

ТЕХНОЛОГИИ СЛУЖБЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (СРВ) - ИЗ ОПЫТА ИНФОРМАЦИОННО КОНСАЛТИНГОВОЙ СЛУЖБЫ ФЕРГАНСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ФИЛИАЛА РЕСПУБЛИКАНСКОГО ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ

Алимова Ирода Анваровна

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Технологии ранней помощи или раннего вмешательства (от английского «early intervention») получили начало и широкое распространение в странах Скандинавии, Западной Европы и США в результате изменения отношения общества к детям с особыми потребностями и их родителям, развития медицины, психологии, социальной работы, принятия необходимых правовых и законодательных актов, регламентирующих государственную политику в отношении детей с ограниченными возможностями.

Активное внедрение современных медицинских технологий в работу современных перинатальных центров значительно улучшило ситуацию по выхаживанию детей неонатального периода с экстремально низкой массой тела и детей с тяжёлыми неврологическими состояниями.

Ранний возраст в жизни ребёнка является важным периодом в развитии моторных функций, ориентировочно-познавательной деятельности, речи, формирования личности. Пластичность мозга в этот период, сенситивное формирование эмоций, интеллекта, определяют большие потенциальные возможности реабилитационной, коррекционной помощи.

Анализ применяемых на амбулаторном этапе традиционных программ лечения, реабилитации и оказания помощи детям раннего возраста с проблемами развития показывает, что в них не предусмотрен комплексный, междисциплинарный, семейно-центрированный, системный, длительный подход.

Необходимо отметить, что в настоящее время крайне значимым моментом является адаптация абилитационной технологии ранее вмешательство к применению в амбулаторно-семейных поликлинических условиях. При этом под абилитацией (лат. Abilitatio - быть способным к чему-либо) следует понимать первоначальное формирование способности к чему-либо. Термин применяется преимущественно к детям раннего возраста с отклонениями в развитии, в отличие от реабилитации – возвращения способности к чему-либо, утраченной в результате болезни, травмы.

Дети с нарушениями, выявленными после рождения, должны пройти оценку и получить необходимые услуги как можно скорее во избежание более серьёзных задержек. Из опыта работы филиала Ферганского регионального

филиала республиканского центра социальной адаптации детей (РЦСАД) начинают получать абилитационную или реабилитационную помощь спустя 9-12 месяцев, хотя её можно оказывать даже в более раннем возрасте.

Целью работы служб ранней помощи является оказание комплексной психолого-педагогической и медико-социальной поддержки семьям, воспитывающим ребёнка младенческого и раннего возраста с проблемами в развитии. Клиентами служб ранней помощи являются семьи, воспитывающие ребёнка с проблемами в развитии первых трёх-четырёх лет жизни.

В службу ранней помощи могут быть направлены:

1. Дети с выявленными отклонениями в развитии – с нарушениями слуха и зрения, опорно-двигательными нарушениями, генетическими синдромами, органическими поражениями ЦНС, подозрением на ранний детский аутизм и другими нервно-психическими заболеваниями.

2. Дети биологической группы риска – недоношенные, переношенные, дети, чьи матери переболели инфекционными и вирусными заболеваниями во время беременности (TORCH и другие инфекции), дети у которых мамы страдали токсикозом беременности, рождённые в асфиксии, перенесшие родовую травму, с гемолитической болезнью новорождённого; перенесшие детские инфекционные заболевания (грипп, скарлатина, корь и др.), дети которым во время родов проводили приёмы реанимации, получившие при рождении низкие баллы по шкале Апгар; дети из семей, имеющих высокий риск нарушения зрения, слуха, опорно-двигательные нарушения, нарушения речи и интеллекта.

3. Дети социальной группы риска – из семей социального риска; дети родителей, имеющих психические заболевания, страдающих алкоголизмом, наркоманией; дети от малолетних родителей, дети из семей переселенцев.

Для оказания на базе службы комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи необходимо, чтобы в штате были специалисты разного профиля: медики, психологи, педагоги.

Службы ранней помощи, например, в США, ориентированные на помощь детям в семьях групп риска, осуществляют свою деятельность по следующим направлениям: оценка уровня развития ребёнка; консультации семьи, специальная система образования родителей, организация развивающей среды для младенцев; охват образованием различных сфер развития младенца, таких как, социальных навыков, эмоционального развития, зрительного и слухового восприятия, развития предпосылок понимания речи и активной речи.

Службы комплексного раннего вмешательства, осуществляющие медико-реабилитационную, социально-педагогическую помощь детям младенческого и раннего возраста, решают несколько иные задачи:

- выявление специальных потребностей детей в связи с нарушениями развития в той или иной сфере (движений, речи, слуха или зрительного восприятия и т.д.);

- развитие специальной системы образования родителей, организация развивающей среды, адекватной специальным потребностям младенцев с отклонениями в развитии.

- социальное и психологическое сопровождение ребёнка и семьи;

- координация всех видов помощи, оказываемой ребёнку и семье.

Составными элементами системы ранней помощи являются:

* всесторонняя система обнаружения младенца с отставанием или риском отставания в развитии;

* скрининг и направление в информационно-консалтинговые службы;

* анализ и определение уровня развития младенца различными тестами;

* тренинг и консультации семьи, визиты в семью;

* речевая патология и аудиология;

* специальное образование;

* специальное медицинское обслуживание, реабилитация или абилитация;

* специальная медицинская реабилитация или абилитация;

* психологическая служба;

* социальная работа;

* координация всех достижимых источников обслуживания ребёнка и семьи.

В Узбекистане создание программ ранней помощи началось в рамках проекта Республиканского центра социальной адаптации детей (РЦСАД) и его филиалах, а также в некоторых семейных поликлиниках города Ташкента, г.Ферганы была открыта «Служба ранней помощи». В связи недостаточного финансирования данной структуры эти службы продолжают свою работу только на базах информационно консалтинговых служб (ИКС) РЦСАД и его филиалов.

Коррекционно-развивающая работа тесно связана с диагностикой нарушений. Для раннего выявления психофизических нарушений необходимы тщательное неврологическое, физическое и психическое обследование ребёнка.

На сегодняшний день диагностика и коррекция недостаточно скоординированы. В диагностической и коррекционной работе не должна проявляться увлеченность функциональной и симптоматической диагностикой. Специфика коррекционно-развивающей работы заключается в том, что нужно комплексное ее обоснование, прогнозирование на основе медицинских и психолого-педагогических данных. Необходимым становится взаимодействие педагогов, психологов, логопедов, сурдо-, тифло-, олигофренопедагогов, социальных работников и медиков. С целью координации усилий целесообразно более полно привлекать медико-психологические, педагогические комиссии

(МППК) к коррекционно-развивающему обучению и реабилитации. Главной задачей МППК, должны стать приобщение к обучению и предоставление коррекционно- реабилитационной, абилитационной помощи детям с нарушениями психофизического развития, консультирование педагогов образовательных структур инклюзивного типа, соответственно проектирование на диагностической основе индивидуального подхода и коррекции. Особенности современных центров службы раннего вмешательства должны быть:

- Помощь в выборе образовательного маршрута для ребёнка и определения оптимальных программ обучения.
- Осуществление коррекционно-развивающей, абилитационной помощи детям с тяжёлыми формами нарушения психофизического развития.
- Помощь в решении проблем социально-эмоционального плана.
- Разработка индивидуальных коррекционно-развивающих программ.
- Проектирование коррекционных программ и разработка коррекционных технологий.
- Структурно-системное диагностирование.

Психофизическая коррекция рассматривается в двух аспектах: в широком – как комплекс психолого-педагогических и медико-реабилитационных воздействий, направленных на исправление у детей недостатков в физическом развитии и развитии психических функций, гармонизацию развития его личностных свойств.

Психофизические коррекционные технологии – это совокупность знаний о способах и средствах проведения психофизического коррекционного процесса, сложная система, включающая в себя как стратегические, так и тактические задачи. В тактические задачи входит разработка методов и техник, форма поведения коррекционной работы, подбор и комплектование групп, продолжительность и режим групповых и индивидуальных занятий.

Коррекционная работа с ребёнком должна строиться не как простые тренировки умений и навыков, не как отдельные упражнения по совершенствованию психологической или физической деятельности, а как целостная осознанная деятельность. При этом необходимо проводить коррекционную работу как с самим ребёнком по изменению его отдельных психологических образований, так и с условиями жизни, воспитания и обучения, в которых находится ребёнок.

Рассмотрим стратегические задачи, так как они являются общими для всех детей с проблемами в развитии. В практике выделяют три основные модели коррекции: общая, типичная, индивидуальная.

Типичная модель коррекции основана на организации конкретных коррекционных воздействий с использованием различных методов: игротерапии, семейной терапии, психорегулирующей тренировок.

Индивидуальная модель коррекции ориентирована на коррекцию различных нарушений у ребёнка с учетом его индивидуально-типологических, психологических и физических особенностей. Это достигается в процессе создания индивидуальных коррекционных программ с учетом индивидуальных факторов нарушения, такими методами как – лечебная физкультура, массаж, гидрокенезотерапия, АРТ терапии, флортайм, работа в сенсорном кабинете, песочная терапия, сказка терапия, методика монтессори, иппотерапия и др.

Общая модель коррекции – это система оптимального возрастного развития личности в целом. Она включает в себя охранно-стимулирующий режим для ребёнка, соответствующее распределение нагрузок с учетом психического состояния, организацию жизнедеятельности ребёнка в школе, в семье и других группах.

ЛИТЕРАТУРА:

1. <http://www.eii.ru> – сайт Санкт-Петербургского Института Раннего Вмешательства.
2. Шемякина О.В. Преодоление задержки речевого развития у детей 2-3 лет М.: Гном и Д-2014.
3. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционная помощь детям раннего и дошкольного возраста: Научно-методическое пособие. – СПб.: КАРО, 2008. – 336 с. 28.
4. О.В. Югова Полифункциональный подход к оказанию психолого-педагогической помощи семье ребенка первых лет жизни с ограниченными возможностями здоровья // Специальное образование. – 2022. – № 1(65). – С. 212-227.