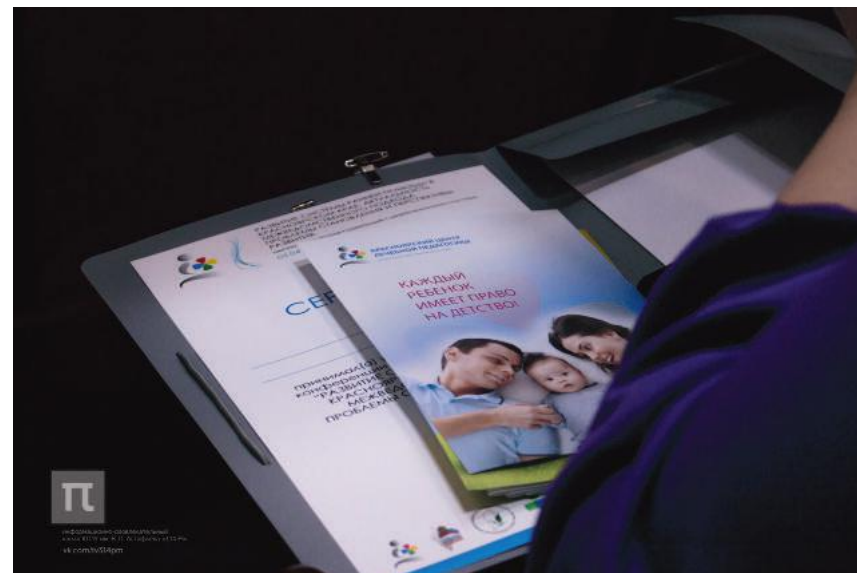
Важным этапом для семьи становится взросление малыша и его готовность пойти в детский сад. С полутора-двух лет в индивидуальной программе помощи для ребенка и семьи появляется пункт подготовки к выходу в детский сад, который учитывает множество факторов, необходимых для успешного перехода и адаптации в детском саду.

Специалисты СРП на основании диагностики шкалы развития KID/RCDI разрабатывают программу помощи семье. Диагностика проводится на входе и на выходе из программы, а также делается диагностический срез общего развития ребенка через три-четыре месяца. Если есть необходимость, проводится коррекция программы помощи с учетом сформированности навыков.

В СРП существует несколько форм работы с семьей:

- реализация ИПРП по подготовке к переходу в ДОО;
- семейный интегративный клуб;
- повышение родительских компетенций.

На индивидуальных занятиях реализуется программа помощи для семьи и отрабатываются необходимые навыки и рутины, которые помогут ребенку более успешно перейти в детский сад. На групповых и клубных встречах у ребенка есть возможность находиться в среде сверстников и отрабатывать социальное взаимодействие, социальные нормы и правила, с которыми он встретится в детском саду. Также отдельное внимание уделяется и работе с родителями в форме родительских групп поддержки, проведения семинаров для родителей с целью повышения родительской компетенции.



Реализация ИПРП по подготовке к переходу в ДОО

Программа помощи по подготовке к переходу в ДОО составляется индивидуально на каждую семью исходя из уровня сформированности навыков коммуникации, социального общения, самообслуживания. Для каждой семьи подбирается форма работы (индивидуальная или групповая) и режим посещения СРП.

В индивидуальной программе помощи, если есть необходимость, появляется пункт знакомства и работы с волонтером. Волонтер входит в семью постепенно. Сначала он знакомится с семьей, включается в индивидуальные и групповые занятия, сопровождает на выездных мероприятиях, клубных встречах, по необходимости выезжает на домашний визит к семье и в дальнейшем сопровождает ребенка в ДОО. Важным показателем готовности ребенка перейти в детский сад являются не только умения и навыки, которыми он владеет, но и психологическая и эмоциональная готовность отпустить маму и находиться некоторое время без нее.

В СРП осуществляется тесное взаимодействие с волонтерами, так как не все дети готовы пойти в детский сад без сопровождающего. Программа помощи выстраивается таким образом, чтобы учитывать все эти показатели.

По окончании программы из СРП в ДОО пишется заключение и рекомендации. На каждого ребенка заключение пишется индивидуально с учетом его развития, учитывается наиболее благоприятный режим посещения ДОО, наличие сопровождающего-волонтера, необходимость дальнейшего посещения СРП и дополнительной работы со специалистами.

Семейный интегративный клуб

Семейный клуб, как другие существующие формы работы в СРП (индивидуальные, групповые занятия, консультирование семьи и т.д.), имеет собственную структуру и частоту проведения: еженедельно, длительность занятия около одного

часа 20 минут. Данная работа нацелена на создание расширяющей среды для детей.

Структура клубной встречи, несмотря на четкое разделение активностей в течение часа, имеет в то же время гибкость для участников клуба – ребенок и родитель участвуют по мере собственных возможностей в предлагаемой части встречи: приветствие, говорилка-стишок, танец, свободная игра ребятишек, творческая часть с родителями, чаепитие, мини-театрализация (со сказками), завершение. Для детей, которым важно переключить внимание на спокойный темп, оборудована «тихая комната», в которой они могут побыть достаточное для них количество времени.

Уникальностью данной среды является интегративность, в которой ребятишки разного возраста (от года до четырех лет) получают возможность самостоятельного общения, взаимодействия с другими детьми во время игры, в то время как родители рядом (в поле зрения детей) могли бы заняться творческой деятельностью. К творческой части дети могут подключаться, однако все же это специально выделенная активность, в которой у родителей есть время на обсуждение волнующих их вопросов относительно развития и воспитания своих детей и формирования их навыков.

На встрече могут присутствовать не только мамы и папы с детьми, но и их сестры, братья, бабушки, дедушки, а также волонтеры. Последние, присутствующие в клубе, находятся рядом с детьми, помогают расширять игровые возможности, а также дают возможность родителям с полным включением быть на творческой части. Включение волонтеров не случайно, так как они будут в дальнейшем сопровождать детей в ДОО.

Повышение родительских компетенций

Семинары для родителей являются важной частью работы с ними.

На семинары будут приглашаться семьи (не более 15 человек), так как занятия планируются быть практическими,

а небольшое количество участников обеспечит качественное погружение в тему.

Материал семинаров нацелен на большую включенность в процесс воспитания малышей, компетентность родителей и улучшение детско-родительских отношений.

Практическим итогом семинаров будет не только полученная информация, но и возможность применить эти знания к своему ребенку.

Наш опыт работы с родителями выявил следующие особенности сопровождения перехода семьи в ДОО.

Каждая семья – это индивидуальная, собственная ситуация перехода ребенка в ДОО. У каждого свой маршрут вхождения в ДОО. Поэтому присутствие ребенка в детском саду требовало дополнительных встреч со специалистами детских садов, ПМПК с целью обсуждения и уточнения алгоритма адаптационного этапа семьи, составления адаптационной программы. Основная сложность – выстроить обобщающее сопровождение семьи при переходе ее из СРП в ДОО.

При подготовке ребенка к посещению детского сада появились трудности:

1. Установка родителей, что ребенок беззащитный, неспособен быть самостоятельным и нужно увеличить время подготовки и период адаптации.

2. Изменилась семейная ситуация – мама воспитывает ребенка одна. Помощи от родственников не получает. Мама находится в ситуации необходимости развития ребенка и вынуждена сопровождать его сама, сократив подготовительный период подготовки к переходу в ДОО.

3. Родители принимают неожиданные решения, переезжают на другое место жительства. Семья меняет ДОО. Требуется дополнительная работа со специалистами других ДОО.

4. Необходимо больше времени для согласования позиции родителей, маршрута вхождения ребенка в ДОО.

Алгоритм перехода детей с особыми потребностями из СРП в ДОО

В ходе проекта для перехода детей из СРП в ДОО определяются два координатора – РОО КЦЛП и ТПМПК. Они удерживают задачу по организации формирования алгоритма перехода ребенка из СРП в ДОО, организуют подготовку среды к приему ребенка, поддержку воспитателей групп, согласовывают действия родителей, СРП, психолого-педагогической комиссии, детского сада, волонтеров. Отрабатывают эффективную коммуникацию на каждом этапе вне и внутри команды. Помимо основной цели проекта, деятельность этого направления способствует расширению контактов организации с образовательными учреждениями, установлению доверительных партнерских отношений, возможности больше рассказать об организации в профессиональном сообществе педагогов и психологов, рассказать о возможностях организации для жителей города.

Механизм перехода семьи из СРП РОО КЦЛП в ДОО

После того как ребенок и родители готовы к переходу в ДОО, специалистами СРП пишется психолого-педагогическое заключение и рекомендации по составлению программы и режима пребывания ребенка в ДОО. Координатор направления РОО КЦЛП передает информацию о семье в ТПМПК Советского района. Предварительно с ней заключается соглашение о принятии не менее шести семей за время реализации проекта.

Специалисты ТПМПК проводят диагностику ребенка с целью определения образовательного маршрута. Результатом данного обследования является определение программы обучения ребенка, специальных условий его обучения в ДОО, обеспечивающих адаптивную среду образования и направлений психолого-педагогического сопровождения. Пишется заключение, которое является основанием для определения ребенка в ДОО. В заключении даются рекомендации для составления АОП.

Расширенный консилиум

Координаторами направления (представителями РОО КЦЛП и ПМПК) создается расширенный консилиум, в который входят специалист СРП, волонтер, психолог ДОО, специалист ПМПК, воспитатель группы детского сада. На первой встрече участники консилиума определяют направления работы, распределяют обязанности, утверждают график встреч, как будут осуществлять связь, определяют ресурсы каждого учреждения. Задачами консилиума являются согласование и утверждение программы АОП, отслеживание качества и эффективности АОП на каждого ребенка.

Оформляются документы о создании расширенного консилиума и взаимодействии учреждений РОО КЦЛП, ПМПК, ДОО (соглашение, приказ, график встреч, план работы консилиума).

Задачами консилиума являются согласование и утверждение АОП, отслеживание качества и эффективности АОП на каждого ребенка. Заключение договора о взаимодействии между ПМПК и консилиумом ДОО (приказ о создании консилиума ДОО, график и план работы консилиума, договор о взаимодействии).

Будет проведено три расширенных консилиума на входе ребенка в ДОО, на промежуточном этапе (через три месяца) и на этапе завершения проекта с целью определения и отслеживания успешности ребенка при освоении программы обучения, динамики развития.

Информационно-методическая подготовка педагогов ДОО

Участие в проекте позволит повысить компетенции воспитателей детских садов в инклюзивных группах, что повлияет на качество образовательного процесса для детей с ОВЗ. Специалистами консилиума воспитателям и психологам ДОО будет оказана методическая помощь в составлении АОП для каждого конкретного ребенка с ОВЗ с учетом рекомендаций

ПМПК. Совместно будут определены маркеры эффективной реализации этих программ.

Специалистам ДОО будет оказана методическая помощь в организации инклюзивной среды группы ДОО.

В ходе реализации проекта предполагается проведение информационно-методических семинаров, направленных на информирование педагогов детских садов об особенностях детей с нарушениями развития (особенности поведения, игры, взаимодействия с другими детьми и взрослыми, обучения детей с проблемами в развитии). В проекте будут участвовать дети с синдромом Дауна, дети с двигательными нарушениями и РДА. Поэтому семинары будут направлены на информирование об особенностях развития именно этих детей.

Семинар «Нормализация жизни»

Цель: знакомство сотрудников ДОО с участием детского сада в проекте, основными ценностями, целями, методами организации инклюзивной практики. Знание особенностей развития и организации взаимодействия уменьшает страхи и мифы по поводу детей-инвалидов и позволит изменить отношение к ним. Семинар проводится в каждом детском саду (в течение 1,5 часа, во время тихого часа, когда все сотрудники могут присутствовать).

Участники семинара: сотрудники ДОО (воспитатели, психолог, нянечки, заместитель заведующего по воспитательной работе, заведующий). Всего пять семинаров в пяти детских садах, включенных в деятельность проекта.

Семинар «Организация инклюзивной среды, способствующей успешной интеграции ребенка с проблемами в развитии в среду сверстников»

Особенности поведения детей, игра, взаимодействие с другими детьми и взрослыми, обучение детей с проблемами развития, работа с родителями в условиях группы детского сада.

Семинар проводится по итогам стажировки в РБОО «Центр лечебной педагогики», г. Москва.

Участники: воспитатели, психологи пяти ДОО, специалисты СРП РОО КЦЛП, специалисты ТПМПК. Проводят специалисты РОО ЦЛП. Продолжительность семинара – один день и шесть часов (30 человек).

Практический семинар «Составление и оформление АОП»

Проводится совместно с городским методическим центром Главного управления образования администрации города Красноярска для педагогов детских садов – участников проекта.

Цель: ознакомить с составлением АОП. Выделить структуры программ. Обсудить критерии оценки результативности программ.

Участники: педагоги ДОО, специалисты СРП РОО КЦЛП и ТПМПК.

Семинар «Ученый в колыбели» для педагогов ДОУ, ПМПК, СРП

Цель: представить международный опыт в области обучения детей раннего возраста. Ознакомить с использованием программы «Ученый в колыбели» в ДОУ.

Участники: воспитатели ДОО, специалисты РОО КЦЛП и ТПМПК (30 человек).

Ведущая: Кожевникова Е.В., продолжительность семинара – один день и восемь часов.

Работа с родителями

Составляется договор с семьей о посещении ребенком группы детского сада, в документе оговариваются обязанности сторон (родителей, волонтера, ДОУ, КЦЛП, ПМПК). На расширенном консилиуме родители знакомятся с программой АОП, утверждают ее и подписывают.

Эффективность и качество реализации АОП оценивается три раза за время реализации проекта (на входе семьи в ДОО, через три месяца после начала реализации программы и по завершении проекта).

Проведение супервизорской поддержки специалистов ДОО, сопровождение ребенка в ДОО.

Сопровождение инклюзивного образования ребенка с ОВЗ будет проводиться на протяжении всего проекта. Будут проводиться систематические консультационно-методические встречи специалистов, работающих с детьми, волонтеров и родителей. Один раз в два месяца – посещение пяти ДОО (встреча в течение одного часа; участники – воспитатели, волонтеры; обсуждают, какая помощь нужна, особенности и трудности сопровождения процесса инклюзии).

Консультативно-методическая помощь может осуществляться по скайпу. Волонтеры встречаются с консультантами и координаторами еженедельно.

Это наиболее важная часть работы, обеспечивающая успешность инклюзивной практики, – командная работа воспитателей, специалистов ДОУ и Центра лечебной педагогики, волонтеров, родителей.

Командные обсуждения позволят включать детей во все занятия и режимные действия, проводимые в группах, с учетом возможностей детей и разработать АОП для каждого ребенка, участвующего в программе.

Особая роль уделяется психологам ДОО. Предполагается формирование в Советском районе Красноярска профессионального сообщества психологов по обеспечению инклюзивных процессов в ДОО, поддерживающих специалистов детских учреждений в организации посещения детьми с особенностями развития в системе инклюзивной практики. Встреча с психологами – один раз в месяц. Проводит ТПМПК.

В ходе отработки алгоритма перехода детей из СРП в ДОО могут появиться сложности и риски. Риск – ребен-

ку предложен детский сад, не удовлетворяющий родителей и не соответствующий его образовательным потребностям (по виду, территориальной удаленности).

Решение: предварительная договоренность с управлением образования города Красноярска о перечне конкретных шести ДОО, в которые дети, включенные в проект, будут направляться без задержек на льготных условиях, минуя общую очередь. Данная договоренность достигнута на этапе подготовки заявки, так как управление образования заинтересовано в получении эффективной схемы перехода детей из СРП в ДОО, поддержке педагогов ДОО и возможности в дальнейшем получать методическую помощь по организации инклюзивной среды в других детских садах.

Риск – низкая мотивация коллектива ДОО. Решение возможной сложности: часто низкая мотивация связана с незнанием и страхом.

Решение: повышение компетенций педагогов ДОО во время семинаров будет снижать напряженность, повышать заинтересованность в своей работе. Администрация ДОО при посещении двух-трех детей с особенностями развития может претендовать на изменение статуса общеразвивающей группы на группу комбинированного вида и, соответственно, дополнительное финансирование.

Риск – низкая мотивация родителей на участие в реализации программы обучения. Родители детей с особыми потребностями тревожатся, как их малыши смогут адаптироваться к требованиям детского сада. Нельзя не учитывать то, что в детском саду не все родители благосклонно относятся к присутствию в группе детского сада ребенка с особыми потребностями, обращаясь к администрации сада с требованиями убрать из группы «нежелательного ребенка».

Решение: подготовка в СРП (беседы, занятия, участие в клубных мероприятиях и выходах); сопровождение ребенка в группе сада знакомым человеком, которому доверяет и ре-

бенок, и родители (волонтером). Работа с родителями группы детского сада и проведение родительских собраний с участием специалистов ТПМПК и КЦЛП, подготовленность и методическая помощь воспитателям.

Включение волонтеров в комплексное сопровождение ребенка с особенностями в развитии

Нами разработана следующая схема работы с волонтерами:

- привлечение потенциальных волонтеров;
- отбор волонтеров для работы по направлениям;
- обучение волонтеров;
- формирование пары, сопровождение деятельности во время подготовительного этапа перехода;
- сопровождение деятельности во время сопровождения в ДОО.

Привлечение потенциальных волонтеров

Деятельность в данном направлении предполагает вовлечение в качестве волонтеров студентов помогающих профессий (социальные педагоги, воспитатели детских садов, учителя начальной школы, психологи и др.). Для привлечения используются связи с волонтерскими организациями и центрами различных учебных заведений:

- волонтерский центр КГПУ им В.П. Астафьева;
- волонтерский центр СФУ;
- волонтерское объединение «Красволонтер»;
- с КГСО КГПУ и СФУ и районными молодежными центрами.

Привлекаются студенты помогающих профессий через связь с учебными заведениями: педагогический колледж № 1, педагогический колледж № 2, факультет социальной работы СФУ, Институт социально-гуманитарных технологий КГПУ им. В.П. Астафьева, Институт психолого-педагогического об-

разования КГПУ им. В.П. Астафьева. Возможно привлечение добровольцев через объявления в социальных сетях и на сайте организации.

Отбор волонтеров для работы по направлениям

Для участия в работе отбираются претенденты, внутренне готовые к работе с детьми, имеющими сложности в развитии. Такой отбор будет осуществлен на основании собеседования и анкетирования по вопросам профессиональных установок претендентов.

Важно, чтобы участие в проекте для этих ребят стало важным этапом профессионального роста. Однако мы не ограничиваем волонтеров только проектом сопровождения. Для реализации и полного раскрытия интересов и возможностей каждого, кто пришел в Центр, мы предлагаем разные варианты включенности, требующие разного количества сил, времени и состояния включенности.

Мы выделяем три группы волонтеров: сопровождения, событийные и волонтеры внешних связей.

Волонтеры сопровождения ребенка – люди, которые готовятся к непосредственной работе с конкретной семьей и конкретным ребенком. Их подготовка и обучение не ограничиваются тремя вводными обязательными семинарами. Для них организуются непрерывные консультационные занятия, назначается куратор и проводится теоретическая и практическая работа. Степень включенности волонтеров – два раза в неделю по 1,5–2 часа. Этапы работы строятся по следующей схеме:

- заочное знакомство с семьей и ребенком;
- работа по подготовке к первой встрече с ведущим специалистом;
- знакомство с семьей и ребенком;
- участие в занятиях в качестве наблюдателя;
- активное участие в занятиях;
- подготовка к переходу в ДОО;

- посещение ДОО;
- участие в семинарах для специалистов в ДОО;
- первичное посещение ДОО в сопровождении специалистов Центра;
- самостоятельное посещение парой ДОО, мониторинг ведущего специалиста и других специалистов Центра по запросу.

Как происходит помощь волонтеру в его деятельности по сопровождению ребенка в ДОО? Здесь следует выделить несколько этапов:

- подготовка пары (волонтера и ребенка) к вхождению в группу ДОУ начинается с занятий в СРП. Волонтер присутствует на занятиях, знакомится с семьей, устанавливает контакт с ребенком. Не менее 10 волонтеров должны участвовать в клубных встречах, где будет происходить установление контакта с ребенком, родителями, а в дальнейшем сопровождать детей в группах детского сада;
- составляется договор с семьей о посещении ребенком группы детского сада, в котором оговариваются обязанности сторон (родителей, волонтера, ДОУ, КЦЛП) и программа пребывания ребенка в группе детского сада;
- не менее одного раза в месяц специалистами СРП на базе КЦЛП будут проводиться встречи с волонтерами по анализу конкретных случаев и тематические консультации;
- обратная связь от волонтеров получена в виде анкет, самоотчетов о деятельности и проведения фокус-группы;
- реализация вышеперечисленных составляющих данной активности обеспечит рост коммуникативных возможностей волонтеров, повышение компетентности и осмысление их профессионального роста, а также позволит получить опыт в работе реализации технологии перехода ребенка из СРП в ДОО.

Чем отличается тьютор от сопровождающего?

Тьютор – специалист с педагогическим образованием, он помогает в реализации образовательного процесса ребенка,

организованного на основе АОП. Это специалист, который, зная все особенности ребенка с ОВЗ и группы, помогает ему включиться в процесс, вместе с педагогами и узкими специалистами планирует систему действий, выполняет рекомендации воспитателя и узких специалистов в индивидуальной работе с ребенком, помогает педагогам на занятии, отслеживает эмоциональное и психофизическое состояние ребенка и, при необходимости, принимает меры по нормализации состояния, выстраивает тесную связь с семьей ребенка в организации сопровождения, отслеживает динамику и т.д.

Сопровождающим может быть любой человек – мама, няня, младший воспитатель и т.д. Педагогического образования не требуется. Функция сопровождающего не имеет отношения к педагогической деятельности – он помогает одеться, раздеться, дойти до места обучения, накормить и т.д. Тьютор подобными вещами не занимается.

Что пишется в программе тьюторского сопровождения?

Строго установленной утвержденной структуры нет, каждое учреждение вправе самостоятельно утвердить форму, однако есть компоненты, которые желательно отражать в программах, потому что именно они говорят о системном подходе к проектированию и реализации программы сопровождения.

Событийные волонтеры – люди, которые готовят и проводят праздники и события, запланированные Центром в течение учебного года. Их теоретическая подготовка ограничивается тремя обязательными вводными семинарами. В дальнейшей работе для них организуются мастерские и мастер-классы непосредственно перед событием, носящие исключительно прикладной характер. Степень включенности – три-четыре часа в месяц, а иногда и реже. Работа волонтеров привязана к календарному плану событий КЦЛП, а также к плану семинаров для родителей, во время которых именно событийные волонтеры занимают малышей. Этапы работы строятся по следующей схеме:

- знакомство с группой;
- знакомство с календарным планом событий Центра;
- распределение волонтеров по событиям в течение ближайшего времени (по желанию);
- распределение волонтеров по группам (рекламщики, фотографии, актерский состав, сопровождение театральных выходов, декораторы и бутафоры и т.д.);
- планирование включенности в МК, график и тематика МК;
- составление расписания репетиционных занятий к праздничным событиям;
- сбор возможностей личного вклада каждого волонтера в события.

Волонтеры внешних связей – люди, которые сопровождают внешние события Центра (семинары, конференции, концерты, акции):

- знакомство с группой;
- знакомство с календарным планом внешних событий Центра;
- распределение волонтеров по событиям в течение ближайшего времени (по желанию);
- распределение волонтеров по группам (рекламщики, фотографии, сервис и т.д.).

Обучение волонтеров

Для волонтерского сообщества важна самореализация в рамках выбранного направления, а также личностный и профессиональный рост. Со своей стороны мы стремимся выстроить сопровождение этого профессионального роста. Такое сопровождение волонтерской активности будет реализовано через проведение трех вводных обучающих семинаров:

- «Функциональный подход и аспекты нормализации жизни, актуальные для дошкольного возраста»;
- «Особенности проживания родителями ситуации нарушения развития своего ребенка»;
- «Аспекты коммуникации и игры с ребенком».



СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ РАННЕЙ ПОМОЩИ КАК ФАКТОР, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ КАЧЕСТВО ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ РАННЕЙ ПОМОЩИ

*Матвеева Оксана Михайловна, психолог, председатель правления
РОО «Красноярский центр лечебной педагогики», г. Красноярск;*

*Лукьянова Мария Константиновна, эрготерапевт, клинический пси-
холог РОО «Красноярский центр лечебной педагогики», г. Красноярск*

В связи с принятием Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации встал вопрос создания служб ранней помощи и, соответственно, подготовки специалистов для оказания услуг ранней помощи.

В стране открываются перинатальные центры. Улучшение системы здравоохранения и, в частности, родовспоможения дает возможность выжить младенцам, у которых ранее не было на это шансов. Как правило, доктора выхаживают малышей с врожденными патологиями, рожденных с малым весом. Они составляют группу риска, так как высока вероятность возникновения у них нарушений в развитии. Этим детям и их семьям нужна помощь специалистов и психолого-педагогическое сопровождение развития, потому что в раннем детстве имеются более широкие возможности коррекции за счет большей пластичности мозговых функций.

Условиями создания оптимальных возможностей для развития ребенка являются поддержка родителей, повышение их компетентности, совместные занятия с детьми.

Ситуация развития системы ранней помощи в стране требует подготовки команд, владеющих технологией ранней помощи и оказывающих помощь семьям с детьми раннего возраста.

Проект Санкт-Петербургского института раннего вмешательства «Траектория профессионального роста», поддержанный Фондом президентских грантов, позволил подготовить группу тренеров в нескольких регионах страны для передачи технологии ранней помощи новым командам специалистов и способен существенно улучшить качество услуг ранней помощи семьям.

Подготовка и сопровождение команд

Оказание ранней помощи имеет свои особенности, принципы и специфические профессиональные знания, которыми должна владеть команда специалистов СРП.

Для овладения знаниями в области ранней помощи и возможности оказания качественной помощи семьям требуются определенные условия, основные из них:

- одновременное обучение всей команды службы ранней помощи. Не менее четырех специалистов (психолог, специалист по социальной работе, педагог, специалист по коммуникации (логопед), педиатр развития) должны пройти совместное обучение;

- на протяжении года продолжается обучение и сопровождение служб для того, чтобы специалисты, постепенно овладевающие новыми знаниями, могли применять их на практике и лучше постигали суть технологии;

- обучение предполагает освоение базовых знаний по технологии ранней помощи, которые слушатели получают на четырех пятидневных семинарах. Но прослушанные, практико-ориентированные семинары не всегда позволяют применить знания на практике в связи с тем, что команды возвращаются в свои учреждения, где работают в традиционном подходе и с детьми более старшего возраста.

Специалисты-практики зачастую уже имеют опыт работы в традиционной системе реабилитации, и удержаться в новых

принципах оказания помощи семье в естественных жизненных ситуациях бывает сложно. Оказание ранней помощи требует использования новых бланков и процедур, не знакомых специалистам, обновления знаний о потребностях и развитии детей раннего возраста, детско-родительских отношений. В связи с этим целесообразна методическая и информационная поддержка и сопровождение становления деятельности новых команд, оказывающих помощь семьям с детьми раннего возраста.

Еще одно условие, которое необходимо учитывать в рамках оказания ранней помощи – командная работа. И это работа междисциплинарной команды, которая обеспечивает большую согласованность в оказании услуг РП.

Командная работа предполагает наличие специалистов-профессионалов, обладающих общими знаниями технологии ранней помощи, разделяющих принципы и ценности РП. Продолжительное и тесное взаимодействие членов команды способствует обмену знаниями, что делает процесс планирования услуг более конкретным и эффективным. Это новый опыт в работе команд, который тоже требует сопровождения и поддержки.

Междисциплинарная команда специалистов – группа специалистов, работающих в организации, предоставляющей услуги ранней помощи, и участвующих в разработке и реализации индивидуальной программы ранней помощи. Все решения принимаются совместно по итогам обсуждения, при этом каждый член команды несет ответственность за свою профессиональную работу.

Междисциплинарная команда характеризуется наличием определенного порядка взаимодействия и методами, ориентированными на достижение согласия. Команда регулярно встречается для обсуждения случаев работы. Члены семьи или один из родителей встречаются либо со всей командой, либо

с отдельным ее представителем. Консультации, которые предлагаются специалистами, построены на принципах сотрудничества.

Все члены междисциплинарной команды открыты к знаниям коллег в смежных областях знаний.

Команда в процессе деятельности может вступать во взаимодействие с другими службами или организациями, в которые могут перейти ребенок и семья (например, в ДОО).

Что мы понимаем под сопровождением?

Обучение команд ранней помощи предполагает проведение четырех пятидневных семинаров, которые раскрывают технологию. В период между семинарами специалисты на местах отрабатывают последовательно каждый этап технологии ранней помощи и оказания помощи семьям. Именно в этот период сопровождение команды может помочь и в получении начального опыта специалистам, и качественного оказания помощи ребенку и семье.

Каким может быть сопровождение команд создающихся служб ранней помощи?

Сопровождение организации деятельности службы ранней помощи:

- организация пространства (оборудование кабинетов с учетом возраста детей и использования пола как основного рабочего пространства, подбор игрушек, создание диагностических кейсов для скрининга зрения и слуха, шкалы развития, специализированное оборудование) для оказания помощи семьям и детям;

- помощь в выстраивании межведомственного взаимодействия с партнерскими учреждениями (поликлиниками, учреждениями социальной защиты, образования – детские сады, ПМПК – выстраивание индивидуальной схемы взаимодействия для каждой конкретной СРП, способов взаимодействия

с партнерами – выступления на планерках, профессиональных совещаниях и конференциях о возможностях СРП, обсуждение информационной кампании и рекламных материалов; выявление семей, нуждающихся в помощи).

Информационно-методическая помощь команде СРП предполагает поддержку в организации внутренней работы СРП:

- помощь в организации командной работы внутри учреждения (обсуждение возможности и необходимости выделения времени на совместное командное обсуждение, составление режима работы в существующих условиях, когда деятельность СРП не выделена и специалистам необходимо выполнить и свое муниципальное задание);

- помощь в организации документооборота СРП (необходимое и достаточное количество журналов для фиксации обращений и результатов работы, дальнейшего сбора статистических данных СРП); работа с бланками, необходимыми для работы команды (диагностические, оценочные методики, развивающие программы).

Отдельно выделяется работа по проведению супервизорской поддержки – разбор клинических случаев. Команда представляет структурированно (бланк представления случая) информацию о ситуации, по поводу которой запрашивает помощь коллег, предоставляет видео, запрос. Участниками супервизорской поддержки также могут стать и родители ребенка. Ситуация обсуждается, принимается решение, которое учитывается в коррективке программы помощи. Этот вариант поддержки специалистов положительно влияет на повышение их компетенций – и запрашивающих помощь, и участвующих в супервизии.

Еще одним видом, повышающим компетенции команды специалистов, является стажировочная площадка – когда команда встраивается в работу СРП и «проживает» все этапы работы с семьей и ребенком в течение недели, участвуя

в проведении приемов, занятий, планировании и проведении оценочных процедур, обсуждении результатов на консилиуме и составлении программы помощи.

Формы поддержки

Поддержка оказывается очно и дистанционно: очно – во время выездных поддерживающих супервизий и консультаций, во время стажировочной площадки; дистанционно – с применением телекоммуникационных возможностей: скайп-консультаций, вебинаров, телефонных консультаций.

Методическое сопровождение планируется центром компетенций на год с привлечением средств грантов и субсидий для проведения семинаров и мастер-классов, повышающих компетенции специалистов по технологии ранней помощи, не реже двух раз в год (приложение – план семинаров и поддерживающих мероприятий на 2019 г.). Также возможно проведение поддерживающих встреч по запросу команды при возникновении потребности (сложный случай).

Опыт сопровождения

Опыт сопровождения новых команд апробирован при создании сети СРП в Красноярском крае. Специалисты Красноярского центра лечебной педагогики (КЦЛП) на протяжении пяти лет сопровождают 14 СРП в Красноярском крае через разные формы работы.

Наиболее эффективен двухлетний цикл сопровождения: первый год – поддержка в организации деятельности СРП и освоении алгоритма помощи семье; второй год – углубление знаний специалистов команды в отдельных направлениях (коммуникация, эрготерапия, физическая терапия и т.д. – при поддержке АНО ДПО «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства»), проведение клинических супервизий и стажировочных площадок на базе Центра.



Схема сопровождения создающихся и действующих СРП

В первый год поддержка в организации деятельности СРП проходила через проведение базовых семинаров, консультативную, супервизорскую и информационно-методическую поддержку.

Проведение цикла базовых семинаров обеспечило получение специальных знаний деятельности СРП, ее отличительные

черты от работы в реабилитационной системе оказания помощи семьям, помогло понять новым службам подход и алгоритм оказания помощи семье в технологии «Ранняя помощь». Также на базовых семинарах присутствовали не только специалисты центров, но и руководители, что наиболее успешно помогало в создании и становлении СРП в учреждениях на базе центров социальной защиты края.

Дальнейшая поддержка оказывалась в очной и дистанционных формах. Консультативная поддержка оказывалась создающимся СРП по запросам служб в дистанционном режиме (скайп, телефон), специалисты получали консультации как по организационным вопросам становления СРП (административная документация, организация среды для создания СРП, необходимая методическая литература и материалы для проведения занятий с семьями и т.д.), так и по клинической деятельности (обработка и работа со шкалами развития, дальнейшее планирование работы с семьей, ведение внутренней документации личных дел детей и т.д.). Также команды имели возможность лично проконсультироваться со специалистами КЦЛП на базе центра.

Супервизорская поддержка оказывалась в очной форме на базе центров создающихся служб. Выездные супервизии помогали непосредственно на местах оценить организацию деятельности СРП и клиническую деятельность команд. Очень важно, что у специалистов КЦЛП была возможность не только посмотреть организационную сторону деятельности СРП, но и пообщаться с руководителями центров, оценить ее поддержку и посодействовать, если необходимо, включенности их в деятельность. Также у специалистов КЦЛП была возможность пообщаться с родителями, посещающими СРП, и оценить через сбор обратной связи качество оказываемых услуг.

Еще одна форма поддержки – информационно-методическая. Специалистов служб не только информировали о необхо-

димой и достоверной литературе, о новых методах и техниках в работе СРП, но и была возможность обеспечения методической литературой, что качественно повысило оказание услуг.

Во второй год сопровождения служб формы поддержки оставались те же, но интенсивность уменьшалась. В большей степени оказывалась дистанционная консультативная поддержка, но также ввелись и новые формы сопровождения служб: стажировочные площадки и супервизии клинических случаев.

Стажировочные площадки на базе КЦЛП помогли службам уже на практике посмотреть, как организована работа СРП. Команды прослушали не один теоретический семинар, увидели, как работают специалисты на практике.

В течение нескольких дней команды СРП присутствовали на первичных приемах, групповых и индивидуальных занятиях, клубных встречах, имели возможность увидеть структуру различных форм занятий, распределение ролей между двумя специалистами, проанализировать занятие и оформить его в рамках технологии ранней помощи.

Еще одной новой формой сопровождения стала супервизия клинических случаев, где команды имели возможность представить свои случаи в практике на супервизии, получили рекомендации и план дальнейшей работы с семьей, тем самым получив мнение междисциплинарной команды, что способствует более качественному построению программы помощи.

Такое пошаговое освоение новыми командами технологии ранней помощи при поддержке специалистов обеспечивает устойчивость, успешность становления и функционирования созданных СРП.

РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В Г. ИРКУТСКЕ И ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ: СОЗДАНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, АКТУАЛЬНОСТЬ

Мельник Серафима Николаевна, директор АНО «Иркутский центр абилитации», эксперт общественной палаты Иркутской области по вопросам материнства и детства, г. Иркутск

В 2018 году на базе АНО «Иркутский центр абилитации» при поддержке фонда «Наследие иркутских меценатов» (проект «Особые дети рядом», поддержанный Фондом президентских грантов») создавалась служба ранней помощи (далее – СРП), которая послужила базой для развития СРП в г. Иркутске и Иркутской области.

Благотворительный фонд «Наследие иркутских меценатов» и АНО «Иркутский центр абилитации» проводили исследование актуальности и востребованности СРП для «особых» детей в г. Иркутске и Иркутской области.

В первом и втором этапах приняли участие по 200 человек. География участников была шире, чем Иркутская область, так как вопрос ранней помощи актуален для республик Бурятия и Саха, Читинской области, Красноярского края.

Мониторинг проводился в два этапа: 1) на старте проекта по созданию СРП; 2) на завершении проекта по созданию СРП, поддержанного Фондом президентских грантов.

90 % респондентов – мамы «особых» детей, 10 % – папы.

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

В исследовании приняли участие родители детей с различными диагнозами: УО – 15 %, РАС – 29 %, внутренняя окклю-

зионная гидроцефалия – 5 %, ДЦП – 14 %, ЗПР – 17 %, СДВГ – 8 %, синдром Дауна – 12 %.

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

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

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

Еще четверть родителей (25 %) обращаются в специализированные организации (центры, НКО, фонды), способные проконсультировать в силу того, что имеют профиль работы с той или иной группой детей и могут более профессионально и компетентно помочь родителям в общении и развитии их детей. Настораживает тот факт, что 13 % родителей пользуются только интернет-ресурсами, которые изобилуют совершенно различной, зачастую противоположной информацией, которая может быть совсем не применима в работе с ребенком с определенным диагнозом или в каждом конкретном случае отдельно. Без работы со специалистом точно подобрать способы взаимодействия самостоятельно родителям очень трудно.

Респонденты называли достаточно большое количество организаций, занимающихся с «особыми» детьми: ОГБУ СО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», Благотворительный фонд

«Наследие иркутских меценатов», ИРООРД РАС «Аутизм-Иркутск», АНО ЦЗРВДОВ «Шаги детства», ИРООРДИ «Солнечный круг», интернет-проект «Особое детство Иркутска», ИОООИ «Семейная усадьба», семейные клубы «Жар-птица», «Росток», «Исток», МБОУ ДОУ № 18, СКОШ № 20, ГАУ ИО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» г. Иркутска, Оздоровительный центр для детей и их родителей – бассейн «Аквапузики», АНО «Иркутский центр абилитации», ИОООИД «Надежда», Адаптационно-педагогический центр «Прибайкальский талисман».

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

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

Существенная часть респондентов (38 %) указала, что никто не помог, 28 % указали на то, что Мельник Серафима Николаевна, директор АНО «Иркутский центр абилитации», помогла и ребенку, и родителям выйти на новый уровень, Фонд «Наследие иркутских меценатов» (14 %), АНО ИЦА (10 %), АНО ЦЗРВДОВ «Шаги детства» (5 %), ГАУ ИО.

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

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

Мы попросили оценить респондентов ситуацию с ранней помощью в г. Иркутске и Иркутской области от 5 до 0, где 5 – максимально хорошо, 0 – минимально. Половина из них указала на низкий уровень развития ранней помощи (1–2 балла) – 50 %, на 3 балла оценили 30 % респондентов и на 4 – 20 %.

Более того, отвечая на открытый вопрос о характеристиках ранней помощи в Иркутске и области, мы получили следующие данные. Одна группа респондентов указывает на положительную динамику в данной сфере: «В период с 2008 по 2011 год мы вообще не знали о ранней помощи, сейчас что-то стало меняться», «Ранняя помощь только начинает развиваться в Иркутской области», «Служба ранней помощи начинает развиваться, однако требуется работа по межведомственному взаимодействию специалистов, а также активное привлечение внимания СМИ» и пр. Вторая группа утверждает, что данная работа не ведется: «неудовлетворительна», «очень печальна», «оставляет желать лучшего», «никакого раннего вмешательства нет» и т.д. Третья группа сетует на неподготовленность кадров: «Медицинские работники не ориентированы на реабилитацию и социализацию ребенка, помощь сводится к медикаментозному лечению устаревшими «тяжелыми» препаратами» и т.д.

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

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

Таким образом, те, для кого актуальна информация по работе с «особыми» детьми, в целом осведомлены о различных органи-

зациях, работающих в городе в данной сфере. Но служб, работающих с ранней диагностикой и оказывающих помощь, практически нет. Качество оказываемых услуг не охватывает все группы и сферы потребностей, возникающих у «особых детей» и их родителей. Поэтому деятельность АНО «Иркутский центр абилитации» при поддержке Фонда «Наследие иркутских меценатов» в данной области является инновационной и прогрессивной.

Те, кто заполнял повторно анкету, указали на то, что участие в данной программе очень помогло и ребенку, и семье (80 % отметили, что хорошо помогло, 20 % указали, что их проконсультировали), отрицательные оценки никто не указал. Родители замечают существенные изменения в поведении ребенка (31 %), определенные изменения имеются (64 %), не заметили особых изменений 5 %.

Мы попросили указать, что было наиболее ценным в работе СРП, и получили комплексную оценку эффективности ее работы.

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

Доступность и инструктивность самостоятельной работы на дому – 5 баллов (65 %), 4 балла – 25 %, 3 – 10 %. Удовлетворенность результатом – 80 % – на 5 баллов, 10 % – на 4 балла, 10 % – на 3.

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

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

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

В целом можно заключить, что родители достаточно высоко оценивают работу СРП, хотя отдельные вопросы заслужи-

вают более глубокого рассмотрения в будущем (правовая консультация или медицинское сопровождение).

Характеризуя работу СРП, респонденты говорили о «высоком профессионализме специалистов» – 75 %, «выражали благодарность службе и отдельно специалистам» – 45 %.

Недавние опросы специалистов СРП, активно работающих в Иркутске и области, показали ряд трудностей: прежде всего это организационные на местах (особенно в госцентрах), где СРП не могут полноценно работать в связи с непониманием администрации особенностях работы данной службы, непониманием, как встроить работу служб в повседневную работу и структуру организаций, отсутствием необходимой материальной базы (особенно отдельного помещения), а также команды подготовленных специалистов. Даже после большого качественного обучения в ИРАВ у практикующих специалистов возникает много вопросов, особенно связанных с детьми со сложной структурой нарушения. Одним из шагов к решению данной проблемы стало создание на базе АНО «ИЦА» консолидирующего органа по объединению специалистов СРП в Иркутской области. Актуальным остается вопрос заинтересованности родителей в услугах СРП, низкая информированность родителей о нормах развития и маркерах неблагополучия. Большой проблемой остается работа с врачами, особенно врачами-педиатрами в поликлиниках, которые мало информированы об услугах ранней помощи и, как следствие, не направляют всех нуждающихся за помощью.

Но, несмотря на это, за последний год мы существенно продвинулись в развитии услуг ранней помощи в Иркутской области.

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

СОДЕЙСТВИЕ РАЗВИТИЮ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ РЕБЕНКА

Погорелова Валентина Федоровна, физический терапевт социально-реабилитационного отделения для граждан пожилого возраста и инвалидов МБУ «КЦСОН», г. Енисейск

По данным Федеральной службы государственной статистики, за последние пять лет в России количество детей-инвалидов стабильно увеличивается.

В современном мире улучшение системы здравоохранения, в частности родовспоможения, дает возможность выжить малышам, у которых ранее не было шансов. Как правило, это дети с врожденными патологиями, последствиями родовых травм, рожденные раньше времени или с малым весом. Именно эти дети составляют группу риска, так как высока вероятность возникновения у них отставаний в развитии.

Родители, которые с нетерпением ждали появления малыша, тоже переживают огромный стресс, узнав об инвалидности или сложностях, возникших с самого рождения.

Поэтому актуальным является отслеживание развития ребенка с раннего возраста для своевременного оказания помощи. И особенно важно, чтобы профессиональная помощь осуществлялась в естественной среде жизни ребенка – в семье. Занятия с детьми, поддержка родителей, повышение их компетентности являются не только условием создания оптимальных возможностей для развития ребенка, но и фактором предотвращения социального сиротства. Родители не всегда знают, когда и куда обратиться за помощью, замыкаются на своих проблемах, стараются скрыть нарушения в развитии от окружающих и могут изолироваться от нормальной жизни об-



щества. Хорошим и действенным инструментом для решения этих задач выступает служба ранней помощи (далее – СРП).

Ранняя помощь – это система мероприятий, направленных на развитие детей раннего возраста от рождения до трех лет с нарушениями развития или риском появления таких нарушений, а также мероприятий, ориентированных на поддержку родителей.

СРП – это сплоченная междисциплинарная команда, в которой каждый специалист отвечает за свою специфику деятельности в работе с ребенком и его родителями. В команду включены и сами родители, которые становятся неотъемлемой ее частью в реализации программы помощи. Родители – это ключевое звено, так как они выполняют рекомендации, полученные на занятиях от специалистов, и модулируют ситуации, перенося их в повседневный быт и повседневные рутины ребенка.

Чем раньше родители обращаются за помощью к специалистам, тем быстрее проходит процесс восстановления, а нарушения имеют не такие тяжелые последствия для ребенка, тем самым удастся предотвратить детскую инвалидизацию. Особенно важный для развития ребенка период – первые 1000 дней от рождения. Это время наибольшего потенциала для развития ребенка, время, когда коррекция и реабилитация дают стойкие и ощутимые положительные результаты. И очень важно не упустить это благоприятное для правильного развития ребенка время.

Обязательное наличие в междисциплинарной команде специалистов СРП физического терапевта или специалиста по движению не случайно, так как правильное и своевременное развитие двигательной сферы определяет успех всей реабилитационной работы.

Формирование навыков мелкой и крупной моторики способствует развитию самостоятельности и активности ребенка

в повседневной деятельности (есть, пить, играть, сидеть, ползать, ходить и т.д.). Детям с тяжелыми двигательными нарушениями необходима программа физического менеджмента, направленная на профилактику вторичных осложнений.

На первичных приемах в СРП большое внимание уделяется оценке двигательных навыков ребенка, именно со встречи со специалистом по движению начинается знакомство семьи и ребенка. Кроме того, с родителями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями, проводится работа по обучению их приемам правильного позиционирования, подбору, приспособлению или изготовлению необходимых вспомогательных технических средств реабилитации с учетом собственной активности ребенка и его участия в повседневной жизни семьи.

Пример: Слава, два года (диагноз: ДЦП, спастическая диплегия). Причина обращения в СРП (запрос от родителей) – ребенок не сидит.

При первичном обращении было проведено диагностическое обследование по шкале RCDI. В результате обследования показало, что ребенок отстает и, ввиду низких показателей, следует для уточнения дополнительно оценить развитие по шкале KID. Получены следующие результаты: полная шкала – 11 мес., познание – 12 мес., движение – 10 мес., язык – 11 мес., самообслуживание – 13 мес., социальная сфера – 11 мес. На консилиуме междисциплинарной команды специалистов было принято решение о вводе ребенка в СРП и составлении программы помощи.

Программа помощи составлялась с учетом работы других специалистов междисциплинарной команды и повседневных рутин семьи. Мама в беседе со специалистами пояснила, что процесс кормления, игры, обучения и т.д. занимает длительное время, так как ребенок плохо сидит, заваливается, сильно сутулится. Понятно, что в таком положении малышу неудоб-

но манипулировать руками и заниматься какой-либо деятельностью.

В ходе реализации программы ребенку были подобраны необходимые технические средства реабилитации согласно его физиологическим особенностям развития, а именно:

- опора для сидения – улучшила позу ребенка, дала возможность свободно манипулировать руками в процессе игры, самообслуживания; мальчик начал самостоятельно держать ложку и принимать пищу;

- переднеопорный вертикализатор – позволил ребенку выполнять манипуляции руками стоя.

Этот пример – яркое подтверждение тому, как правильно выбранное оборудование дает возможность ребенку развиваться, самостоятельно и активно участвовать в повседневной жизни и приобретать необходимые навыки самообслуживания.

Придание физиологически правильной позы ребенку позволило получить наибольшие результаты на занятиях с другими специалистами СРП, а именно: специалист по ранней коммуникации помог наладить общение Славы с окружающими его людьми с использованием тех средств коммуникации, которые были доступны ему в данный момент. Родители также были научены пользоваться средствами коммуникации, которые применяет ребенок. Он стал активным, ему были подобраны специальные игры на развитие когнитивных, двигательных, социальных навыков, а также навыков самообслуживания.

За полтора года работы со Славой программа помощи корректировалась пять раз с учетом тех навыков, которые появлялись у ребенка. На сегодняшний день он самостоятельно: сидит на детском стульчике, за столом; ползает, стоит без использования ТСП, передвигается вдоль опоры; держит ложку и ест; пьет из кружки, держа ее двумя руками; собирает пирамидку с помощью взрослого; выполняет простые инструкции (дай, на, принеси, положи на место и т.д.); в быту использует

короткие простые предложения (папа едет, уйди, пошли в гости); называет картинки в книжке (по настроению); соотносит картинки с предметами; складывает разрезные картинки по горизонтали и вертикали из двух частей; играет сюжетно-ролевые игры (катает машинку и озвучивает ее), «режет» фрукты, хлеб; варит кушать, изображает, что ест; любит рассматривать книжки и переворачивает страницы и т.д. По запросу родителей Слава был выведен из СРП в возрасте 3,4 года.

В течение реализации программ помощи повседневная жизнь ребенка и семьи изменилась, качество рутин (еда, игра и т.д.) улучшилось. Проведение занятий по ранней коммуникации позволило расширить возможности ребенка в игре и общении, научить маму создавать развивающую среду в домашних условиях и повседневных делах.

СОДЕЙСТВИЕ РАЗВИТИЮ ОБЩЕНИЯ И РЕЧИ РЕБЕНКА МУЗЫКАЛЬНО-РИТМИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ НА МУЗЫКАЛЬНЫХ ЗАНЯТИЯХ В СЛУЖБЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Прошкина Светлана Владимировна, музыкальный педагог, специальный педагог, ведущая музыкальных занятий РОО «Красноярский центр лечебной педагогики», г. Красноярск

Музыка – один из самых доступных видов искусства даже для самых маленьких детей. Наиболее распространенное использование музыкальных занятий на ранних этапах онтогенеза – это стимуляция речевого развития ребенка. Как это работает?

Воздействие на слуховую сферу ребенка при помощи музыкальных произведений формирует и обогащает сенсорный опыт, на основе сформированного неречевого слуха мозг малыша получает возможность развивать и речевой слух. По мнению многих ученых в нашей стране и за рубежом, ранние музыкальные впечатления по степени воздействия сравнимы по важности с речевой средой в более поздний период жизни.

Музыка занимает важное место в организации психолого-педагогической помощи детям раннего возраста. Развитие любого ребенка проходит в общении со взрослыми. В процессе такого общения с близкими и родными людьми ребенок реализует имеющиеся возможности и осваивает формы взаимодействия. Для обычного (нормотипично развивающегося) ребенка характерно постоянное стремление к общению со взрослым, интерес к нему, предлагаемым играм, соответствующим возможностям ребенка. У малышей с нарушениями в развитии такой интерес может быть выражен слабо или отсутствовать вовсе, тогда формирование устойчивого

интереса становится специальной задачей работы всех специалистов. Музыка увеличивает формирование мотивации к общению, обеспечивает эмоциональную основу для общения, стимулирует взаимодействие со значимыми взрослыми и другими детьми.

Многим детям раннего возраста присущ интерес к ритмически повторяющимся однообразным действиям. Такой способ построения активностей становится опорой при организации игр с малышом, позволяет осваивать разнообразные формы и действия в привлекательной игровой форме.

В отличие от обучающих занятий, проводимых в детских садах и развивающих детских центрах, музыкальные занятия с детьми раннего возраста больше ориентированы на развитие каждого ребенка, формирование у него мотивации и возможностей к коммуникации со взрослыми и детьми. Для этого специалисты подбирают упражнения, создают условия, которые будут стимулировать малыша к игре со взрослым, самостоятельным манипуляциям и самовыражению. В результате такого рода занятий происходит развитие речи, внимания, самостоятельной игры, манипуляций и т.д. Освоение каких-либо конкретных навыков не является критерием успешности проведенной работы. Именно с этим связано изменение акцента в рекомендациях, адресованных специалистам, не предлагаются конкретные упражнения и репертуар, а описываются принципы подбора музыкального материала с указанием желательных или нежелательных его характеристик.

Формы проведения музыкальных занятий с детьми раннего возраста

Музыкальные занятия могут проводиться в группах, индивидуально, в мини-группах (два-три участника), в форме включения ребенка в групповые занятия на короткое время или на конкретную активность.

Групповые музыкальные занятия проводятся в зале, где нет сильных раздражителей. Дети младшего возраста посещают занятия вместе с мамой, образуя детско-родительскую группу. В ней существуют правила, которые оговариваются в начале цикла и выполняются всеми участниками:

- нельзя бросать и ломать музыкальные инструменты;
- нельзя без разрешения ведущего включать (открывать) инструмент и нажимать на клавиши;
- нельзя открывать шкафы;
- нельзя сидеть за пределами круга;
- нельзя выходить с занятия до его окончания (если только этот выход не запланирован заранее).

Еще одно отличие музыкальных занятий – их ведет не один, а одновременно два специалиста – музыкальный педагог и педагог-психолог. Это вызвано тем, что педагог, играющий на инструменте, часто выходит за пределы игрового поля, второй ведущий всегда остается в поле и имеет возможность быстро реагировать и регулировать процессы, там происходящие.

Структура группового музыкального занятия остается почти постоянной в течение всего учебного периода: с самых первых занятий вводится последовательность активностей (форм работы). По мере освоения конкретного музыкального, ритмического и двигательного материала он постепенно заменяется (не более чем одна песенка, танец или музыкальная игра на одном занятии), остальной материал остается неизменным. Постоянный порядок активностей, знакомый музыкальный материал помогают малышам усвоить порядок занятий, что особенно важно для испытывающих трудности в понимании речи, для тревожных и трудно адаптирующихся. Постоянство активностей позволяет распределять силы детей и взрослых, создает возможность саморегуляции для того, чтобы дождаться любимой игры или песенки.

Структура музыкальных занятий:

- приветствие;
- движение под речевое сопровождение;
- игра на музыкальных инструментах;
- движение под музыку;
- пение;
- музыкальные игры;
- танец;
- совместное действие;
- прощание.

Важным моментом занятий является вовлечение в действие родителей, не формально, а искренне проявляющих интерес к тому, что происходит. За счет этого включения происходит эмоциональный подъем всех участников, подражание другим участникам, поддержание взаимного интереса. Объясняя правила игр, ведущие обращаются в первую очередь к взрослым, а значит, они являются прямыми проводниками, транслирующими поведение, которому подражают малыши.

Индивидуальные музыкальные занятия проходят с меньшей степенью соблюдения порядка. На них подход более гибок, есть возможность изменять структуру, материал, способы взаимодействия, которые зависят от состояния ребенка непосредственно в данный момент времени. Например, если стоит задача преодолеть трудности адаптации, то порядок и содержание используемых игр могут быть неизменными достаточно длительное время, а если задача – преодоление ригидности в проявлении инициативы ребенка, тогда порядок активностей непременно меняется, вносятся новые игры, включается активный выбор ребенка.

Как выбрать оптимальную форму работы с ребенком? Каждый ребенок, прежде чем попасть на музыкальные или иные занятия, проходит процедуру первичного приема, углубленной оценки состояния, где даются конкретные рекомен-

дации и расписывается программа работы с ребенком. Если основной задачей, поставленной междисциплинарной командой, является социальная адаптация ребенка, то выбирается групповая форма работы. Именно в группе есть возможности стимулировать общение ребенка со взрослыми и детьми, организовывать совместные игры, давать опыт тактильного контакта с другими, создавать ситуации, когда ребенок вынужден подстраивать свое поведение под поведение других участников группы, мириться с потребностями и индивидуальными проявлениями других.

Если задачей для специалистов является работа с нарушением развития эмоционально-волевой сферы, то больше подойдут индивидуальные занятия, позволяющие наиболее продуктивно подобрать содержание работы и формы взаимодействия с ребенком и с семьей в целом. Ограничением в участии в групповых занятиях может стать наличие приступов, чрезмерного возбуждения ребенка во время или после музыкальных занятий.

Иногда индивидуальные музыкальные занятия становятся подготовительным этапом, своеобразной прелюдией, которая дает возможность в дальнейшем посещать групповые занятия.

Раннее музыкальное развитие.

Развивающее воздействие музыкальных занятий

Приходя на групповые или индивидуальные занятия, родители и специалисты рассчитывают на целительную силу музыки. Даже если нам кажется, что ребенок не слышит или не слушает музыку, а иногда просто не обращает внимания на звучание, это не совсем так. Воздействие музыки идет исподволь. Выделяют несколько уровней воздействия:

- эмоциональный и когнитивный;
- мышечной активности;
- регуляции моторного возбуждения;

• физиологический (электрическая активность мозга и частота сердечных сокращений, изменение кровяного давления).

Даже простое прослушивание музыки способствует изменениям в протекании внутренних процессов организма, а участие в процессе сотворчества воздействует на организм еще больше. Вовлечение в пение, танец, музыкальные игры и музицирование обеспечивает включение малыша в совместную деятельность со взрослым и сверстниками, помогает сосредоточиться на общих впечатлениях, ощущении общего поля. Музыкальные занятия предоставляют возможность установления эмоционального контакта с ребенком, произвольных форм активности, успешности в деятельности, приносящей радость.

Ритм – одна из основных характеристик музыкальных произведений и человеческой речи. В этом неподражаемая схожесть восприятия и воспроизведения речи и музыки. Известна роль ритма как базальной основы организации всех психических процессов, таких как речь, память, произвольная деятельность. Кроме того, на музыкальных занятиях педагог имеет возможность подстраиваться к индивидуальному восприятию ритма детьми, давая возможность каждому успевать совершать необходимые действия. Инструкция на занятии – не главное, уменьшение доли вербальных инструкций и объяснений не уменьшает доли подражания, эмоционального «заражения» и ритмического повтора.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ В РАМКАХ КЛУБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ ПАРТНЕРСКИХ ОТНОШЕНИЙ С СЕМЬЕЙ

Свентитская Наталья Ивановна, руководитель семейного интегративного клуба, психолог службы ранней помощи РОО «Красноярский центр лечебной педагогики», г. Красноярск

Деятельность клуба возникла как результат работы службы ранней помощи (далее – СРП). Необходимо было поддержать родителей, имеющих детей с особенностями, чтобы они научились понимать и принимать своего ребенка, играть с ним, учить его взаимодействовать с другими. Такая поддержка для родителей необходима для того, чтобы они стали ресурсом для ребенка.

Семейный интегративный клуб стал одной из форм групповой работы с семьей в СРП.

Концепция работы клуба: работает и открыт не только для семей с детьми раннего возраста, посещающих Центр, но и для семей с детьми, имеющими ОВЗ. Работа клуба направлена на актуализацию родительского потенциала и родительской компетентности.

Клуб – это пространство для взрослых и детей – личная территория радости, творческая деятельность и психологическая помощь, живое общение и выходы в свет. Основная цель достигается через организацию доброжелательной и открытой среды: родители повышают собственные компетентности, находят внутренние ресурсы, которые помогают им в воспитании детей с ОВЗ.

Среда – немаловажный фактор работы клуба. Только психологически безопасная и живая среда, где родители получают

необходимый опыт в воспитании ребенка, проживают взаимодействие и взаимопонимание с другими родителями, помогает с внутренним принятием и радостью воспитывать и развивать своего ребенка. Во время проведения клубных семейных встреч участвуют педагоги Центра и волонтеры.

Цели интегративного семейного клуба состоят в том, чтобы повысить эффективность помощи семьям с детьми раннего и дошкольного возраста с ОВЗ через следующие задачи:

– **повышение родительской компетентности.**

Часто родителям трудно понять, как общаться со своим ребенком, играть с ним, поэтому они нуждаются в поддержке и специалистов, и других родителей, которые уже имеют опыт воспитания детей с ОВЗ. Родители совместно со специалистами не только обсуждают вопросы воспитания и развития детей, но и пробуют новые формы и способы игры и взаимодействия с ребенком, получают необходимые знания о детях. Проводятся группы психологической помощи родителям, беседы во время проведения клубных встреч, а также отдельные консультации и семинары. Позитивный, уверенный в своих родительских компетенциях и возможностях родитель более успешен в воспитании ребенка;

– **улучшение детско-родительских отношений.**

Специалисты показывают важность игры и обычного общения с ребенком в повседневной жизни, которые будут помогать развитию коммуникации, расширять их круг общения. Успешность социализации ребенка с ОВЗ во многом определяется детско-родительскими взаимоотношениями. Родители детей-инвалидов, столкнувшись со сложностями развития, часто оказываются в состоянии стресса, невозможности принять ситуацию, болезненного чувства вины, эмоционального выгорания. Семья вынуждена приспосабливаться к возникшим обстоятельствам и нуждается в объективной информации, поддержке родных и друзей, квалифицированной помощи спе-

циалистов. Родители являются ресурсом, образцом того, как относиться к миру, узнавать его, строить отношение с людьми, справляться со сложностями. Иногда у родителей нет сил справиться с ситуацией или существует сильное стремление достичь предполагаемого «идеального образа» ребенка, сильное желание найти чудодейственную «пилюлю», которая все исправит;

– *содействие изменению отношения в обществе к людям с ОВЗ* через информирование о деятельности клуба на официальном сайте организации, в социальной сети «ВКонтакте», расширению развивающих сред для подготовки детей к переходу в ДОО.

Пространство клуба представлено несколькими функциональными зонами: раздевалка, творческий уголок, комната для психологической поддержки, помещение для игр.

В структуре клуба проводится несколько активностей. Важно для детей раннего возраста, чтобы эти активности были повторяющимися, знакомыми детям. Это важно и для родителей, которые могут предполагать последующие действия. Именно это создает ощущение безопасности и прогнозируемости событий. Поэтому на каждой клубной встрече последовательность активностей одинакова:

– *приветствие*. Дети и родители садятся в круг. Это помогает детям увидеть друг друга, сосредоточиться друг на друге, почувствовать себя частью группы. Здраваясь с помощью бубна, мы учимся ждать и соблюдать очередность;

– *используются ритмические стихи и потешки*, которые повторяются несколько раз и сопровождаются движениями. Взрослые рассказывают стихи-потешки, сопровождая их простыми действиями (раскачиванием, хлопками, притопыванием) и вовлекая детей в эти движения. Ребенок смотрит на других участников круга, по желанию проявляет собственную активность, осваивает простые движения,

подражая взрослым. Подражание – необходимая ступень в развитии игровой деятельности ребенка, где он усваивает правила, помогает ему пережить эмоциональное единение со всей группой, организовать свою активность, соотнести ее с действиями других участников занятия. Все это развивает речь ребенка;

– *музыкальная активность* дает богатый опыт общения, наполняет жизнь яркими впечатлениями и радостью. Все дети любят двигаться под музыку и петь под гитару простые детские песенки. Музыка помогает развивать двигательные навыки. Дети вместе с родителями участвуют в маленьких хороводах;

– *свободная игра* (ребенок сам выбирает, что ему в данный момент делать, родители присоединяются к интересу ребенка, соблюдая правила, принятые в Центре, они передвигаются по игровой комнате, исследуют пространство, наблюдают за другими детьми и пробуют играть друг с другом);

– *творческие посиделки* – психологическая поддержка мам, где они могут поделиться своими достижениями, задать специалистам вопросы воспитания и развития детей, совместные беседы о формировании навыков, необходимых для успешной социализации детей;

– *чаепитие* проводится во время каждой из встреч. Дети, родители, специалисты собираются за столом, пьют чай, обсуждают различные темы, что позволяет присутствующим не только пообщаться между собой, но и отдохнуть, восполнить энергию;

– *окончание занятия* отмечается общей песенкой «До свиданья, детвора».

Расширение развивающих сред для подготовки детей к переходу в ДОО

Знакомство с новой средой, помещением, взрослыми и сверстниками помогает детям в адаптации к новым ситуациям, режиму и ритму в ДОО. Выходы в свет помогают снизить тревогу и у родителей, так как они увидят, насколько это безопасно и насколько их ребенок может быть успешен в определенной деятельности.

Выход в театр «Кенгуру», с которым мы давно сотрудничаем, в краеведческий музей, на мероприятия, приуроченные к декаде «Солнечные дети», проходящей ежегодно. В жизни ДОО ситуация с праздниками привычная и повторяющаяся. Планируется подготовка к Новому году – открытие «Мастерской Деда Мороза», где дети изготавливают творческие поделки, узнают о традициях и обычаях новогодних праздников, тренируют свою усидчивость, внимание и ручные навыки. И, конечно же, само празднование Нового года.

Ситуация расширения развивающей среды для подготовки детей к переходу в ДОО будет реализовываться с помощью клубных встреч с целью социализации, где у детей будет возможность взаимодействия со сверстниками, а родители смогут обсуждать интересующие их вопросы о формировании навыков, необходимых для успешной социализации и адаптации к ДОО.



РАЗВИТИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Сухих Валентина Герасимовна, к.п.н., заместитель начальника отдела по вопросам инвалидов и лиц, пострадавших от радиации, министерства социальной политики Красноярского края, г. Красноярск

Под системой ранней помощи понимается комплекс медицинских, социальных и психолого-педагогических услуг, оказываемых на межведомственной и междисциплинарной основах детям целевой группы и их семьям, направленных на раннее выявление детей целевой группы, содействие их оптимальному развитию, формированию физического и психического здоровья, на включение в среду сверстников и интеграцию в общество, а также сопровождение и поддержку их семей и повышение компетентности родителей или законных представителей.

В целевую группу входят дети от рождения до трех лет, имеющие ограничения жизнедеятельности, в том числе дети с ограниченными возможностями здоровья, дети-инвалиды, дети с генетическими нарушениями, дети группы риска.

Если говорить о величине целевой группы в Красноярском крае, то только в системе социальной защиты населения по состоянию на 01.01.2019 на учете состоят: дети-инвалиды от 0 до 3 лет – 1037 человек, дети от 0 до 3 лет группы СОП – 1642 человека.

Если учесть, что общая численность детей возраста 0–3 года составляет, по данным министерства социальной политики, порядка 99 тыс., то практически от 3 до 4 % детской популяции точно нуждаются в ранней помощи. Масштабы целевой группы увеличивают дети в пограничном состоянии, а при наличии у ребенка выраженных нарушений функций организма

и значительных ограничений жизнедеятельности, приводящих к неполноценному включению в систему образовательных услуг, возможно продолжение оказания услуг ранней помощи до семи-восьми лет.

В Красноярском крае формируется модель ранней помощи, ориентируясь на семью, с учетом протяженности края, имеющегося кадрового и реабилитационного потенциала при взаимодействии с РОО «Красноярский центр лечебной педагогики».

При формировании модели ранней помощи в системе социального обслуживания мы опираемся на следующие распоряжения:

- Правительства Российской Федерации от 31.08.2016 № 1839-р «О Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года»;

- Правительства Российской Федерации от 17.12.2018 № 2723-р «О плане мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года»;

- Губернатора Красноярского края от 02.05.2017 № 223-рг «Об утверждении плана мероприятий по реализации на территории Красноярского края Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года».

Для достижения цели в рамках Концепции предложено решить ряд задач:

- разработка нормативно-правовой и методической базы по организации ранней помощи;

- переход от частных моделей организации ранней помощи в отдельных регионах к созданию единой системы, формирование условий для развития программ ранней помощи в субъектах РФ;

- определение координирующего органа, ведомств и организаций в сферах здравоохранения, социальной защиты, обра-

зования, на базе которых будет осуществляться оказание услуг ранней помощи;

– развитие кадрового потенциала программ ранней помощи, организация дополнительного профессионального образования специалистов, предоставляющих услуги ранней помощи.

Министерствами образования, здравоохранения, социальной политики Красноярского края определены пилотные площадки: города Красноярск, Ачинск, Шушенский район, на которых отрабатывается модель межведомственного взаимодействия при предоставлении услуг ранней помощи. В пилотном проекте принимают участие семь учреждений социального обслуживания.

По мере решения задач, поставленных в Концепции, создается и совершенствуется региональная СРП. В крае определен координирующий орган – министерство здравоохранения.

Создание региональной СРП позволит обеспечить максимально полный охват детей с нарушениями развития на самых ранних этапах онтогенеза, даст возможность провести своевременную профилактику вторичных нарушений, эффективную коррекцию имеющихся нарушений взаимодействия ребенка с окружающим миром, а также оптимальное включение родителей в коррекционную работу.

Что сделано в крае. На каком этапе мы находимся

Уникальность географического положения Красноярского края заключается в значительной протяженности территории с севера на юг (порядка 3000 км), низкой плотности населения (особенно в северных районах < 1 человека на кв. км), разных ресурсных возможностях, социально-демографических условиях, других региональных особенностях, что все вместе обуславливает разные возможности получения ранней помощи. Поэтому региональную модель ранней помощи целесообразно строить по пути создания разветвленной сети отдельных

структурных подразделений (отделов, служб) ранней помощи в учреждениях разной ведомственной принадлежности и некоммерческого сектора. Каждая служба должна иметь отдельную выделенную структуру и подготовленную команду специалистов, отвечающую потребностям ребенка и семьи.

С целью изучения наличия основных компонентов для предоставления услуг ранней помощи в учреждениях системы социального обслуживания края в 2018 году специалистами КГКУ «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения» (далее – РМЦ) проведена оценка ресурсности учреждений системы социального обслуживания населения в муниципальных территориальных образованиях края по оказанию услуг ранней помощи. Исследование относилось к разряду аналитических, носило сплошной характер, проводилось методом анкетирования, в котором респондентами выступали учреждения, оказывающие социальные услуги населению.

Для исследования в отделение развития социальных технологий РМЦ поступило 68 анкет из 61 территориального образования края. Анкета содержала 11 открытых вопросов по оценке показателей:

- наличие выделенного структурного подразделения и приспособленного пространства для оказания услуг ранней помощи;
- команда специалистов и их профессиональная подготовка;
- диагностический инструментарий;
- число обследованных детей по шкалам развития;
- количество разработанных программ оказания ранней помощи;
- способы информирования населения об услугах ранней помощи.

После обработки анкет картина выглядит следующим образом. В 13 муниципальных образованиях, в составе разного

вида учреждений социального обслуживания подготовленные команды специалистов оказывают услуги ранней помощи детям и семьям.

В 32 муниципальных образованиях отмечены отдельные элементы целостной системы ранней помощи в форме домашнего визитирования, работы мобильной выездной бригады, школы для родителей, лекотеки, групп дневного кратковременного пребывания, удаленного (дистанционного) консультирования и сопровождения семей. И в шести муниципальных образованиях ранняя помощь не предоставляется вообще либо находится в стадии становления.

Что касается самих оказываемых услуг, которые специалисты учреждений относят к технологиям ранней помощи, руководствуясь лишь возрастом ребенка, то по большому счету это часть их повседневной деятельности. Оказание в течение длительного времени интегрированного набора услуг, направленных на выработку и развитие необходимых умений и навыков ребенка, параллельно с обучением родителей практикам закрепления этих навыков в повседневной жизни сдерживается недостатком законодательно закрепленных нормативов.

Субъектами межведомственного взаимодействия по вопросам оказания ранней помощи семье и ребенку являются:

- министерство здравоохранения Красноярского края;
- учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь детям;
- министерство образования Красноярского края;
- органы местного самоуправления Красноярского края, осуществляющие управление в сфере образования;
- организации, реализующие образовательную деятельность;
- центры психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи;
- министерство социальной политики Красноярского края;

органы социальной защиты населения муниципальных образований;

учреждения социального обслуживания;

негосударственные организации, реализующие технологии ранней помощи.

Координатором деятельности на уровне муниципального образования является один из поставщиков услуг ранней помощи, определенный на муниципальном уровне. Это может быть учреждение социального обслуживания либо здравоохранения или образования. Эффективность межведомственного взаимодействия при этом должны обеспечивать протоколы взаимодействия органов исполнительной власти и учреждений разной ведомственной принадлежности, такие документы находятся в крае в стадии подготовки.

Функции координатора на краевом уровне может осуществлять создаваемый межведомственный ресурсный центр ранней помощи с функциями создания банка нуждающихся в ранней помощи детей и семей, координирования и развития возможности разных ведомств по реабилитации и абилитации, совершенствования методов и форм ранней диагностики, что сейчас создается на базе РОО «Красноярский центр лечебной педагогики».

Информирование и просвещение населения об услугах ранней помощи, месте и порядке их получения осуществляется с помощью специализированного справочного портала для инвалидов в Региональной информационно-аналитической системе (далее – РИАС) поддержки реабилитации инвалидов по адресу: invalid24.ru. Информационно-справочный портал РИАС позволил родителям, имеющим детей-инвалидов, получать ответы на различные вопросы в рубриках «Экспертиза», «Реабилитация», «Сопровождение», «Доступная среда» и т.д.

В разделе «Сопровождение» родители, имеющие детей-инвалидов, могут ознакомиться с обучающими и развивающими

программами реабилитации, со специальной литературой, направленной на реабилитацию детей-инвалидов с различными заболеваниями, с видеотекой и технологиями реабилитации детей-инвалидов в домашних условиях.

С 2017 года работа по моделированию региональной системы ранней помощи осуществляется в рамках научно-внедренческой площадки на базе ведущих учреждений (МБУ СО «Центр «Радуга» г. Красноярска, КГБУ СО Центр семьи «Зеленогорский»).

В целях обеспечения практической реализации программ ранней помощи в крае используется программно-целевой подход. Так, в рамках подпрограммы «Доступная среда» государственной программы Красноярского края «Развитие системы социальной поддержки граждан» ежегодно приобретаются программы оценки уровня развития детей. В 2018 году программы оценки уровня развития детей приобретены для четырех учреждений социального обслуживания. В 2019 году пять учреждений получают программы.

В рамках подпрограммы «Формирование и совершенствование системы комплексной реабилитации или абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов» государственной программы Красноярского края «Развитие системы социальной поддержки граждан» с 2019 года продолжится оснащение учреждений социального обслуживания реабилитационным оборудованием, в том числе диагностическим. Также предусматривается разработка и издание нескольких методических пособий и рекомендаций по технологиям организации и оказания ранней помощи, приобретение развивающего и диагностического оборудования.

Предоставление услуг ранней помощи в системе социального обслуживания организовано с использованием различных технологий. На одной из научно-внедренческих площадок отработывается технология оказания ранней помощи через программу Skype с рабочего места специалиста по технологии

«Личный кабинет семьи». В основе технологии такого удаленного сопровождения лежит принцип опоры на семью. При этом специалист и родители имеют свои зоны ответственности и полномочия. Первый определяет методику и программу ранней помощи и обучения родителей, вторые реализуют разработанные специалистами мероприятия, получаемые в виде специальных заданий, рекомендаций и т.д.

Следует отметить, что данная технология дает возможность общения родителей с ведущими специалистами из разных областей детской реабилитологии, попасть на личный прием к которым бывает достаточно затруднительно.

Периодичность и длительность сеансов устанавливается в зависимости от нозологического вида инвалидности ребенка и ресурсного потенциала семьи. Опыт показывает, что для достижения стойкого положительного эффекта достаточно восемь-десять видеосеансов при условии постоянных занятий родителей с детьми.

Предоставление услуг непосредственно в учреждении социального обслуживания организовано с учетом возможности посещения ребенком учреждения вместе с родителями. Услуга в рамках домашнего визитирования предоставляется семьям, в которых дети по состоянию здоровья не могут посещать учреждение.

Особенностью модели ранней помощи детям в крае является партнерство с РОО «Красноярский центр лечебной педагогики» в области подготовки специалистов. Выстроена поэтапная подготовка специалистов междисциплинарной команды: социальный педагог, психолог, специалист по социальной работе.

На базе Центра лечебной педагогики специалисты учреждений социального обслуживания проходят курс повышения квалификации с участием преподавателей НГОУ ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства». Используются различные методики подготовки: семинары, практиче-

ские занятия. Кроме того, методическая помощь оказывается в рамках выездных супервизий и в режиме онлайн.

В настоящее время с участием Центра лечебной педагогики подготовлены специалисты 24 учреждений социального обслуживания.

Следующий вид подготовки специалистов – это стажировочные площадки.

Приказом министерства от 11.02.2014 № 38-ОД организована работа стажировочных площадок. Ежегодно на их базе в среднем 20 специалистов проходят стажировки по вопросам ранней помощи. Так, в 2019 году стажировочные площадки по данной теме работают на базе КГАУ СО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» г. Ачинска, МБУ СО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Радуга» г. Красноярск, РМБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения», Шушенский район.

На курсах повышения квалификации при РМЦ в 2018 году 60 специалистов повысили квалификацию по программе «Комплексная реабилитация или абилитация инвалидов» с включением раздела по ранней помощи.

Таким образом, в крае в содружестве с некоммерческой организацией «Центр лечебной педагогики» создается модель предоставления услуг ранней помощи детям. Главная составляющая модели – профессиональная команда, базовой ценностью которой является признание безусловной ценности человеческой жизни.

Проблемы:

- законодательно на федеральном уровне ранняя помощь как вид деятельности не определена;
- нет стандартов услуг ранней помощи;
- не готовятся специалисты по программам ранней помощи в высших учебных заведениях.

ПЕДАГОГИКА РАННЕГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ РИСКИ В РАЗВИТИИ (ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ)

Фурьева Татьяна Васильевна, д.п.н., профессор, заведующий кафедрой социальной педагогики и социальной работы КГПУ им. В.П. Астафьева, г. Красноярск

В данной статье нами предпринимается попытка анализа теории и практики психолого-педагогического сопровождения детей первых шести лет жизни с проблемами в развитии в западноевропейских странах, в которых последние 20 лет происходит не только основательное развитие соответствующих служб, но и становление самостоятельной отрасли педагогической науки – педагогики раннего сопровождения детей, определяющей теоретико-методологические основания, концептуальные подходы в организации практического психолого-педагогического сопровождения семьи с детьми, имеющими особые потребности, раскрывающей технологические и методические аспекты разных сторон комплексной помощи.

Вместе с тем следует отметить, что в нашей стране важнейшие научные исследования в области раннего детства проводились выдающимися учеными XIX–XX веков, психологами, педагогами, дефектологами (П.П. Блонским, Л.С. Выготским, А.В. Запорожцем, А.Н. Леонтьевым, М.И. Лисиной, Д.Б. Эльконин и их учениками.). В их научных работах, проводимых в русле культурно-исторической концепции онтогенетического развития психики человека, подчеркивается важность раннего возраста, охватывающего сензитивные периоды становления целого ряда базовых функций.

В настоящее время в России происходит активный поиск, апробация и разработка собственных подходов, моделей ран-

него сопровождения детей. Об этом свидетельствует политика государства в области ранней помощи, появление региональных концепций и технологий, а также организация симпозиумов, конференций, создание общественных объединений, представление разных практик.

В целом в педагогике и психологии раннего возраста наибольшей известностью пользуется целостная теория раннего развития (Дж. Боулби (J. Bowlby), Д. Винникот (D. Winnicott), М. Айнсворт (M. Ainsworth), М. Малер (M. Mahler), Д. Штерн (D. Stern) и др.).

Остановимся на вопросах специфики понятия «педагогическое сопровождение», важности самоопределения педагога в данной деятельности, различиях в медицинской и педагогической моделях сопровождения, особенностях педагогических методов и содержании практики педагогической помощи семье с детьми раннего возраста.

Специфика педагогической деятельности в семье за рубежом

Раннее педагогическое сопровождение нацелено на детей и взрослых: и ребенок, и его родители должны достичь целей, которые сформулированы ими и другими. При этом самое важное заключается в том, что достижение происходит с опорой на собственные способности и возможности.

Раннее сопровождение выступает в роли катализатора развития ребенка. В центре педагогических усилий находится развитие компетенций «особого» ребенка и его родителей. В частности, речь идет о формировании у ребенка умений вступать в контакт с окружающим миром, способностей формулировать собственные желания и потребности, осмысленно действовать и преобразовывать мир, а также уметь получать помощь и поддержку в ситуациях угрозы и опасности, связанных с фактом ограничения функций ребенка.

На практике существуют различные толкования и определения деятельности по оказанию помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) в раннем возрасте, в частности «раннее выявление», «ранняя терапия», «раннее воспитание», «мобильное домашнее раннее содействие», «ранняя социальная интеграция» и др.

Более того, в 1996 году в Европе был принят специальный манифест (Manifest der Eurlyaide Gruppe), в котором записано: «Ранняя помощь ориентирована на детей с риском или нарушением в развитии. Она относится к периоду между родовым диагнозом и наступлением школьного возраста. Она охватывает весь процесс от возможно раннего выявления и обследования, включая саму практику сопровождения.

Раннее сопровождение представляет собой целенаправленную деятельность по лечению и оказанию помощи как детям, так и их родителям».

По мнению известного немецкого специалиста в области педагогики раннего сопровождения «особых» детей Ф. Петерандера, существуют **специфические требования к данной деятельности**.

В частности, работа специалиста в области раннего сопровождения осуществляется внутри семьи и, соответственно, значительно уменьшает возможность консультирования с коллегами в сложных ситуациях.

Эта деятельность характеризуется сложностью и комплексностью отношений со всеми родственниками ребенка, поэтому здесь важно профессиональное самоопределение специалиста по отношению ко всем членам семьи.

Для специалиста актуальны проблема интеграции всей информации (медицинской, психологической, прикладной) и ответ на вопрос: что значит для семьи официальный (подтвержденный) диагноз (например, наличие у ребенка синдрома Дауна)?

Немаловажно также знание позиции других специалистов по поводу перспектив развития ребенка при наличии определенного диагноза.

Главный фокус в работе типа раннего сопровождения, по мнению Ф. Петерандера, заключается в **ориентации на естественное окружение ребенка, на его семью, на те смысловые связи, которые существуют в данном конкретном случае в семье.**

В этой связи понятным становится ярко выраженный индивидуальный характер этой работы, отказ от известных рецептов и стратегий. По сути, сопровождение приобретает характер особой **доверительной и последовательной помощи, неизменно сопровождаемой саморефлексией специалиста.**

При этом следует иметь в виду, что в одной семье характер отношений будет подобен доверительному общению с «хорошей подругой», в другой – отношения специалиста с родственниками строятся на позиции контроля представителя социальной службы за выполнением выданных ранее рекомендаций и т.д.

Самоопределение педагога в деятельности сопровождения

Педагогическая деятельность по сопровождению напрямую связана с пониманием самим специалистом сути своей работы, с его профессиональной позицией.

Здесь можно выделить три позиции: оказание помощи, лечение и сопровождение. Если специалист видит свою задачу в оказании помощи клиентам, значит, он видит в них людей, которые имеют определенные потребности.

В случае ориентации на лечение пациентов работник РСП рассматривает детей и их родителей как страдающих людей.

Здесь возможна ситуация помехи со стороны других членов семьи или специалистов в реализации специалистом лечебной технологии.

Если же специалист занимает позицию сопровождения семьи, тогда ребенок и его родственники указывают для него направление деятельности, а в качестве главной профессиональной задачи выступает поддержка имеющихся в данной семье ресурсов.

По мнению другого специалиста в области педагогики раннего сопровождения, М. Претиса, образ ребенка, имеющийся в представлении у специалиста, определяет характер решаемых им профессиональных задач.

Заслуживает внимания предлагаемая австрийским ученым таблица, в которой соотнесены такие показатели, как образ ребенка, теоретическая концепция и конкретная практика раннего сопровождения «особого» ребенка (табл. 1).

Главное в педагогике раннего сопровождения «особых» детей – умение специалистов не просто видеть детей с их дефицитами, а развивать их компетенции. В этом заключается наибольшее различие между педагогической и медицинской моделями служб раннего сопровождения.

Таблица 1

Педагогика раннего сопровождения в контексте разных представлений о ребенке

Образ ребенка	Теоретическая концепция. Сущность раннего сопровождения	Главные представители	Практические вопросы для практики раннего сопровождения
Нуждающийся ребенок, человек как существо, имеющее недостатки	Психоанализ, теория привязанности, раннее сопровождение как компенсация	З. Фрейд, А. Фрейд, Маслоу, Боулби, Эйнсворт	Как я воспринимаю потребности ребенка и удовлетворяю их с помощью моих методов
Обучающийся ребенок, человек как существо, реагирующее, отражающее окружающий мир	Теория модификации поведения, бихевиористская теория учения, раннее сопровождение как создание условий для учения	Скиннер, Кэнфер, Петерманн	Какие принципы учения я фиксирую у ребенка; как я меняю его учебное поведение

Образ ребенка	Теоретическая концепция. Сущность раннего сопровождения	Главные представители	Практические вопросы для практики раннего сопровождения
Ребенок как существо социальное, как часть целой системы социальных связей	Теория систем, эколого-системный подход, раннее сопровождение как восстановление нарушенной системы связей	Бронфенбреннер, Сатир, Шпек	Как я могу изменить правила социальной системы благодаря своей деятельности
Ребенок как преобразователь, как сам себя усиливающий человек	Теория саморазвития, раннее сопровождение как импульс для автономии и развития способности к преобразованию окружающего мира и себя	Монтессори, Вильд, Раппапорт	Как я действую, чтобы ребенок переживал себя как действующий субъект, как я мобилирую его силы

Разные модели раннего сопровождения (медицинская, педагогическая)

Медицинская модель, или модель исправления, значительно доступнее и проще в использовании. Здесь необходимо выполнение следующих трех шагов: наблюдение за дефектом; подробное описание «выпавшей функции»; использование известных, соответствующих данному диагнозу методов, которые в определенной мере компенсируют ограничение. Модель исправления не мотивирует «особых» людей к преобразованию мира своими средствами. Она ориентирует их на терпеливое ожидание того, когда будут включены необходимые и возможные в данном случае компенсации. Человек получает информацию о том, что с ним не все в порядке, что его дефицит вызывает определенные следствия и т.д. Используемые каузально-объяснительные интерпретации не могут дать полную картину развития или показать, как сделать его

управляемым. Каждый процесс развития сугубо индивидуален и зависит в первую очередь от возможностей индивида, а не от применяемых методов. Метод, используемый в одной семье, может быть абсолютно неприемлем для другой семьи.

В основе **педагогической деятельности по раннему сопровождению** (педагогической модели) лежит рефлексия образа «особого» ребенка и его окружения, причем этот процесс является общим для всех участвующих лиц. Инвалидность представляет собой особое состояние бытия, которое требует особого отношения и особого сопровождения. Как показывает реальная практика сопровождения, ее сложно определить какими-то жесткими теоретическими рамками.

В целом педагогические теории раннего сопровождения развивались в русле имеющихся в обществе представлений о детстве, об образе человека. В этой связи уместно говорить о плюралистичном характере педагогики раннего сопровождения, включенной в общие тенденции развития педагогической науки.

Педагогические позиции по отношению к методам сопровождения

В качестве исходных в современной педагогике раннего сопровождения можно выделить, как считает М. Претис, **четыре базовые позиции**, характеризующие поведение ребенка.

Первая позиция актуализирует идею о том, что **поведение ребенка имеет смысл только в социальных связях**, поэтому методы сопровождения ребенка и его родственников следует определять в зависимости от конкретных смыслозадающих действенных социальных связей.

Вторая позиция определяет отношение специалиста к **способам достижения ребенком цели**. Эти способы или средства могут быть абсолютно разными и индивидуальными. Дети проявляют в поведении большую креативность, гибкость, с тем чтобы получить то, к чему они стремятся.

Согласно третьей позиции специалист в области раннего сопровождения должен видеть в ребенке всегда **действующее, активно преобразующее мир существо**. В этой связи педагогическая задача заключается в предоставлении «особому» ребенку необходимых материалов для активной исследовательской деятельности и поддержке его в случае необходимости ребенка в ней.

Четвертая теоретическая позиция заключается в фиксации **сложности соотношения поведения ребенка и цели и средств по ее достижению**. Зачастую они неадекватны друг другу. Одно и то же поведение может быть обусловлено разными целями.

В случае «особых» детей стереотипные формы поведения могут выступать как единственно возможные для проявления собственной активности, самостоятельности ребенка.

Каждый «особый» ребенок стремится к достижению позитивной в его представлении цели, и это обстоятельство должно позитивно оцениваться взрослыми.

Вся педагогическая деятельность в конечном счете базируется на мысли о том, что ребенок с ограниченными психофизическими возможностями является одновременно гражданином с неограниченными гражданскими правами и имеет право участвовать во всех общественных процессах.

Система раннего сопровождения стимулирует активное участие, которое означает, что маленькие граждане учатся воспринимать свои потребности, артикулировать их с помощью доступных им своих средств и удовлетворять, соответственно, своим возможностям.

Практика раннего педагогического сопровождения за рубежом

Современная ярко выраженная ориентация на индивидуальные потребности «особого» ребенка, как показывает западноевропейская практика, обнаруживает сбой, коллизии

при встрече с нормо-ориентированной институциональной системой в дошкольных и школьных учреждениях, которая в известной степени ограничивает свободу индивидуальных проявлений детей. Последнее следует иметь в виду и готовить к этому ребенка и его родственников.

Взрослый должен строить свои отношения с «особым» ребенком на основе двух принципов: солидарности и открытости. Для этого ему необходимы, с одной стороны, полная информация о ребенке, а с другой – реальная возможность установления с ним разнообразных отношений. Последнее предполагает глубоко личностный, доверительный контакт.

Австрийские специалисты выступают против устраивания различных акций (базаров и пр.) как форм интеграции «особых» детей в сообщество сверстников. Они называют эти мероприятия неподготовленной конфронтацией. По их мнению, совместные акции должны иметь **определенное совместное содержание деятельности**, которая реально объединяет участников, остающихся детьми при самых различных возможностях своего развития. Здесь происходит формирование нового понятия нормальности у детей и в первую очередь у взрослых.

Как выглядит в реальной практике педагогическая деятельность по раннему сопровождению «особого» ребенка? Эта деятельность складывается из пяти компонентов, или умений: наблюдения, описания, объяснения, практического действия и коммуникации.

При этом деятельность опирается на практику постоянного «вопросания», то есть постановки специалистом вопросов к самому себе. Такой «вопросный» подход получил значительное развитие в русле системно-экологического поворота в педагогике раннего сопровождения.

В нем имеет место отход от ориентации на изолированный тренинг различных функций к интеграции всех действий взрослых в реальную повседневную жизнь «особого» ребенка.

Специалист в области раннего сопровождения должен задавать вопросы об условиях воспитания ребенка, о системах принятых в них ценностей, о месте ребенка в окружающем обществе, о роли матери и отца в жизни ребенка с проблемами и т.д.

Педагогическая деятельность в условиях меняющейся социальной структуры современного общества актуализирует определение специалистом четких позиций по отношению к имеющимся технологиям работы (пренатальная диагностика, генная терапия и т.д.), известным стилям воспитания, медико-техническим процедурам, этическим нормам содействия и пр.

Причем более четкое теоретическое обоснование профессиональных действий не означает просто нахождение подходящей для данного случая модели.

Теоретическая модель необходима для того, чтобы специалист смог отразить (воспринять), описать и объяснить собственную деятельность.

По мнению немецкого ученого Вайса (1993), речь идет об обращении к «модели деятельности» вместо традиционной «модели позиции».

Документирование происходящих процессов, супервизорское сопровождение, внимание общественности способствуют улучшению качества педагогической деятельности по раннему сопровождению «особых» детей.

Специалист анализирует свои действия с позиции разных теоретических концепций, объединяет их в рамках общего смысла происходящего.

Теория становится актуальной только по мере появления вопроса. Отсутствие вопроса как показателя понимания происходящего означает или насыщение деятельности идеологическим смыслом, или игнорирование педагогического смысла.

Для специалиста важно определиться с общей ориентацией на конкретную модель и формы ее использования, которые помогают адекватно описать и объяснить происходящее.

М. Претис предлагает уровневую модель вопросов, которую характеризуют **пять профессиональных педагогических функций специалиста по раннему сопровождению (наблюдение, описание, объяснение, действие и общение)** по трем уровням – научно-теоретическому, институциональному и личностному.

Таблица 2

Таблица профессиональных вопросов

Действия (функции)	Научно-теоретический уровень	Институциональный уровень	Личностный уровень
Наблюдение	Что главное в моей теории? Что в ней предстает как существенное?	Какими видами наблюдения я владею? Какие средства имею для этого?	Что является предметом моего наблюдения? Что мне особенно удается? Какие аспекты часто выпадают из поля моего восприятия?
Описание	Каков понятийный язык моей теории? Насколько он формализован (использование терминов, формул и т.д.)?	Имеются ли определенные языковые правила (например, при документации)?	Насколько я владею терминологией принятой мною теории, а также языком других теорий?
Объяснение	Какими связями объясняется происходящее?	Имеются ли определенные институциональные предписания?	Являются ли для меня лично эти объяснительные модели значимыми?
Действие	Является ли модель значимой для практики и как осуществляется ее практическая реализация?	Как осуществляется в учреждении обучение переносу модели в реальную практику? Как оценивается этот перенос?	Какие конкретные практические шаги я осуществляю?
Общение	Как описывает теория профессиональное общение?	Насколько обеспечивает моя теория связь с другими теоретическими моделями?	Насколько ясно я выражаюсь? Как мы общаемся друг с другом?

Ребенку с нарушением помощь необходимо предлагать в первую очередь там, где оно угрожает ограничению деятельности, имеющей смысл для него. Здесь особенно важны терпение, умение наблюдать и стимулировать осмысленную деятельность. В этой связи понятно требование индивидуального подбора методов на основе дифференцированной диагностики, адекватно описывающей картину (образ) ребенка. В таблице 3 отражена возможная корреляция между теоретическим представлением (образом ребенка) и методами раннего сопровождения.

Мини-теории, которые использует специалист в своей работе, не могут быть обобщены. Они необходимы для индивидуализации процесса сопровождения, то есть установления отношений, определения предложения (содержания) работы, а также ее способов. Возможности развития напрямую зависят от того, насколько ребенок и его родители знакомы с новой ситуацией (профессиональными требованиями), насколько свободно они могут вступить в общение и т.д.

Таблица 3

Образ ребенка и методы раннего сопровождения

Мой образ ребенка	Методы
Нуждающийся ребенок	Создавать соответствующие службы для удовлетворения потребностей ребенка (физиологические, уверенность в себе, социально-эмоциональная привязанность, самооценность), формировать ритуалы, традиции, обеспечивать свободное пространство и т.д.
Обучающийся ребенок	Анализировать и создавать необходимые условия для учения, использовать адекватные учебные принципы (учить воспринимать сигналы, а также усиливать их, учить пониманию происходящего и т.д.)
Ребенок как часть системы	Описывать правила системы, снимать нагрузки, раскрывать процесс самоорганизации и т.д.
Ребенок как существо самоорганизующееся	Создавать условия, необходимые для осуществления ребенком собственной активности

Следует отметить ценностно-смысловой контекст связи теории и практического действия в деятельности по раннему сопровождению «особых» детей. Теория, или модель, обуславливает расширенные смысловые и ценностные связи практических действий специалиста. Речь идет не только об артикулировании практической функции как стимулировании когнитивного или моторного развития, но и о придании этому особой ценности. Специалист считает свои действия важными, поскольку они необходимы для приобретения определенной компетенции, однако при этом, работая с ребенком, он должен соблюдать определенные **этические правила и нормы**. К ним наши западные коллеги относят следующие **семь прав ребенка**, которые должны быть обеспечены: на максимально возможную автономию, на эмоциональное благополучие, на проживание детства как счастливого периода и защищенного пространства жизни, на собственную его организацию, на родителей, на наилучшее содействие и помощь, на надежный и безопасный окружающий мир.

Работники СРП должны быть в состоянии ответить на вопросы, касающиеся образа ребенка, его ценностей, цели поведения, обоснования выбора используемых методов, характера общения и пр., хотя в реальности для ответов на вышеуказанные вопросы почти не остается времени, поскольку сама рутинная работа (сеансы, документация, работа с ответственностью) сложна и затратна по времени. Следует учитывать и рост требований к качеству сопровождения. Однако специалисты должны находить пространство и время для бесед на этические темы, для прояснения концептуальных основ деятельности (упрек службам раннего сопровождения «особых» детей – в бесконцептуальном характере их практики), иначе служба сопровождения превратится в пункт «технического обслуживания» или «техническую службу» по оказанию

определенных услуг, которая должна искать свой «рынок», «продавать товары», «выполнять желания клиентов».

Современные западные СРП все больше ориентируются в своей работе на четкое прояснение профессиональных позиций всех работающих с «особыми» детьми. Это связано в том числе и с новыми медицинскими технологиями, которые позволяют новорожденным, родившимся с большими рисками для жизни и ранее не имевшим жизненной перспективы, сохранять жизнь и строить с ней свои отношения.

Со второй половины 90-х годов в западноевропейских странах вопрос о действенности СРП, доказавших свою эффективность и важность для развития «особых» детей, уже не ставится. Новый экологический подход в понимании сущности деятельности по раннему сопровождению детей с особыми потребностями значительно меняет ориентиры в сравнении с ранее распространенными линейно-каузальными моделями. Сегодня **понятийное поле педагогики раннего сопровождения обогащено такими понятиями, как смысл, автономия, ресурс, качество жизни, самоорганизация** и т.д. Работники служб раннего сопровождения имеют дело с индивидуальными жизненными планами, которые становятся явными в непосредственном общении и взаимодействии с окружающим миром. Сопровождение не может больше базироваться на чисто функциональных отношениях к определенной норме развития и ограничиваться выбором соответствующих материалов и обеспечением успехов в их (норм развития) достижении.

Раннее сопровождение «особых» детей заключается в предоставлении предложений осмысленной деятельности в смыслозадающем (смыслонесущем) окружении, то есть в расширенном семейном контексте, в установлении связей с соседями, во включении пространства общественной жизни.

Важно всегда иметь в виду, что целью раннего сопровождения является не овладение ребенком конкретной моторной

или психической функцией, а приобретение возможности организовывать и преобразовывать свой жизненный мир. В конечном счете эффективность работы службы раннего сопровождения зависит от характера и содержания активности «особых» детей, от их возможностей изменять мир или соучаствовать в его изменении.

Инновативные аналитико-диагностические практики сопровождения детей раннего возраста имеют значительную традицию в немецком опыте интегрированного воспитания и обучения. Так, еще в 1972 году в Европе, в Мюнхене, создается модель интегрированного учреждения в виде детского центра, базирующегося на идеях педагогики М. Монтессори, а также на концепции социально-педагогической реабилитации развития Т. Хельбрюгге. Девизом его организатора, известного педиатра, инициатора движения милосердия «Солнечный блик» профессора Т. Хельбрюгге явились слова М. Монтессори: «Путь усиления слабых такой же, как путь совершенствования сильных».

Существующий более 30 лет детский центр им. М. Монтессори для здоровых детей и с отклонениями в умственном, психомоторном развитии, с проблемами в поведении объединяет детский сад, школу-корпорацию из 37 классов, обширные амбулаторное и клиническое отделения.

В качестве основных направлений деятельности социально-педиатрической амбулатории является диагностика и терапия всех нарушений в развитии детей раннего возраста. Если в 1969 году поликлиника приняла 1031 пациента, то в 1990-м их количество насчитывало уже 4346. Параллельно в поликлинике решается важнейшая задача – реабилитация нормального хода психического и физического развития маленьких пациентов.

Все специалисты, участвующие в лечебно-педагогическом процессе, медики, педагоги, психологи, социальные работники,

встречаются каждую пятницу для обсуждения проблем диагностики и организации жизни детей. Их родители и родственники имеют возможность получить квалифицированные консультации, а также поддержку врачей, педагогов, психологов, юристов в специальной амбулаторной службе социальной помощи. Кроме нее в состав амбулатории входит семь подразделений: диагностическое, психологическое, лечебной гимнастики, отделения для эрготерапии (лечение с помощью какой-либо продуктивной деятельности), терапии по Монтессори (действия со специальными предметами), музыкальной терапии и служба генетической диагностики, включая консультирование.

Больные дети, нуждающиеся в стационарном лечении, госпитализируются вместе с матерью или отцом в больницу, находящуюся в одном здании с поликлиникой, детским садом и школой. Время пребывания в больнице составляет в среднем 14–15 дней. Проблема младшего медицинского персонала в больнице центра им. Монтессори решена за счет дифференцированной тарифной оплаты, привлечения работников социальной службы, особенно юношей, отбывающих вместо воинской повинности «гражданскую службу».

Уникальный эксперимент Т. Хельбрюгге по созданию детского центра путем объединения различных институтов: образовательных, медицинских, социальных – имеет огромный резонанс – признание и последователей во всем мире. В Германии наряду с Мюнхенским существуют социально-педиатрические центры в Гамбурге, Ингольштадте и других городах.

Одним из первых в западной педиатрии немецкий врач Т. Хельбрюгге выдвинул проблему социального развития на передний план. Не случайно он представляет не клиническую, а **социальную педиатрию** как медицинскую науку о взаимосвязях ребенка с окружающим микро- и макромиром.

Главная опасность для развития детей, по мнению педиатров, состоит не в нарушениях питания и инфекционных бо-

лезнях, а в **психосоциальных проблемах**. Все большее количество детей, посещающих обычные детские сады, имеют диагноз **«социоф»**. Это значит, что ребенок обнаруживает болезненное общение, проявляющееся в таких симптомах, как социальная апатия, агрессия, провокация.

Социальная апатия означает нарушение привязанности к близким людям, неспособность к длительным эмоциональным привязанностям. В случае провокационного поведения ребенок старается вызвать агрессию окружающих по отношению к себе. Агрессивные действия выражаются в нападении на других детей, нанесении ударов, кусании, царапании и т.д. Указанные патологические изменения в социальном контакте можно выявить в самом раннем возрасте.

Немецкими учеными, врачами Т. Хельбрюгге, П. Пехштейном была разработана многомерная первичная диагностика целостного детского развития. Авторы Мюнхенской системы диагностики и терапии считают, что поведенческие реакции ребенка, особенно в первый год жизни, могут служить показателем характера развития его человеческих функций (ползания, сидения, хватания, ходьбы, понимания речи, говорения, социальных контактов). Развитие можно измерять путем «расчленения хода становления определенной функции в ограниченных репрезентативных способах поведения». Обследовав более тысячи младенцев, немецкие врачи предложили родителям, воспитателям ясельных групп диагностическую таблицу психомоторного поведения нормально развивающегося ребенка. При этом обращалось особое внимание на выявление нарушений в социальном поведении, которые оказывают большое влияние на формирование когнитивных и речевых функций. Становление ребенка как члена социума представляет собой сложный процесс развития личности, эмоциональной привязанности к одному лицу, формирования самостоятельности как индивида и способностей к позитивным контактам с другими.

В качестве **отклонений в социальном поведении** детей первых трех лет жизни рассматриваются феномены: **отсутствие дистанции в общении с чужим человеком; сверхробость; крик; страх как реакция на постороннего; патологическое упрямство; агрессивные действия как ответы на обращения взрослого.**

Считается, что показателем успешности преодоления первой фазы социального развития и достижения фазы личностной самостоятельности является спокойное, заинтересованное поведение ребенка в группе детей в отсутствие матери в течение трех часов. Лечение и воспитание детей раннего возраста с патологией, по мнению Хельбрюгге, должно осуществляться только в семье при условии тесного контакта с врачами, психологами, социальными работниками.

В детском саду Мюнхенского центра находится от трех до шести интегрированных групп. Дети пребывают в них первую или вторую половину дня. Обычно в группе 20 или 25 детей, треть из них имеет отклонения в психическом или физическом развитии.

Хельбрюгге считает, что оптимально в группе из 25 человек при наличии двух взрослых могут быть семь-восемь детей с различными нарушениями (например, один слепой, один с дефектами речи и слуха, один-двое – с физическими недостатками, один-двое – умственно отсталые).

С момента открытия интегрированного детского сада (с 1968 г.) в нем находились дети дошкольного возраста, имеющие следующие патологии в развитии: нарушения движений как следствие церебрального паралича (47), задержки в умственном развитии (30), церебральные приступы (7), психические патологии (невротические реакции, депривация) (26), нарушения слуха и речи (39), слабовидящие и слепые (11), общее отставание психомоторики (19), органические заболевания

(13). Воспитатели имеют дело со 129 различными патологиями, чаще всего смешанного характера.

Важным аспектом деятельности взрослых в интегрированных группах Мюнхенского центра является наблюдение за ребенком, составление схемы-характеристики по следующим пунктам:

- общее поведение (в различных видах деятельности);
- самостоятельность;
- социальное поведение;
- уровень развития в данный момент (знания, умения);
- выполнение правил;
- проблемы поведения;
- сотрудничество с родителями;
- рекомендации по уходу за ребенком с особыми потребностями.

Практическая организация интегрированного воспитания детей с разными потребностями осуществляется на Западе в унисон с идеями Л.С. Выготского и трактуется как открытие новых возможностей индивидуального и социального развития аномального ребенка в процессе его активной разнообразной деятельности и общения. Особое значение при этом имеют совместная жизнь с нормально развивающимися детьми, полноценное участие родственников в организации лечебно-педагогического процесса, переосмысление его содержания и методов, формирование единой стратегии действий воспитателей, родителей, врачей, социальных работников.

В целом в мировой практике ранней диагностики и сопровождения детей раннего возраста наиболее известны Коннектикутский тест «Обследование развития новорожденных и детей до трех лет», Каролинский учебный план для детей от рождения до пяти лет, Гавайский профиль раннего обучения, Руководство Портейдж, Мюнхенская функциональная диа-

гностика, программа ранней диагностики развития «Тандем» (Голландия).

В настоящее время все больший интерес находит шкала оценки жизненных навыков у маленьких детей Р.А. Мак Виллиам (Институт детства г. Чаттануга, штат Теннесси, США). В этой шкалированной системе оценки, предназначенной для детей от года до пяти, предметом наблюдения являются в основном условия жизни, развития и обучения детей. В частности, речь идет об оценивании характера взаимодействия взрослых с ребенком, включенность последнего в социальные отношения, участие семьи в сопровождении ребенка, предметно-пространственные характеристики окружающей среды и т.д.

Вышеперечисленные диагностические практики доказали свою высокую эффективность при использовании как в медицинской, так и психолого-педагогической поддержке семей в институциональных условиях.

Что касается сопровождения детей с ОВЗ, то здесь следует выделить две базовые идеи, касающиеся принципов психолого-педагогической работы: идея нормализации жизни и методика оперантного обучения.

Одной из первых программ, ориентированной на работу с детьми, имеющими сложные дефекты, считается американская программа раннего обучения детей с синдромом Дауна, разработанная Л. Рходес с группой коллег (L. Rhodes et al.).

Кроме этого следует упомянуть программу Союза экспериментального обучения и развития ребенка при Вашингтонском университете (США) (А.Н. Haydn, N.G. Haring), а также программу ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки», подготовленную в Университете Маккуэри (Сидней, Австралия, 1975). Последняя получила значительное распространение в диагностической

практике изучения психомоторного развития детей с особыми потребностями первых шести лет жизни.

В целом наш анализ теории и практики раннего сопровождения детей за рубежом свидетельствует о значительном развитии педагогики раннего детства (первых трех лет жизни) как важнейшего периода в жизни человека, связанного со становлением человеческих функций, потенциалов развития и возможностей самоопределения.

Литература

1. Ахметзянова А.И. Становление и развитие ранней помощи детям с нарушениями в развитии в России и за рубежом // Неврологический вестник. – 2015. – Т. XLVII, вып. 1. – С. 73–79.
2. Запорожец А.В. Восприятие и действие / В.А. Запорожец и др. – М., 1967. – 323 с.
3. Письмо Министерства образования и науки РФ от 13 января 2016 г. № ВК-15/07 «О направлении Методических рекомендаций по реализации моделей раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых признаков отклонений в развитии детей» / Гарант.ру: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71248844/#ixzz5V2p0bksW>.
4. Оказание ранней помощи. Методические рекомендации. – М., 2016.
5. Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года»: <http://www.consultant.ru/law/hotdocs/47348.html>.
6. Служба ранней помощи в учреждениях социального обслуживания (методические рекомендации по организации деятельности). – Красноярск, 2016.
7. Служба ранней помощи как организатор перехода в дошкольную образовательную организацию ребенка с особенностями развития: методическое пособие. – Красноярск, 2018.

8. Югова О.В. Вариативные стратегии раннего психолого-педагогического сопровождения ребенка с отклонениями в развитии и его семьи. Автор. канд. дис. – М., 2012.

9. Шалонько Е.Б., Волошина Т.В., Дураченко О.А. Ранняя помощь детям с особыми потребностями здоровья и их семьям. – Новосибирск, 2009.

10. Фурьева Т.В. Педагогическая диагностика: сравнительный аспект. – Монография / Т.В. Фурьева / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2008. – 256 с.

11. Beträge zur Frühförderung interdisziplinär. Bd. 1 Hrsg. // O. Speck. Familienorientierte Frühförderung. München, 1997.

12. Frühförderung im Team. Bd. 2 Hrsg. // Herberg K., Jantsch H., Sammler G. München, 1998.

13. Frühförderung und Integration. Bd. 4 Hrsg. // Dittrich G. München, 1999.

14. Frühförderung mit den Eltern. Bd. 13 Hrsg. // Speck, Warnke A. München, 2001.

15. Hachmeister B. Psychomotorik bei Kindern mit Körperbehinderungen. 2 Auflage. München, Basel, 2007.

16. Hellbrügge Th. Unser Montessori-Modell: Erfahrungen mit einem neuen Rindergarten und einer neuen Schule. München, 2004. 322 s.

17. Heimlich U. Integrative Pädagogik. Eine Einführung. München, 2004.

18. Krok M., Parke B. Frühe Erziehung, Bildung und Betreuung von Kindern mit Behinderung. Bad Heilbrunn, 2007.

19. Kiphard E.J. Wie weit ist ein Kind entwickelt? Eine Einleitung zur Entwicklungsüberprüfung. Dortmund, 1990.

20. Montessori M. Kinder sind anders. Frankfurt, 1989.

21. Peterander F. Heilpädagogik in der Wendezeit. München, 2007.

22. Speck O. Menschen mit geistiger Behinderung. 10 Auflage. München, 2006.



ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА, В СИТУАЦИИ УДАЛЕННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

Хлебникова Вера Владимировна, заведующий социально-реабилитационным отделением для граждан пожилого возраста и инвалидов МБУ «КЦСОН Уярского района», президент Уярской местной районной общественной организации по содействию защите прав детей с ограниченными возможностями «Свои дети», г. Уяр

Служба ранней помощи (далее – СРП) в муниципальном бюджетном учреждении «Комплексный центр социального обслуживания населения Уярского района» (далее – Центр) начала свою работу в 2016 году.

Целевая группа: семьи, воспитывающие детей с особыми потребностями в городе Уяре, а также семьи, проживающие в территориально удаленных поселениях Уярского района; специалисты, проживающие в территориально отдаленных поселениях, волонтеры.

Цель: содействие в реализации гарантированного права каждого ребенка на получение качественных комплексных реабилитационных услуг.

Задачи:

- оказание своевременной консультативной помощи семье, имеющей ребенка-инвалида, по вопросам реабилитации (абилитации) ребенка раннего возраста;
- мобилизация ресурсов семьи, развитие компетентности родителей в обеспечении ухода за ребенком, его оптимального развития и адаптации в обществе;
- повышение компетентности и мотивации родителей и специалистов на практических семинарах и обучающих занятиях;

– оценка уровня развития ребенка и обучение родителей технологиям реабилитации (абилитации) в домашних условиях.

Семья, в которой рождается ребенок с особыми потребностями, с одной стороны, испытывает трудности при выборе воспитательных и образовательных средств воздействия на своих малышей, с другой стороны – глубокие внутренние психологические проблемы родителей не позволяют им адекватно относиться к возникшей в их жизни проблеме. Есть еще и третья сторона: 60 % семей, проживающих в Уярском районе, имеющих детей раннего возраста, ребенка с особыми потребностями, находится в социальной изоляции. В поселениях, где они проживают, нет реабилитационных центров, и, как правило, психолого-педагогическая помощь приходит с большим опозданием. А как показали исследования, которые проводились в 2016 году, практически все семьи испытывают необходимость в информационной и организационной помощи и поддержке. Социальные контакты этих семей очень ограничены. Помощь им, воспитывающим детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), оказывают различные организации, такие как учреждения здравоохранения и образования. Но, в связи с территориальной удаленностью многих сельских поселений от учреждений социального обслуживания, недостаточной информированностью и мотивацией на реабилитацию своих детей у родителей, нехваткой квалифицированных специалистов, слабой технической и программной оснащенностью процесса реабилитации, развивается негативная тенденция самоустранения семьи от проблем развития и социальной адаптации ребенка. Неверие родителей в возможность нормальной жизни ребенка и семьи часто приводит к иждивенческой позиции.

С 2017 года при поддержке Фонда президентских грантов и агентства молодежной политики и реализации программ общественного развития Красноярского края реализуются проек-

ты, направленные на улучшение качества и расширение спектра социально-психолого-педагогических услуг семьям, имеющим ребенка с особенностями развития в отдаленных территориях Уярского района. Через ознакомление и применение технологии помощи детям с тяжелыми нарушениями, выявление нарушений в развитии детей, проживающих в отдаленных поселениях, с применением технологии «раннее вмешательство» осуществляется поддержка семей посредством создания местного сообщества родителей и специалистов. Также включается комплекс мер, обеспечивающих качественное улучшение помощи семье по пропаганде здорового образа жизни, сохранению семейных традиций, повышению родительской компетентности и т.д. Особое внимание уделяется семьям, проживающим в небольших, территориально отдаленных образованиях, где социально-экономическое положение семей на низком уровне. Деятельность специалистов по внедрению технологии удаленного сопровождения семей с детьми в Уярском районе подразумевает, что помощь ребенку-инвалиду должна быть семейно-ориентированной и оказываться в том месте, где семья проживает. Сопровождение семьи должно основываться на индивидуальном и междисциплинарном подходах.

Одной из эффективных форм, способствующих более качественному взаимодействию специалистов с семьей, является домашнее визитирование. Цель домашнего визитирования – активное включение детей с особыми потребностями и их семей в социальную жизнь для улучшения качества жизни семьи, а также создание благоприятных условий для развития личности ребенка. Ведь основной принцип реабилитации – использование для обучения ребенка естественной среды силами людей, проживающих рядом, в ежедневных рутинах. Домашнее визитирование предполагает выход специалиста или специалистов в семью для создания специальных условий успешной социальной и психолого-педагогической адаптации семьи и ре-

бенка. Важно знать условия, в которых ребенок находится изо дня в день. Визиты в семью осуществляются в зависимости от потребности. Специалисты службы разрабатывают на основе документов и запросов родителей (законных представителей) индивидуальную программу сопровождения семьи, имеющей ребенка раннего возраста, график работы. С семьей работают психолог, социальный педагог, логопед, специалист по социальной работе и другие специалисты в соответствии с разработанной индивидуальной программой сопровождения семьи. Деятельность направлена на обучение родителей технологиям создания непрерывной реабилитационной среды в домашних условиях с помощью программы «Раннее вмешательство». Ее суть заключена во фразе «Помоги мне это сделать самому» и состоит в том, что ребенку для развития надо создать правильную среду – оборудовать комнату, в которой было бы собрано очень много детских пособий, с которыми ребенок может возиться сам. Также рекомендации даются на семинарах для родителей, которые проводятся один раз в месяц в каждом поселении. Готовятся буклеты, выдаются методические пособия. Родители делятся опытом. С каждой семьей работа проводится в объеме четырех академических часов в месяц, длительность занятия – от 45 до 60 минут в зависимости от состояния здоровья ребенка и объема консультации для родителей. Такие занятия дают возможность обучить родителей (других членов семьи) методам, техникам и стратегиям коррекционно-развивающей деятельности на дому, организовать разнообразные формы общения и взаимодействия родителей, детей и специалистов. Кроме того, проводятся консультации в телефонном режиме и по скайпу.

В этом году велась активная и непрерывная работа с семьями, проживающими в отдаленных территориях Уярского района. Основное внимание уделялось семьям с детьми-инвалидами в возрасте от 0 до 4 лет на этапе ранней помощи. В состав команды специалистов вошли психолог, социальный педагог,

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА РЕСУРСНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ ПО РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И СЕМЬЯМ

Чеха Валентина Анатольевна, заведующий отделением развития социальных технологий КГКУ «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения», г. Красноярск

Ранняя помощь как комплекс услуг, оказываемых на междисциплинарной и межведомственной основе детям целевой группы и их семьям, рассматривается в статье в контексте наличия основных компонентов для их предоставления в учреждениях системы социального обслуживания края. С этой целью в июле 2018 года специалистами КГКУ «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения» (далее – РМЦ) проводилась оценка ресурсности¹ учреждений системы социального обслуживания населения в муниципальных территориальных образованиях края по оказанию услуг ранней помощи² детям с установленной инвалидностью, детям групп биологического и социального риска, психолого-педагогической помощи и консультативно-методической поддержки их родителей.

Исследование относилось к разряду аналитических, носило сплошной характер, проводилось методом анкетирования, в котором респондентами выступали учреждения, оказывающие социальные услуги населению.

Для исследования в отделение развития социальных технологий РМЦ поступило 68 анкет из 61 территориального образования края. Анкета содержала 11 открытых вопросов по оценке показателей:

¹ Совокупность основных компонентов, необходимых для оказания услуг ранней помощи детям с ОВЗ.

² Комплекс профессиональных действий, направленных на достижение целей ранней помощи детям и их семьям // План мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в РФ на период до 2020 г.

специалист по ранней коммуникации. В особо сложных случаях привлекались специалисты по развитию двигательной компетенции, педиатр. Кроме индивидуальных занятий проводились групповые занятия с детьми и родителями один раз в месяц в каждом поселении. С администрациями сельских советов было заключено соглашение о совместной деятельности, где одним из пунктов является предоставление помещения для группового занятия – это помещения сельских клубов, библиотек. Были привлечены волонтеры и специалисты, работающие в поселениях.

Достигнутые результаты: 80 семей получили квалифицированную помощь по комплексной реабилитации детей-инвалидов. Родители обучились технологиям реабилитации детей-инвалидов в домашних условиях, получили психолого-педагогическую помощь и поддержку. Реализацию проекта можно считать успешной. У всех детей отмечена положительная динамика, а родители освоили базовые навыки создания реабилитационной среды в домашних условиях.

Реализация проекта проходила в несколько этапов:

первый – мероприятия по выявлению семей, определение ресурсов семьи, исследование образа жизни ребенка и изучение потребностей в развитии, анализ состояния ребенка по данным педиатров КГБУЗ «Уярская районная больница». Информирование семьи о возможностях, предоставляемых в рамках проекта, разработка индивидуальной программы сопровождения;

второй – работа с семьей: проведение индивидуальных и групповых занятий, общение с семьей в телефонном режиме или по скайпу по выполнению индивидуальной программы сопровождения, контроль за ее выполнением;

третий – определение эффективности выбранных стратегий работы с семьей, разработка рекомендаций для родителей по дальнейшей реабилитации ребенка-инвалида.

- наличие выделенного структурного подразделения и приспособленного пространства для оказания услуг ранней помощи;
- команда специалистов и их профессиональная подготовка;
- диагностический инструментарий;
- число обследованных детей по шкалам развития;
- количество разработанных программ оказания ранней помощи;
- способы информирования населения об услугах ранней помощи;

1. Наличие выделенного структурного подразделения и специально организованного пространства для оказания услуг ранней помощи.

Для удобства обработки и анализа результатов территориальные образования края были разделены на три группы.

В первую включены 13 муниципальных образований (далее – МО), в которых функционируют отдельные структурные подразделения в составе учреждений социального обслуживания по оказанию услуг ранней помощи.

Вторая, наиболее представительная по численности (32 МО) представлена учреждениями социального обслуживания, которые используют в работе отдельные элементы ранней помощи: домашнее визитирование, мобильная бригада, школа для родителей, лекотека, группа дневного кратковременного пребывания, удаленное (дистанционное) сопровождение семей.

Третья группа включала шесть муниципальных территориальных образований, в которых ранняя помощь не оказывается вообще или находится в стадии становления. Что касается самих оказываемых услуг, которые учреждения относят к технологиям ранней помощи, руководствуясь лишь возрастом ребенка (0–3 года), то это является частью их повседневной деятельности, которую они осуществляли и будут осуществлять. Ранняя помощь – это интегрированный набор услуг, направ-

ленных на выработку и развитие необходимых умений и навыков в процессе повседневной деятельности ребенка, оказываемых непрерывно в течение длительного времени и, что очень важно, параллельно с обучением родителей практикам закрепления этих навыков в повседневной жизни.

2. Команда специалистов.

Так как ранняя помощь включает широкий спектр долгосрочных услуг, ориентированных на ребенка и семью, то специалисты этой сферы должны обладать междисциплинарными базовыми знаниями в области специальной педагогики, специальной психологии, олигофренопедагогики, логопедии, медицинской и социальной реабилитации, владеть информацией о поставщиках услуг. Каждую семью должен сопровождать куратор случая.

По результатам настоящего исследования в команду специалистов по условиям штатного расписания учреждения включаются:

- психолог, психолог-педагог;
- социальный педагог;
- специалист по социальной работе;
- логопед, специалист по ранней коммуникации, дефектолог;
- медицинская сестра (по массажу);
- инструктор АФК;
- специалист по комплексной реабилитации.

Что касается профессиональной подготовки специалистов, то в основной своей массе в анкетах значатся кратковременные курсы повышения квалификации, тематические информационные семинары, стажировочные площадки, и лишь пять человек получили дополнительное профессиональное образование в области ранней помощи на базе автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства».

Важно учитывать, что междисциплинарная команда по оказанию услуг ранней помощи должна быть сформирована до начала обучения и обучаться все ее специалисты должны вместе³. Одновременно с обучением специалисты должны заниматься реальной практической деятельностью под супервизией.

3. Диагностический инструментарий и специально организованное пространство для ранней помощи.

Определение нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи осуществляется на первичном приеме не менее чем двумя специалистами при участии родителей. Оценочные процедуры функционирования и ограничений жизнедеятельности ребенка проводятся по шкалам функционирования (KID, RCDI). Наряду с ними в анкетах отмечался другой диагностический инструментарий – шкалы Е.А. Стребелевой, Ю.А. Розенковой.

В отношении наличия специально оборудованного пространства для оказания ранней помощи следует отметить его явный дефицит. Для работы используются кабинеты специалистов.

4. Количество обследованных детей и разработанных программ оказания ранней помощи.

Группа районов	Кол-во ИПРА в 2017–2018 гг. на детей от 0 до 3 лет	Кол-во детей, обследованных по шкалам развития	Разработанные программы семье и ребенку
I группа районов (есть выделенная структура по ранней помощи)	601	925	366
II группа районов (отмечены отдельные элементы ранней помощи)	948	428	163
III группа районов (нет выделенной структуры и элементов, либо они в стадии образования)	240	0	0
IV группа районов (данные отсутствуют)	52	–	–

³ О ранней помощи детям и их семьям / Ермолаева Е.Е., Казьмин А.М., Мухамедрахимов Р.Ж., Самарина Л.В. // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15. – № 2. – С. 4–18.

В задачи исследования не входило изучение разработанных программ оказания ранней помощи семье и ребенку, но, по данным о наличии выделенного пространства, диагностического и развивающего оборудования, регламента межведомственного взаимодействия специальной подготовки специалистов в учреждениях социального обслуживания, можно предположить, что разрабатываемые программы касаются коррекционно-развивающей или медицинской помощи для ребенка и психологической поддержки для родителей.

5. Порядок организации межведомственного взаимодействия и информирования населения об услугах ранней помощи.

Взаимодействие между поставщиками услуг ранней помощи в МО осуществляется на уровне межведомственных комиссий. При этом ответственный исполнительный орган, отвечающий за координацию деятельности поставщиков услуг ранней помощи, не определен.

Обеспечение родителей и семей детей от рождения до трех лет информацией о поставщиках и услугах ранней помощи проводится всеми доступными средствами: буклеты, листовки, сайты, стенды и т.д.

Итоги и выводы исследования

Несмотря на отсутствие прямого федерального законодательства, в учреждениях системы социального обслуживания края выделяются отдельные структурные образования, специализирующиеся на оказании услуг ранней помощи.

С целью эффективного функционирования организационной структуры по оказанию ранней помощи необходимо организовать систему повышения профессиональной квалификации специалистов, обеспечить нормативную базу для включения в целевую группу получателей услуг ранней помощи детей биологического и социального риска, оснастить структурные подразделения ранней помощи необходимой мебелью, диагностическим и развивающим оборудованием.

РЕЗИЛЬЕНТНОСТЬ КАК ЖИЗНЕННО ВАЖНОЕ КАЧЕСТВО СОВРЕМЕННОГО ЧЕЛОВЕКА

Чистохина Анна Валерьевна, к.б.н., доцент кафедры общей и социальной педагогики Института педагогики, психологии и социологии СФУ, г. Красноярск

Чтобы быть успешным в стремительно меняющемся современном мире, человеку важно научиться строить свою жизненную стратегию в большей степени не в ориентации на внешние рамки и требования, а в опоре на свои ценностные установки и принципы, свободно и смело двигаясь к собственной жизненной цели. Но речь идет вовсе не об эгоизме и «свободе от общественных задач», напротив, речь – о возможности обрести импульс к самореализации, осуществлению своей миссии на земле.

Как следует из положений экзистенциально-аналитической теории личности [4], постоянно культивируемая ориентация на внешние требования (традиционная для нашей педагогической культуры) может привести к тому, что у человека блокируется доступ к себе, своему истинному «Я». Как следствие, он становится неспособным видеть сущность другого. Это ведет к тому, что не происходит встречи с другим человеком. При этом человек, стремясь к взаимодействию, лишь все больше и больше погружается во внешнее, где объекты собираются, коллекционируются, однако они лишь служат замещением его «Я», а потому служат все большему отчуждению его от своего собственного внутреннего содержания. В такой ситуации у человека, по выражению Альфрида Лэнгле, «нет себя самого, поэтому он не может вчувствоваться в другого» [4]. Так человек, который не чувствует своей ценности, неспособен почувство-

вать и ценность другого. Не имея своего внутреннего мира, он неспособен заметить интимное другого человека и легко перешагивает через него [4]. Такой человек инструментализирует свои отношения с людьми, так же как пытается инструментализировать собственную самость, потому что не может проживать важное и дорогое для себя как свое персональное, проникнутое внутренней сущностью [4]. Таким образом, для истинной встречи с другим человек должен обладать своим внутренним ядром, внутренней сущностью. В языке экзистенциальной теории личности личностная самореализация может быть описана как жизнь и деятельностные проявления человека в соответствии с четырьмя фундаментальными мотивациями, представляющими позитивные ответы на следующие вопросы:

«Могу ли я быть в этом мире?» – для того чтобы иметь возможность быть в этом мире, необходимо иметь достаточно жизненного пространства и прочную внутреннюю опору для того, чтобы существовать;

«Нравится ли мне жить?» – чтобы ощутить в себе течение жизни, чтобы чувствовать, что жить – это хорошо, человеку нужно наличие близких отношений с людьми и вещами и он должен находить время на то, что нравится ему лично, на то, к чему он привязан сердцем;

«Имею ли я право быть таким?» – человек должен иметь возможность быть самим собой, чувствовать, что он имеет право быть таким, какой он есть, в своей отличности от других людей;

«Что я должен делать?» – для действительно исполненной экзистенции человеку необходим смысл [4].

Более подробно стоит остановиться на бытии самим собой (вопрос идентичности) – третьем из четырех фундаментальных условий человеческой экзистенции. Очень важно найти место для своих чувств, но не менее важно уметь дистан-

цироваться от них, уметь взглянуть на них со стороны, проверяя: «Действительно ли они совпадают с реальной жизненной ситуацией? Соответствуют ли они мне, моей самой глубокой сущности?» Только так можно полностью почувствовать свое «Я» [4]. По мнению А. Лэнгле, эти вопросы обозначают момент зарождения *аутентичности*. Если мы хотим получить доступ к подлинному в нас, к тому, чем мы являемся в своей сути, то нам следует дать возможность себе быть и, открывшись внутри себя, спросить: «Чувствую ли я, что так для меня – правильно?» Так человек открывает доступ к своей подлинности, духовной сущности, которая опирается на бессознательное человека [4]. Экзистенциальная теория личности утверждает, что аутентичность, доступ к подлинности человека к его духовной сущности, идущей из бессознательной глубины, бытие самим собой, не выявляется рациональными средствами, непостижимо с помощью рациональности. Но человек может научиться доверять своей внутренней духовной сущности и соотносить свою жизнь с ней. Именно такой способ персонального закрепления экзистенции приводит нас к нашему началу, к себе оригинальному, к источнику своего «Я». Такое бытие рождает *истинное*: в чувствах, поведении, решениях, то, что невозможно искусственно сделать или просчитать.

В арсенале современной педагогики практически отсутствуют подходы, приемы, способы «выращивания» таких качеств у детей. Впрочем, редко признается и сама значимость бытия собой в мире, соотношенность со своим истинным «Я», необходимость познания и развития своей аутентичности, возвращая способности слышать, понимать себя. Чаще всего педагоги требуют от ребенка, напротив, отречения от своих истинных мотивов и интересов в угоду признанных правильными и значимыми с точки зрения учителя, общества. Следует отметить, что перечисленные выше характеристики вписываются в такую целостность, как субъектность.

В этой связи возникает необходимость проанализировать, какими способами, методами, технологиями, разработанными в современной педагогике, у детей может формироваться субъектность.

В то же время современный мир с все большей внимательностью начинает относиться к проявлениям особенностей разных групп граждан и отдельных людей. Повышенным вниманием пользуются люди с функциональными и интеллектуальными нарушениями, инвалидностью, люди, оказавшиеся в трудных обстоятельствах или социально опасном положении. Кто-то из них не выдерживает выпавших на их долю испытаний и сдается, но кто-то и находит в себе силы бороться за себя. Так, многочисленные наблюдения говорят о том, что часть детей, испытавших в жизни те или иные лишения или трудности, продолжает активно и гармонично развиваться. Попытка разобраться в таком феномене привела к созданию концепции резильентности.

Слово «резильентность» (*resilience*) в испанском и французском языках используют как технический термин для обозначения способности материалов восстанавливать свои свойства после повреждающего воздействия. Будучи перенесен в английский язык, термин был распространен и на социальные системы, приобрел более широкое смысловое значение. Практики и ученые все еще ведут дискуссии и не дают точного определения этого термина применительно к человеческим качествам, однако основной смысл сводится к тому, что *резильентность – это способность человека или социальной системы строить нормальную полноценную жизнь в трудных условиях* [1]. Следует подчеркнуть, что концепция резильентности существенно шире, чем просто преодоление, поскольку охватывает два важных аспекта:

- **сопротивление** разрушению, понимаемое как способность человека защищать свою целостность, когда он испытывает сильное давление;

- **созидание** (способность строить полноценную жизнь в трудных условиях), предполагающее умение планировать свою жизнь и двигаться в определенном направлении в течение какого-то времени.

Именно достаточная продолжительность таких действий отличает резильентность как качество человека от понятий «справиться с ситуацией», «преодолеть преграду», которые подразумевают однократные действия.

Нужно подчеркнуть, что практика существующих социальных служб чаще всего сводится к оказанию гражданам, попавшим в затруднительную ситуацию, помощи в преодолении этой ситуации. Итогом такой работы становится возникающая, как правило, зависимость людей от помогающих социальных служб. Очевидность того, что это тупиковый путь развития социальной помощи населению, делает рассмотрение концепции резильентности в качестве возможного инструмента работы в кризисных ситуациях еще более актуальной задачей.

С практической точки зрения особый интерес представляют собой пять основных аспектов резильентности, над которыми можно работать в процессе осуществления поддержки ребенка в кризисе. Нам необходимо их внимательно проанализировать.

1. Неформальное окружение ребенка, в котором есть хотя бы один взрослый, кому ребенок доверяет и который безоговорочно принимает ребенка таким, какой он есть. Такое признание является, возможно, фундаментом, на котором будет строиться все остальное.

Этот аспект самым непосредственным образом стыкуется с тезисом Харальда Офстада [5] о безусловной ценности каждой человеческой жизни, о необходимости безусловного, безоговорочного принятия каждого человека. Этот тезис был вы-

двинут автором как альтернатива широко распространенному восприятию человека через призму его полезности в производстве различных благ для общества.

Что означает безоговорочное принятие ребенка таким, какой он есть? Означает ли это автоматическое одобрение всех его поступков? Оказывается, что часто безоговорочное одобрение поведения ребенка скрывает полнейшее к нему равнодушие со стороны взрослого. Чтобы разобраться в этом вопросе, необходимо разделять принятие человека как личности и одобрение конкретных поступков. Истинное принятие человека подразумевает проявление к нему подлинного интереса. Принятие человека подразумевает наличие привязанности к нему, возможности быть тем, к кому ребенок всегда может обратиться в случае необходимости. В целом речь идет о настоящей подлинной любви к ребенку в самом глубоком ее смысле. Сложность, однако, состоит еще и в том, что выразить свою любовь к ребенку нужно на понятном ему языке. Слова при этом мало что значат. Согласно Гэри Чепмену [11], американскому семейному психотерапевту, существует пять основных «языков», на которых люди выражают и воспринимают любовь, причем для каждого человека актуален лишь один вариант. Этими «языками» являются:

- физический контакт;
- слова одобрения и поддержки;
- подарки;
- «качественное время» (индивидуальное внимание);
- «акты служения».

Любовь, выражаемая в ином, не свойственном данному человеку «формате», не будет им «услышана». Так, например, взрослый, искренне любящий ребенка и выражающий свою любовь к нему высказыванием своего расположения, похвалами и словами веры в его потенциал, вряд ли будет воспринят ребенком как «принимающий», если основным языком любви

для него является качественное время – то есть возможность без помех длительно общаться на различные темы.

Стоит отметить особо, что для того, чтобы служить основой формирования сильной личности, важно даже не столько объективное наличие в жизни ребенка принимающего взрослого, сколько существование такового в психологической реальности самого ребенка – то есть его искренняя вера в то, что такой безусловно принимающий его человек существует. Это положение соотносится с таким конструктом экзистенциальной теории личности, как фундаментальная мотивация бытия, выражающаяся в четырех вопросах, описанных выше. Для того чтобы позитивно ответить себе на вопрос «Могу ли я быть самим собой?», человеку необходим опыт получения положительной обратной связи к себе от мира. Пусть даже только когда человек способен допустить своим воображением существование такого принимающего персонажа.

О качественной стороне самого принятия тоже стоит сделать одно важное замечание. Как правило, говорится о принятии человека таким, какой он есть. Однако Виктор Франкл утверждает, что такой взгляд способен перекрыть человеку перспективу развития. Существенно правильнее, на взгляд автора одного из самых прогрессивных учений о личности, строить отношение к человеку с точки зрения заложенного в нем потенциала, уже своим предвосхищающим позитивным отношением продвигая его на следующий этап личностного роста [9].

2. Способность находить внутреннюю закономерность, цель и смысл жизни.

Поискам смысла жизни человечество посвящает свои размышления с самого начала своего существования. Однако искать смысл жизни можно по-разному. Мы можем дать волю своему воображению и тогда рискуем стать жертвами искусных манипуляций либо основывать поиски смысла жизни на

реальности. Можно ставить перед собой скромные достижимые цели и добиваться их осуществления, посвятить себя служению людям или Богу. Уверенность, что любая жизнь имеет смысл, может сыграть важную роль в критических ситуациях. Исследования последних десятилетий показывают резкое увеличение количества пациентов у психотерапевтов с неврозами, связанными с потерей смысла жизни. Ужасающая статистика по росту ситуаций наркозависимости, в особенности в нашей стране (сейчас в России насчитывают более полутора миллионов одних только героиновых наркоманов), показывает, что связано это вовсе не с незнанием людей о разрушительных последствиях употребления наркотиков для организма и личности. Как показывают исследования, эти люди не видят в своей жизни ничего ценного. В то же самое время статистика наркологических клиник свидетельствует, что обычные методы терапии дают позитивный результат (освобождение от зависимости) лишь в 10 % случаев, в то время как использование приемов логотерапии (терапии смыслом, разработанной австрийским психотерапевтом Виктором Франклом) повышает этот показатель до 40 % [10].

Технически обретение смысла жизни помогает рассмотреть травмирующую ситуацию в ином масштабе, когда человек находит силы выйти из ситуации, как бы подняться над ней, благодаря чему становится способным извлечь ее уроки и двигаться дальше [7].

3. Приобретение различных навыков и умений. Организация помощи и поддержки детей и подростков в трудной ситуации часто приводит к соблазну свести все к обучению их разнообразным социально полезным навыкам: умению планировать свой ресурс, задавать вопросы и просить о помощи, принимать решение, устанавливать контакты с другими людьми и т.д. Опыт показывает, что одних умений или навыков недостаточно. Нужно еще, чтобы ребенок мог и хотел ими вос-

пользоваться. Любое обучение может оказаться бесполезным, если ребенка никто не принимает таким, какой он есть, и если он не видит никакого смысла в своей жизни. Эти два аспекта играют роль фундамента, на котором надстраивается все остальное.

Некоторые навыки можно получить в ходе целенаправленного обучения, некоторые – в повседневных ситуациях. Задачей взрослых, заботящихся о развитии детей, становится создание таких условий, в которых дети могут получить адекватную поддержку, и в то же время они должны иметь возможность участвовать в разнообразных мероприятиях, брать на себя ту долю ответственности, которую они уже в состоянии нести, а также к ним должны предъявляться такие требования, которые они уже в состоянии выполнять.

4. Чувство собственного достоинства, самоуважение, положительная самооценка. Этот аспект резильентности может рассматриваться как исключительно важный элемент, а повседневные ситуации могут как укрепить это чувство собственного достоинства, так и уничтожить его. Формирование данного аспекта идет в комплексе с наличием неформальных отношений и принятия ребенка, с оформлением у него представлений о смысле собственного существования. Необходимо создавать условия для взращивания положительной самооценки ребенка, чем является, например, проявление уважения и интереса к его инициативам. При этом необходимо разделять уважение к ребенку как к личности и одобрение его поступков. Нам многое может в поведении ребенка не нравиться, но мы, высказывая это, должны подчеркивать свои чувства и переживания («Я-высказывания» по Ю.Б. Гиппенрейтер [2]), а не навешивать негативные ярлыки на ребенка, чтобы дать ему возможность сохранить чувство собственного достоинства в ситуации. Например, правильнее будет сказать: «Я уважаю тебя как личность, у тебя есть право поступать так, как ты сам

считаешь нужным, но мне неприятно, когда близкие мне люди ведут себя таким образом... И я говорю тебе это именно потому, что ты мне небезразличен».

Необходимо уметь разглядеть в ребенке те позитивные качества, которые скрываются за его «ужасным» поведением, а также выявить причину этого поведения и работать совместно с ним над нормализацией ситуации.

Необходимо уважать и повышать чувство собственного достоинства ребенка в течение всего процесса работы.

5. Чувство юмора – качество, о котором довольно редко говорят, однако его значение отмечается большинством практических работников. При этом юмор – это нечто гораздо большее, чем умение шутить и развлекать компанию. Наличие чувства юмора свидетельствует об открытости человека относительно вещей и понятий, несовершенству мира, неизбежности неудач. Позволяя миру быть несовершенным, мы становимся более гибкими и легче переносим удары судьбы. Человек, умеющий посмеяться над собой, обретает большую свободу от обстоятельств, большую внутреннюю силу. Однако нужно понимать, что научить юмору невозможно, но можно создать условия, в которых он может развиваться с большей вероятностью. Такими условиями является доброжелательная обстановка, формирование глубинной уверенности в том, что жизнь при любых поворотах судьбы имеет смысл, развитие воображения и гибкости мышления, которое через парадоксальную логику приводит к убежденности, что все будет хорошо, даже если все вокруг плохо. Как говорил Людвиг Фейербах: «Юмор переносит душу через пропасть и учит ее играть со своим горем». Недаром угнетенные народы развивают потрясающее чувство юмора – как способ защиты от разрушающей действительности.

Разработанное учеными и практиками графическое изображение резильентности (рис. 1) дает нам представление о процессе и последовательности ее построения.

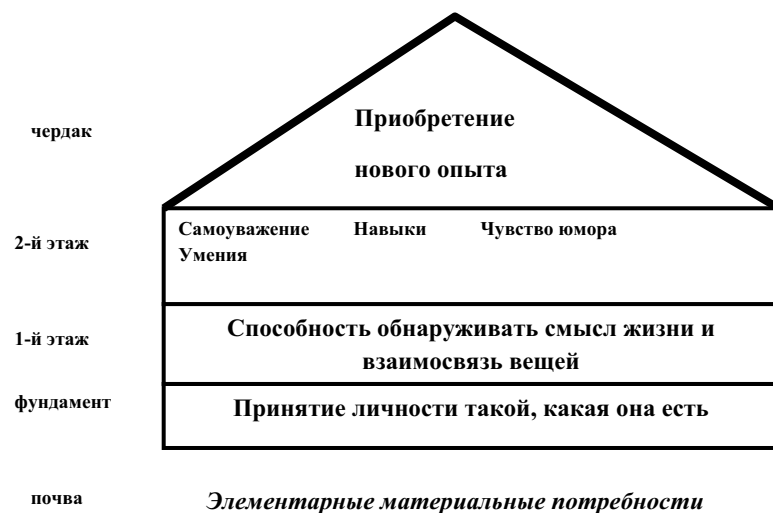


Рис. 1. Графическое изображение концепции резильентности [1]

Наш опыт работы с различными случаями показывает эффективность использования концепции резильентности как инструментального подхода к оказанию социально-педагогической помощи. Проанализированные нами истории выросших детей с нарушениями развития, ставших социально успешными личностями, показывают присутствие перечисленных аспектов в авторских перечнях наиболее важных факторов формирования или влияния на развитие и личностное становление [3, 8].

Литература

1. Ваништендаль С. Резильентность или оправданные надежды. Раненый, но не побежденный: перевод А.М. Герцик / С. Ваништендаль // Международное католическое бюро ребенка. – Женева, 3-е издание, 1998. – 79 с.
2. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? // Ю.Б. Гиппенрейтер. – М., 1995. – 240 с.
3. Загорская М.К. Мой опыт потерь и обретений // Развитие и образование особенных детей: проблемы, поиски. – М., 1999. – С. 89–93.
4. Лэнгле А. Person: экзистенциально-аналитическая теория личности: сб. статей: Пер. с нем. / Вступ. ст. С.В. Кривцовой. – 2-е изд. – М.: Генезис, 2008. – 159 с.
5. Офстад Х. Ценность человека в нашем обществе // Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями / под ред. К. Грюневальда. – СПб.: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2003. – С. 125–135.
6. Петрокович Н.А. Единоборство: желание победить // Подходы к реабилитации детей с особенностями развития средствами образования. – М., 1996. – С. 434–436.
7. Рязанова А. Семья с «особым» ребенком: внутренние процессы и социальные отношения / А. Рязанова [Электронный ресурс] // www.dorogavmir.ru.
8. Сироткин С.А. Начало становления // Развитие и образование особенных детей: проблемы, поиски. – М., 1999. – С. 84–88.
9. Франкл В. Человек в поисках смысла: сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева; вст. ст. Д.А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
10. Франкл В. Страдания от бессмысленности жизни. Актуальная психотерапия [Текст] // В. Франкл. – Новосибирск, 2009. – 105 с.
11. Чепмен Г. Пять языков любви / Г. Чепмен [Электронный ресурс] // <http://nkozlov.ru/library/s41>.

**Развитие системы ранней помощи
в Красноярском крае: актуальность
межведомственного подхода.**

Проблемы становления и перспективы развития

*Сборник материалов
научно-практической конференции
3–4 апреля 2019 года, г. Красноярск*

Технический редактор В.Н. Васильева
Оператор Н.С. Орлов
Корректор Е.М. Уварова

Подписано в печать 10.10.2019.
Формат 60х90/16. Бумага офсетная. Гарнитура Times.
Уч.-изд. л. 8,81. Усл.-печ. л. 10,74. Заказ № 2605.1. Тираж 400.

Отпечатано в типографии ООО «Принт».
426035, г. Ижевск, ул. Тимирязева, 5.