

**Національна академія педагогічних наук України
Інститут спеціальної педагогіки НАПН України**

**Психологічна модель раннього
втручання для дітей з аутизмом**

Київ-Чернівці

«Букрек»

2017

УДК 159.922.76:616.896(075)

С 91

*«Схвалено для використання
у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами»
комісією із спеціальної педагогіки Науково-методичної ради з питань
освіти Міністерства освіти і науки України
(Лист № 21.1/12-Г-709 від 20 жовтня 2017 р.)*

Видано державним коштом. Продаж заборонено

Рецензенти:

Литовченко О.В. – кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник лабораторії позашкільної освіти Інституту проблем виховання НАПН України;

Хромцова К.В. – психолог дошкільного навчального закладу № 9, м. Київ.

Сухіна І., Риндер І., Скрипник Т.

С 91 Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом: посібник / І. Сухіна І. Риндер, Т. Скрипник / за ред. Сухіної І.В. – Київ-Чернівці: «Букрек», 2017. – 192 с.

ISBN 978-966-399-930-2

Посібник присвячено вирішенню питання ранньої психологічної допомоги дітям з розладами аутистичного спектра. У ньому обґрунтовано актуальність даної проблематики, проаналізовано досвід становлення системи раннього втручання в інших країнах, а також вітчизняний. Окреслено психологічні особливості дітей раннього віку з аутизмом та намічено шляхи допомоги. Розглянуто вплив родини на виховання дитини раннього віку з аутизмом. Запропоновано психологічну модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Наведено стандарти надання ранньої допомоги дітям раннього віку з розладами аутистичного спектра.

Посібник стане у нагоді фахівцям психолого-педагогічного профілю, науковцям і практикам.

УДК 159.922.76:616.896(075)

© Інститут спеціальної педагогіки
НАПН України, 2017

© Видавничий дім «Букрек», 2017

ISBN 978-966-399-930-2

План

Вступ.....	4
1. Актуальність та ефективність раннього втручання для дітей з аутизмом (І. Риндер).....	7
2. Становлення системи ранньої допомоги: закордонний і вітчизняний досвід (І.Сухіна).....	21
3. Розиток дитини з аутизмом раннього віку та шляхи допомоги.....	32
4. Мікросоціальна ситуація розвитку дітей раннього віку з аутизмом (І.Сухіна).....	60
5. Види моделей надання ранньої допомоги дітям з аутистичними розладами (Т.Скрипник).....	72
6. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом (Т.Скрипник).....	78
7. Стандарти надання ранньої допомоги дітям раннього віку з аутизмом (Т.Скрипник).....	88
Словник.....	137
Додатки.....	141
Література.....	183

Вступ

Зміни в суспільстві, освітній політиці, гуманізація навчання і виховання, спрямовані на гармонійний розвиток особистості, її соціалізацію та індивідуалізацію, визначають зміни в спеціальній освіті, для якої одним з найважливіших завдань є створення умов для раннього виявлення, корекції і компенсації вторинних відхилень у розвитку дітей раннього віку.

Адекватно організована рання діагностика і комплексна корекція з перших місяців і років життя дозволяють не тільки коригувати вже наявні відхилення в розвитку, але і попередити появу вторинних порушень, знизити ступінь соціальної непристосованості дітей, досягти максимально можливого для кожної дитини рівня загального розвитку, освіти, ступеня інтеграції в суспільство.

Надання ранньої дієвої допомоги дітям з аутизмом є важливим питанням сьогодення. Раннє втручання покликано створити умови для розвитку і корекції дитини раннього віку з метою підготовки входження її в освітній простір і є фундаментом інклюзивної освіти дітей з аутизмом.

Аутизм – це загальний розлад розвитку, що має неврологічну природу, і характеризується такими групами порушень, як: стійкий дефіцит соціальної комунікації та соціальної взаємодії; обмежені повторювані дії, інтереси, діяльність.

Перші роки життя дитини є найсприятливішими для формування особистості дитини і розвитку її мозку, тому своєчасно виявлені порушення в розвитку дитини в цьому віці і вчасно надана допомога, значно покращує результати раннього втручання.

Раннє втручання дозволяє:

- максимально широкого охопити дітей з проблемами в розвитку на ранніх етапах онтогенезу;

- долати розрив між моментом визначення первинного порушення в розвитку дитини і початком надання комплексної медико-психолого-педагогічної допомоги, а також консультативної допомоги батькам;
- попереджати виникнення вторинних за своєю природою порушень в розвитку у дітей, забезпечує максимальну реалізацію реабілітаційного потенціалу і, тим самим, максимальне зниження рівня ризику соціальної недостатності дитини;
- максимально розкрити реабілітаційний потенціал сім'ї в наданні допомоги і підтримки дитині;
- для значної частини дітей з обмеженими можливостями здоров'я можливість досягти того рівня розвитку, який недосяжний при більш пізньому початку навчання;

Раннє втручання робить можливим включення дітей в загальний освітній потік (інтегроване навчання) на більш ранньому етапі вікового розвитку (в дошкільному віці), що виключає для них необхідність дорогої спеціального шкільної освіти;

Система ранньої допомоги володіє не тільки високою соціальною, а й економічною ефективністю: вкладення в ранню допомогу окупаються економією до початку навчання дітей в школі.

Раннє втручання – це родинно-орієнтована комплексна (медична, психологічна, соціальна) допомога дітям раннього віку, у яких виявлено порушення (відхилення) в розвитку, ризику їх виникнення в старшому віці, а також – родинам, які виховують таких дітей.

Основна форма надання послуг дитині та її родині у межах служб ранньої допомоги – психолого-педагогічний супровід. Він спрямовується на оцінку і підтримку психічного розвитку та психологічного стану дитини, профілактику вторинних порушень, нормалізацію дитячо-батьківської взаємодії і подолання поведінкових проблем.

Технологія раннього втручання створює реальні передумови вирішення важливої проблеми – своєчасної корекції порушень розвитку дітей раннього віку з розладами аутистичного спектра (РАС).

Насьогодні існує ряд починань, пов'язаних з наданням ранньої допомоги дітям з особливостями психофізичного розвитку в Україні.

Так, Міжнародна громадська організація HealthProm (Лондон), Національна Асамблея людей з інвалідністю України та Благодійний фонд «Інститут раннього втручання» (Харків) з осені 2016 започаткували та впроваджують Програму «Батьки за раннє втручання в Україні». Програма спрямована на підтримку недержавних організацій, якими керують батьки (або які створені батьками) дітей з інвалідністю та активних батьків дітей з порушеннями розвитку та/або інвалідністю в їх участі в процесах розробки та впровадження системи раннього втручання в Україні.

Досить тривалий час на території України локально існує послуга раннього втручання, яка надається окремими організаціями. З 2016 року в рамках проекту UNICEF «Підготовка команд раннього втручання і фахівців у громаді» здійснюється навчання фахівців технології надання цієї послуги. Навчання команд проводиться Благодійним Фондом «Інститут раннього втручання» міста Харкова за підтримки таких організацій: УРЦ «Джерело» (Львів), ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харківський обласний спеціалізований будинок дитини №1.

1. Актуальність та ефективність раннього втручання для дітей з аутизмом (І.Риндер) .

Розлади аутистичного спектра – це порушення розвитку, які маніфестуються у ранньому віці та проявляються у наявності труднощів взаємодії та комунікації, стереотипної поведінки та інтересів (Autism speaks). За даними Центру контролю та попередження захворювань в США, які були отримані в 2014 році на вибірці 8-ми річних дітей, одна дитина із 68 має діагноз аутизму. Тобто, у кожній 68-мої новонародженої дитини діагностується аутизм. Спостерігається збільшення випадків аутизму оскільки цей показник є приблизно більшим на 30% ніж у 2008 (1 із 88), на 60% ніж у 2006 (1 із 110), на 120% ніж у 2002 та 2000 (1 із 150) (Center for Disease Control). Позитивні зміни відбуваються в діагностиці розладів аутичного спектра та інтервенції (втручання). Завдяки дослідженням, вже починаючи з 6–12 місяців можна ідентифікувати дітей, які швидше всього отримають діагноз аутизму в майбутньому [78-80]. Постановка діагнозу є вже можливою в 2–3,5 роки, тоді як раніше постановка діагнозу затягувалася до 4–5-го року життя. Фахівці, які надають допомогу таким дітям наголошують на тому, що раннє втручання дає найбільш значущі результати. Незважаючи на очевидність перспективності раннього втручання, вважаємо необхідним з'ясувати чому раннє втручання є ефективним методом інтервенції та чи існують дослідження, які б підтверджували цю ефективність.

Високий рівень нервової пластичності на ранніх етапах онтогенезу. Виокремлюють такі стадії розвитку нервових клітин: гістогенез (народження нервових клітин), міграція клітин, диференціація клітин, дозрівання клітин (ріст дендритів та аксонів), формування синапсів, відмирання клітин та синапсів, мієлінізація (Kolb B., 2011). Зміни, пов'язані з цими стадіями, припадають переважно на перші етапи розвитку дитини. Мозок який розвивається є більш реактивним до впливів (середовища та активності людини), ніж мозок дорослої людини чи людини похилого віку. Ранні етапи онтогенезу насичені синзетивними періодами, коли нормальний розвиток залежить від тієї чи іншої стимуляції [75].

Аутизм – це порушення пов’язане з аномальним розвитком головного мозку, яке обумовлене вродженими факторами (генетичні, епігенетичні) та факторами середовища. Незважаючи на це, дисфункції ділянок головного мозку та нервових сполучень між ними можуть нівелюватися завдяки компенсаторній активності мозку. Однак, компенсація не завжди відбуватися в напрямку, який відповідає критеріям нормального розвитку. Наприклад, при відсутності соціальної мотивації, у дитини спостерігається надмірна увага та інтерес до предметів навколишнього середовища, внаслідок чого страждає соціальний розвиток. В нормі, починаючи з перших годин та тижнів, соціальний розвиток дитини відбувається стихійно: дитина посміхається у відповідь на посмішку дорослого, дивиться на обличчя, проявляє вибірккову увагу до знайомого голосу, впізнає людину яка часто перебуває біля неї та ін. Якщо дитина не проявляє соціальної поведінки необхідно шукати шляхи стимуляції такої поведінки. Лонгітюдне дослідження зорової активності дитини показало, що вже з 2-го до 6-го місяця діти у яких в подальшому було діагностовано аутизм відстають від своїх нейротипічних однолітків по частоті зорового контакту з іншими. Однак, до 2-х місячного віку нейротипічні діти та діти, які отримали діагноз, не відрізнялися по частоті цієї зорової поведінки. Натомість, частота фіксації погляду на предметах повільніше зменшується у аутичних дітей ніж у нейротипічних, а до кінця 24 місяця є в двічі більшою [74].

Дослідження демонструють, що аутистичні риси з’являються ще на етапі немовлячого періоду, коли функціональні взаємозв’язки головного мозку відповідальні за соціальні навички тільки формуються. За таких обставин, середовище, в якому дитина розвивається, має інший вплив на неї ніж на дитину із типовою нервовою системою. Для позначення цього феномену також використовують термін *процесів ризику (risk processes)*. Процеси ризику – це деструктивні особливості взаємодії між дитиною та середовищем, обумовлені факторами ризику. Одним із найважливіших аспектів цих деструктивних особливостей є відсутність або дефіцит активної участі дитини в соціальних взаємодіях з оточуючими на ранніх етапах розвитку. Таким чином, перші прояви

аутизму перешкоджають нормальному соціальному розвитку дитини, що призводить до набуття нею повної симптоматичної картини РАС.

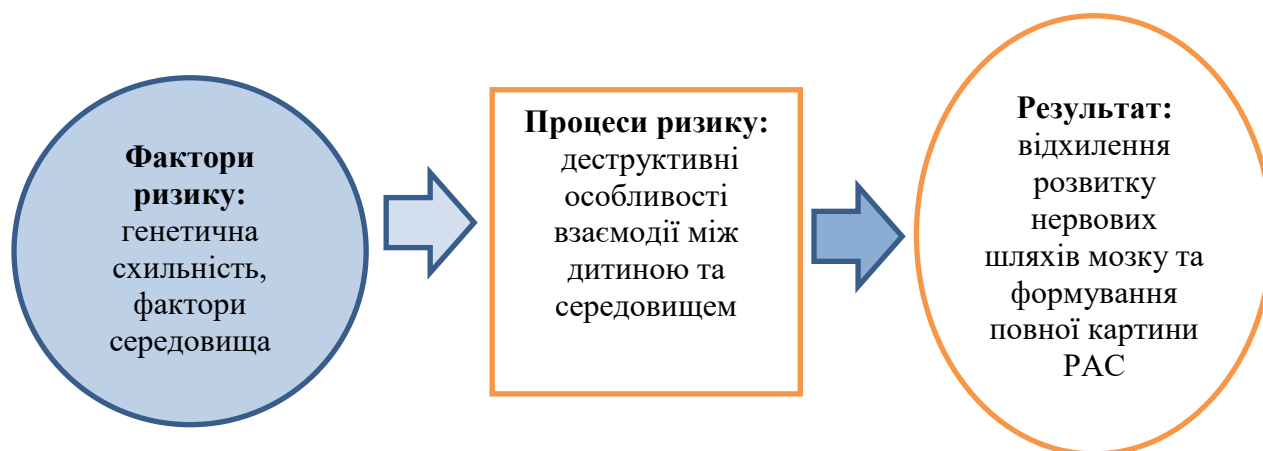


Рис. 1. Процес аномальної траєкторії розвитку при РАС

Можна припустити, що аномальна траєкторія соціального розвитку також негативно відображається на інших сферах психіки. Наприклад, порушення соціального пізнання перешкоджає інтеріоризації соціальних норм поведінки, які є необхідними для розвитку самоконтролю та саморегуляції. Як результат, дитина із РАС, якій властива соціальна некомпетентність може мати труднощі в самоконтролі та саморегуляції. Порушення імітації послаблює фізичний розвиток, оскільки через спонтанну імітацію інших відбувається набуття дитиною рухових навичок. Тому, чим більший період часу дитину супроводжують аутичні риси тим більше у неї шансів набути додаткових різноманітних порушень, в тому числі непов'язаних безпосередньо з синдромом аутизму.

Слід також відзначити процес можливого впливу деструктивних особливостей взаємодії між дитиною та середовищем безпосередньо на експресію генів. Феномен відомий для генетиків як епігенетичні зміни. Суть якого полягає в тому, що та чи інша ділянка ДНК може залишатися заблокованою або доступною (через механізм метилювання та структури хроматину) під впливом середовища. Наприклад, дослідження на щурах показало, що особливості раннього материнського догляду за потомством продукує зміни в поведінковій реакції на

стрес та відповідні зміни в нервовій системі, які залишаються присутніми навіть у дорослих щурів.

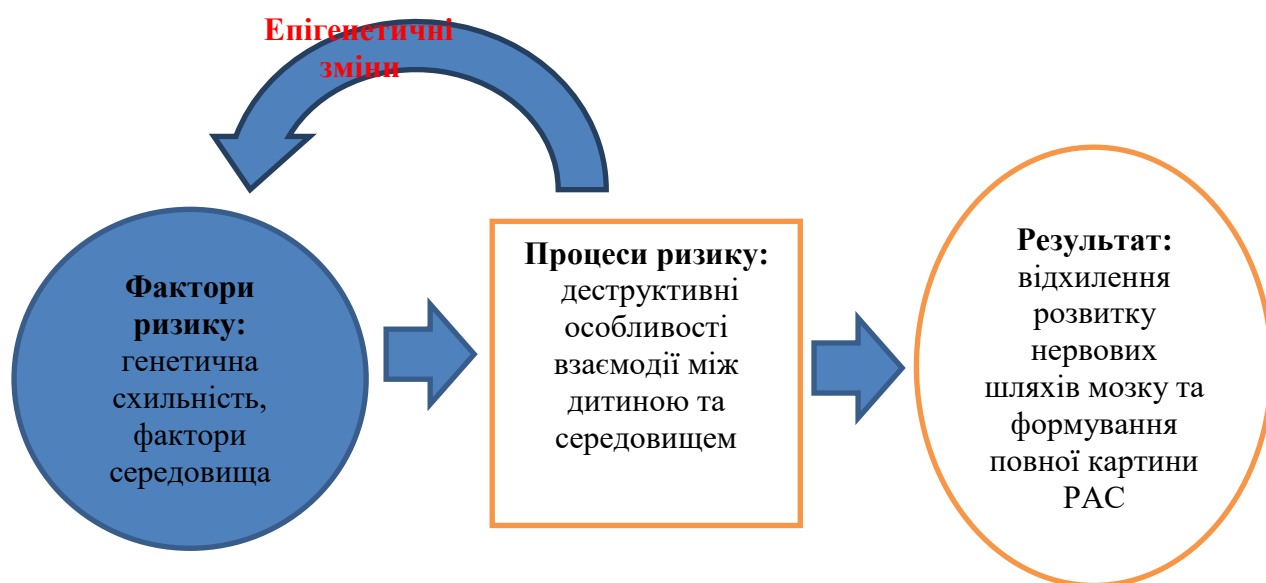


Рис. 2. Ускладнення симптоматики при РАС через епігенетичні зміни

Батьки дітей із РАС складають основну частину середовища для своєї дитини особливо на ранніх етапах онтогенезу. В свою чергу, як засвідчують дослідження близнюків, аутизм є спадковим/генетичним захворюванням (частота співпадіння у наявності/відсутності діагнозу серед однойцевих близнюків становить 60–96%, тоді як серед двояцевих близнюків – лише 0–23%). Батьки аутичних дітей як правило не мають відповідного діагнозу. Проте, дослідження батьків дітей з РАС (а також сиблінгів) показують, що вони схильні мати аутичні риси. Ці аутично-подібні риси мають нормальний розподіл серед загальної популяції людей. У сучасній науці для позначення сукупності аутично-подібних рис використовується термін – ширший фенотип аутизму (Broader Autism Phenotype). Ці аутистичні риси є по-суті, м'якшою, субклінічною формою аутичних симптомів (порушення соціальної взаємодії та комунікації, обмежений репертуар поведінки та інтересів) та інших аномальних характеристик дітей із розладами аутичного спектра.

Батьки аутичних дітей схильні мати наступні аутично-подібні риси:

- знижений інтерес до соціальної взаємодії;
- надмірне фокусування на окремих інтересах (наприклад, у процесі розмови);
- знижений рівень гнучкості та пристосування до змін (ригідність);
- нетактовність у взаємодії з іншими;
- труднощі в розумінні емоцій, мотивів та намірів інших людей;
- дефіцит прагматичної мови (розуміння та використання мови в соціальних ситуаціях);
- деякі порушення виконавчих функцій (гнучкість уваги, планування, просторова робоча пам'ять, просторова короткотривала пам'ять).

Звичайно не всі батьки дітей із РАС мають вище зазначені характеристики. Наявність цих рис у батьків дітей із РАС швидше за все впливає на траєкторію розвитку дитини. Як результат, аутичні риси дитини можуть ставати ще більш вираженими.

Для підтвердження того що аутично-подібні риси є результатом генетичних особливостей, а не наявності у сім'ї дитини із складним порушенням, батьки аутичних дітей порівнювалися за цими рисами не тільки із батьками нервово-типічних дітей, а й з батьками дітей інших порушень (синдром дауна, порушення розвитку мови). Більше того, ці аутично-подібні риси притаманні як батькам дітей з розладами аутичного спектра, так і сиблінгам (братам і сестрам) аутичних дітей [67].

На генетичне походження аутично-подібних рис вказують також наступні виявлені закономірності [72]:

- батьки із кількома аутичними дітьми мають більш виражений рівень аутично-подібних рис ніж батьки із одиничними випадками аутизму;
- батьки діти яких з тяжким рівнем аутичного порушення характеризуються більш вираженим рівнем аутично-подібних рис ніж батьки діти яких є з м'якшою формою аутизму;

- якщо мати і батько характеризуються аутично-подібними рисами ймовірність наявності у них аутичної дитини є вищою ніж у сім'ї де хтось один, батько чи мати, характеризуються аутично-подібними рисами;

- ймовірність наявності аутичної дитини зростає, якщо один із батьків характеризується аутично-подібними рисами у порівнянні із батьками без аутично-подібних рис;

- вираженість аутично-подібних рис у батьків відповідає наявності аутично-подібних рис у їхніх дітей.

Навіть якщо у батьків не має аутично-подібних рис, вони можуть мати труднощі в налагодженні чутливої взаємодії із немовлям, яке має проблеми у функціонуванні, має менш інтерактивний стиль взаємодії. Власне діти з РАС і характеризуються відповідними труднощами. Немовлята вже до 12 місяців, у яких було пізніше діагностовано РАС, менше посміхаються, не орієнтуються на ім'я, мають труднощі у встановленні зорового контакту, мають недостатньої комунікативних вокалізацій, некомфортно почувають себе в обіймах, надзвичайно метушливі чи пасивні, демонструють проблеми зі сном та годуванням, є синзетивними до дотику/шуму (Zwaigenbaum, 2015). Ці ранні прояви аутизму ніяк не надихають батьків цих дітей на чутливу взаємодію, якої вони потребують для нормалізації соціального розвитку [83].

Сиблінги аутичних дітей теж складають значну частину їх соціального середовища. В загальному, ризик мати розлад аутичного спектру становить 1,5% (1 із 68). Однак, ризик РАС серед сиблінгів дітей, які вже мають розлад є 18,7% (1 із 5). Іншими словами, якщо у батьків є хоча б одна дитина із розладом, приблизно одна дитина із п'яти наступних швидше матиме діагноз. Більше того, ризик зростає якщо в сім'ї є більше дітей із розладом. Приблизно 11-20% дітей (які не мають діагнозу) в сім'ях із двома випадками РАС мають історію відставання в розвитку мовлення, аутично-подібні риси мовлення та соціальні порушення (*Constantino J.*). З іншого боку, часто методи інтервенції для аутичних дітей, які пропонуються сьогодні, передбачають залучення сиблінгів в корекційно-розвивальний процес. Наявність у сиблінгів аутично-подібних рис може

ускладнювати процес розвитку дитини з аутизмом. Таким чином, раннє втручання є необхідним запобіжним засобом від негативного впливу основного соціального середовища, яке складають батьки та сиблінги, на розвиток дитини із РАС.



Рис. 1. Процес нормалізації траєкторії розвитку нейро-атипічної дитини за допомогою раннього втручання

Ефективність раннього інтенсивного втручання для дітей з РАС є також очевидною з точки зору затрат, які витрачаються на психолого-педагогічну допомогу. Дж. Чейсон (G. Chasson) з колегами стверджують, що раннє інтенсивне втручання значно економить кошти, які витрачаються на спеціальну освіту для дітей з РАС [65]. Базуючись на статистиці, відповідно якої лише 28% дітей з РАС, які отримали раннє інтенсивне втручання, в подальшому потребуватимуть послуг спеціальної освіти, вони підраховали, що штат Техас (в якому зафіксовано приблизно 10000 дітей з аутизмом) зекономить 2 мільярда доларів на спеціальній освіті, якщо всі діти піддаватимуться ранньому інтенсивному втручання (Chasson G. S., 2007) [65].

Нідерландські дослідники (N. Peters-Scheffer et al.) проаналізували ефективність методу раннього інтенсивного втручання у порівнянні із звичайним перебігом психолого-педагогічної допомоги дітям з РАС. В середньому, серед аутичних дітей, які пройшли раннє інтенсивне втручання 29% стають незалежними членами суспільства і відповідно не потребують державних коштів на їх подальше утримання, 34% дітей стають частково залежними – потребують помірних затрат, 37% дітей залишаються абсолютно залежними – потребують значної фінансової допомоги з боку держави. Серед дітей, які отримували звичайний курс психолого-педагогічної допомоги лише 11% є незалежними, 8% – частково залежними і 81% – повністю залежними. Порівнявши затрати на раннє інтенсивне втручання для аутичних дітей та затрати на утримання недієздатних осіб в Нідерландах, автори дослідження прийшли до висновку, що країна зекономить 109-182 мільярда євро інвестуючи в раннє інтенсивне втручання для аутичних дітей, яких в Нідерландах приблизно 99-165 тисяч [77].

Відповідно державної статистики в Україні щороку в середньому народжується 500 тисяч дітей. Враховуючи світову статистику поширеності РАС (60-100 на 10000 населення в країнах Європи та кожна 68-ма новонароджена дитина в США) можна стверджувати, що в Україні щороку народжується від 3-х до 7-ми тис. дітей з розладами РАС [58].

Дослідження на тваринах показують, що метод збагачення середовища (іншими словами, психолого-педагогічне втручання) піддослідних має позитивний ефект на розвиток їх мозку та поведінки. Збагачене середовище може пом'якшити вплив генетичних факторів ризику та травм у процесі розвитку тварини. Також, деякі дослідження на тваринах показують, що збагачене середовище є найбільш ефективним на ранніх етапах розвитку. Наприклад, в результаті стандартних умов середовища оленячі миші набувають обмеженої, стереотипної моторної поведінки, яка подібна до симптому при РАС. Однак, ті миші які поміщалися в збагачене середовище рано в їх розвитку не розвинули стереотипної моторної поведінки. Тоді як миші, які піддавалися збагаченому середовищу на більш пізньому етапі розвитку все одно демонстрували моторні стереотипії.

В іншому дослідженні впливу збагаченого середовища в якості піддослідних були щури із симптомами аутизму (через ін'єкцію вальпроєвої кислоти тваринам). В результаті збагачене середовище нівелювало більшість симптомів аутизму, в тому числі, низьку частоту соціальної поведінки та потенціалу соціального інтересу, сенсорну гіперчутливість, тривожну поведінку (Schneider, Turczak, Przewlocki; 2006).

Ефективність раннього втручання для дітей із РАС.

Розглянемо, яким має бути раннє втручання для дітей із РАС. Існують різноманітні практики роботи з дітьми раннього віку. Сам факт застосування раннього втручання далеко не означає, що дитина зможе досягти необхідних успіхів в розвитку. Ключовим орієнтиром для визначення найкращих практик раннього втручання є емпіричні дослідження. Ефективність програми раннього втручання повинна бути продемонстрована у процесі експериментального застосування на відповідній групі дітей.

Дослідники, Роджерс та Вісмара (Rogers, Vismara), в 2008 році переглянули всі наявні на той час дослідження ефективності раннього втручання для дітей з РАС, раннього та дошкільного віку [78-80]. В результаті вони виокремили чотири підходи раннього втручання. Один підхід був охарактеризований як достатньо обґрунтований, а три інші – як можливо ефективні. Підходом з достатньо обґрунтованою ефективністю є модель раннього інтенсивного поведінкового втручання І. Ловаса (EIBI – early intensive behavioral intervention). Модель EIBI базується на прикладному аналізі поведінки (АВА – applied behavior analysis). Вона є дуже інтенсивною, оскільки передбачає 40 годин на тиждень індивідуальної роботи протягом 2-3 років. Суть підходу полягає у використанні принципів навчання для оволодіння соціально значущими поведінковими навичками в реальних життєвих обставинах. Готовність до навчання, комунікація, академічні та соціальні навички розбиваються на більш простіші кроки, які систематично практикуються. З часом, стратегії втручання стають менш структурованими, що дає можливість їх використання в інших умовах.

В категорію можливо ефективних підходів потрапили такі моделі як терапія стрижневими реакціями (Pivotal Response Treatment – PRT), два інші підходи спрямовані на тренування батьків з метою розвитку соціальної комунікації дитини (Aldred, Green, Adams 2004; Drew et al, 2002). PRT модель є також основою на АВА. Метою моделі є навчання стрижневим поведінковим реакціям, які після оволодіння ними, мають потенціал покращити навички у інших сферах розвитку. Головна ідея моделі полягає у використанні для навчання моментів, які природньо трапляються протягом дня. В цьому вона відрізняється від більш штучного та структурованого формату занять на ранніх етапах ЕІВІ.

Інші дослідники (Tristram Smith, Suzannah Iadarola) проаналізували опубліковані з 2008 по 2015 роки результати досліджень ефективності методів раннього втручання (віком до 5 років) для дітей із РАС та дали оцінку цим методам. Оскільки існує багато методів раннього втручання дослідники розподілили їх по групам за критеріями перед тим як давати їм оцінку.

Розглянемо цю класифікацію.

Критерій 1. Теоретичний принцип. За цим критерієм виокремлюють АВА моделі та розвитково-соціально-прагматичні моделі (DSP – developmental social-progmatic). На відміну від АВА, DSP базується на погляді, що основною рисою РАС є порушення здібності долучатися до спільної активності з іншою людиною, і це порушення тягне за собою низку інших проблем із соціальною комунікацією та взаємодією. Стратегії втручання DSP моделей мають своє походження із результатів досліджень психології розвитку, які демонструють наявність сильного позитивного взаємозв'язку між чутливістю батьків до своїх дітей та наступним оволодінням дітьми навичок комунікації та взаємодії з іншими. DSP фахівець опираючись на стратегії подібні до тих, що використовуються у роботі спрямованій на покращення синзетивності батьків до своїх нейротипічних дітей, намагається розвивати здібності соціальної комунікації та взаємодії, через імітацію дитини, долучення до гри дитини, продовження та розширення ігрових дій та інше. Слід зауважити, що АВА та DSP мають спільні риси та відмінності. АВА моделі втручання, як і DSP моделі, намагаються враховувати рівень розвитку

дитини та працювати над дефіцитом соціальної взаємодії та комунікації. DSP моделі втручання, як і АВА моделі, акцентують увагу на сприянні оволодінню дитиною із РАС новими навичками. Відмінності полягають в тому що АВА спрямований на роботу з основними та другорядними рисами РАС, тоді як для DSP моделей пріоритетом є ключові симптоми РАС – соціальна взаємодія та комунікація. Також, АВА передбачає окремі навчальні періоди, які мають чіткий початок та закінчення, а для DSP метою є тривалий потік соціальних інтеракцій між дитиною та фахівцем. DSP моделі втручання також використовують підкріплення у вигляді імітації дій дитини, вербалізацій, розширення та моделювання способів взаємодії, тоді як АВА моделі втручання вибирають підкріплення для дитини на основі її вподобань. Деякі моделі раннього втручання для дітей із РАС поєднують у собі АВА та DSP стратегії. Наприклад, коли заняття починається із структурованих АВА стратегій, а потім повільно перетікає в ігрову форму. Також, ігрові заняття DSP моделей можуть включати стратегії АВА. Таким чином, за теоретичною орієнтацією виокремлюють: АВА, DSP та АВА+DSP.

Критерій 2. Спрямованість втручання. За спрямованістю виокремлюють всеохоплюючі підходи раннього втручання, коли адресуються всі потреби дитини та сфокусовані – коли кількість психолого поведінкових цілей є обмеженою. Зазвичай сфокусовані підходи втручання передбачають меншу кількість годин роботи з дитиною із РАС.

Критерій 3. Суб'єкт втручання. В деяких моделях суб'єктом втручання є фахівець, який займається індивідуально з дитиною. В інших втручання реалізується через вчителя та однолітків в умовах групи. І нарешті, деякі моделі передбачають навчання та інструктування батьків, які в подальшому застосовують стратегії втручання відносно своїх дітей.

Критерій 4. Використання засобів комунікації. На сьогодні існує практика використання кількох альтернативних засобів комунікації у роботі з дітьми із РАС: картинки та піктограми, жести, прилади для комунікації.

На основі цих критеріїв дослідники виокремили 14 груп підходів раннього втручання та оцінили ефективність кожної групи підходів за відповідною шкалою. Результати наведені в таблиці нижче.

Рівні ефективності	Групи підходів/моделей раннього втручання	Підтверджені результати раннього втручання
Рівень достатньо обґрунтованої ефективності	Індивідуальні, всеохоплюючі, АВА	Покращення інтелекту, коефіцієнту розвитку та адаптивної поведінки
	Реалізація через вчителя, сфокусовані, АВА+DSP	Покращення здібності долучатися до спільної активності з вчителями та батьками
Рівень ймовірної ефективності	Індивідуальні, сфокусовані, АВА, з використанням допоміжних засобів комунікації	Покращення здібності використовувати картинки-символи для повідомлення про свої потреби
	Індивідуальні, сфокусовані АВА+ DSP	Покращення ініціації спільної уваги, долучення до взаємної ігрової активності з батьками та іншими дорослими, імітації, мови та когнітивних навичок.
	Сфокусовані, АВА, через тренування батьків	Покращення здібності долучатися до спільної ігрової діяльності, комунікації з батьками, здібності до символічної гри
Рівень можливої ефективності	Індивідуальні, всеохоплюючі, АВА+DSP	Покращення коефіцієнту розвитку та адаптивних навичок

	Всеохоплюючі, АВА, в умовах класу	Пом'якшення симптомів РАС, покращення мовлення та коефіцієнту розвитку
	Сфокусовані, АВА, на розвиток мовлення	Покращення використання слів у процесі взаємодії та повідомлені про власні потреби
	Сфокусовані, DSP, через вчителя	Покращення здібності ініціювати спільну увагу з вчителями, взаємодії з об'єктами в процесі інтеракції з вчителями
	Сфокусовані, АВА, через тренування батьків	Покращення адаптивної поведінки, використання слів та висловлювань в комунікації
Експериментальний рівень	Всеохоплюючі, АВА+ DSP, в умовах класу	-
	Сфокусовані АВА+ DSP, через тренуванні батьків	-

В зв'язку з тим, що раннє втручання може розпочинатися ще до трьох річного віку стали популярними дослідження ефективності для дітей немовлячого та раннього віку.

1. Раннє втручання для дітей віком до 3 років, які мають підтверджений або підозрюваний діагноз РАС, повинно включати комбінацію з біхевіорального та розвивального підходів.

2. Раннє втручання для дітей віком до 3 років, які мають підтверджений або підозрюваний діагноз РАС, повинно передбачати активне залучення членів сім'ї.

3. Раннє втручання повинно сприяти прогресу в розвитку дитини та покращувати функціонування як в сфері основних симптомів РАС так і в інших сферах (соціальна комунікація, адаптація, регуляція емоцій та поведінки та інше).

4. Програма раннього втручання повинна враховувати соціокультурні цінності сім'ї, її динаміку та систему підтримки, а також економічні можливості.

2. Становлення системи ранньої допомоги: закордонний і вітчизняний досвід (І. Сухіна).

На сьогодні в Україні відбувається докорінне переосмислення парадигми навчання і виховання дітей з особливими потребами. Гострим питанням сьогодення є надання ранньої кваліфікованої і ефективної допомоги дітям, які мають відхилення у розвитку, у тому числі з розладами аутистичного спектра.

Розглянемо яким чином відбувалося становлення системи раннього втручання в США та країнах Європи.

Вперше питання надання ранньої допомоги дітям з відхиленнями у розвитку було піднято у закордонній спеціальній педагогіці та психології. Актуальність цієї проблеми обумовлена унікальністю дитячого віку в плані становлення ряду психічних функцій дитини.

Одними з перших до проблеми раннього віку звернулися Е. Фромм та Д. Боулбі, чий вчення вплинули на становлення теорії ранньої допомоги дітям. Вони розглядали соціальне оточення не просто як умову, а як найважливіший фактор розвитку особистості.

Під середовищем Е. Фромм розумів також найближче оточення дитини, її родину та близьких. Значущість соціального оточення, у тому числі сім'ї дитини, розкривав англійський психолог і психіатр Д. Боулбі (1958) в теорії прихильності [15]. Сутність теорії заключається в тому, що основні проблеми, які відчувають діти в процесі соціалізації, пов'язані з порушенням спілкування з батьками, недостатністю тепла і турботи в ранньому віці. Ідея вченого полягала в тому, що в перші місяці між матір'ю і дитиною існує зв'язок, який не зводиться ні до сексуальності, ні до інстинктивної поведінки. Різкий розрив цього зв'язку призводить до серйозних порушень у психічному розвитку, перш за все, у структурі особистості. Такі порушення можуть виявитися не одразу, а значно пізніше. Дослідження Боулбі показали, що діти, які мають тісний емоційний контакт з матір'ю, демонструють більш високі результати з точки зору рівня пізнавальної активності, ніж діти, які росли в «холодних» сім'ях [15, с. 360-374].

Формування типу прихильності матері і немовляти і особистості дитини багато в чому залежить від отриманого нею досвіду взаємодії з матір'ю на самих ранніх етапах розвитку. Це положення особливо важливо при розгляді і аналізі дітей з особливими потребами – недоношених немовлят, дітей раннього з синдромом Дауна, дітей з розладами аутистичного спектра та з іншими факторами ризику [15; 18; 40; 60].

Аналіз даних теорій дає нам цінний матеріал для розуміння суті організації психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями у розвитку і дозволяє виділити наступні концептуальні положення:

- розуміння самобутності дитини, її інтересів, допомога в становлення самооцінки буде стимулом позитивного розвитку дитини;
- ранні періоди життя відіграють особливу роль у розвитку особистості;
- людина – перш за все соціально істота і тому не може розвиватися без контактів з навколишнього людьми, а найближчим оточенням дитини є, першу чергу, її сім'я і близькі.

Наукове обґрунтування теорії розвитку людини в дитячому та ранньому віці (від народження до трьох років) істотно вплинуло на практичну зміну організаційних форм надання допомоги дітям перших місяців і років життя за кордоном, що сприяло створенню міждисциплінарних програм, орієнтованих на немовлят і їх родин [8; 40; 51].

У 60-80-х рр. ХХ ст. в країнах Європи увага дослідників фіксується на конкретних труднощах дітей, організовується робота з подолання порушень у дітей із залученням різних спеціалістів. Участь батьків і їх консультування з питань розвитку дітей є невід'ємним фактором успішної корекційної роботи з дітьми групи ризику. Розширюється віковий діапазон дітей, з якими ведеться корекційно-розвиткова робота, вперше створюються групи для дітей раннього та дошкільного віку.

Однією з концептуальних в розробці програм раннього втручання стає концепція нормалізації дітей не залежно від їх медичної, генетичної або будь-якої іншої індивідуальної відмінності, розроблена шведським вченим Бенгтоном

Нірє (Nirye, 1968). Другою концептуальною основою програм раннього втручання є принцип інтеграції. Всі вони затверджені на рівні державної політики західних країн [48].

За відправну точку до розробки програм ранньої допомоги, або «Раннього втручання» («early intervention»), в ході психофізичного розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров'я та життєдіяльності слугували програми випереджального навчання (Head Start). Вони побудовані на принципах особливої значущості перших місяців і перших років життя для подальшого розвитку дитини і застосовуються для соціально-педагогічної підтримки сім'ї та дитини в період, коли способи взаємодії сім'ї з оточуючим світом тільки починають формуватися. У процесі реалізації програм немовлята розглядаються не пасивними об'єктами діяльності, поведінка яких односторонньо формується в прямій залежності від дій і поведінки дорослих, а активними суб'єктами спільної діяльності. Їх розвиток відбувається у процесі взаємодії з навколишнім соціальним середовищем, перш за все, з матір'ю.

Паралельно зі створенням груп раннього втручання в країнах Європи створюються програми ранньої допомоги в США. В даному контексті «рання допомога» розглядається, як допомога для дітей перших років життя з виявленими відхиленнями у розвитку. Однією з перших програм розвитку дітей з складними порушеннями вважається програма раннього навчання дітей з синдромом Дауна, розроблена Л. Рходес з групою колег (Rhodes L. et al., 1969) в державному госпіталі Сонома (США), яка засвідчила ефективність ранньої допомоги.

Природнім розширенням сфери використання програм «Раннього втручання» стало включення в освітній простір немовлят і дітей раннього віку з вродженими і набутими вадами, які значною мірою обмежували можливості їхньої життєдіяльності. Так, створені керівництва для дітей з відставанням в руховому розвитку, з синдромом Дауна, з сенсорними порушеннями. У них відображені два фундаментальних напрями філософії і практики освіти західних країн: принцип нормалізації і методики оперантного навчання [51].

При Вашингтонському університеті (США) з метою апробації програми ранньої педагогічної допомоги дітям з відхиленнями в розвитку «Маленькі сходинки» (Сідней, Австралія) була організована служба ранньої допомоги. Дана програма призначалась для педагогічної стимуляції розвитку дитини з розумовими та фізичними порушеннями і розраховувалась на дітей від народження до чотирьох років. Концептуальні положення програми «Маленькі сходинки» являють собою інноваційний підхід в галузі освіти дітей з порушеннями у розвитку. Головна ідея цієї програми говорить про те, що вчитися можуть всі діти. І хоча дитина з порушеннями розвитку вчиться повільніше, проте вона також може вчитися [51].

Надалі, з отриманням відчутних результатів від реалізації програми, намітилася тенденція створення програм ранньої допомоги, в яких було закладено механізм взаємодії між різними відомствами на рівні штату або між недержавними некомерційними організаціями і державними установами.

На підставі результатів чисельних досліджень в різних галузях розвитку дітей конгрес США прийшов до висновку, що для зменшення вірогідності відставання в розвитку і підвищення здатності сімей задовольняти особливі потреби немовлят і дітей раннього віку необхідно розвивати всебічну, скоординовану, міждисциплінарну, міжвідомчу програму служб раннього втручання. Конгрес прийняв поправки до дії закону про освіту інвалідів, що регулюють діяльність всіх громадських інститутів, і доповнив його частиною, що стосується дітей від народження до трьох років, у яких відповідними діагностичними методами виявлені затримки в різних видах розвитку: пізнавальному, руховому, мовленнєвому, самообслуговуванні, соціальному і емоційному, а також тих дітей, які живуть в умовах продіагностованої високої ймовірності затримки в розвитку (Public Law, 1986).

Таким чином, рання допомога на рівні окремих штатів стала знаходити статус соціальної системи, що включає комплекс структурних, функціональних і змістових характеристик. Усі ці процеси вносили суттєві коригування в поняття ранньої допомоги і стали розглядатися не тільки як окремі соціально-педагогічні

або психотерапевтичні програми і проекти для дітей дитячого та раннього віку з груп соціального і біологічного ризику і їх сімей, а й як комплекс медико-соціальних та психолого-педагогічних служб (J. H. Cooper, 1981).

Починаючи з 1990-х рр. пріоритетною є реалізація цілісного підходу до розвитку особистості дитини з відхиленнями в розвитку. Усвідомлюється і приймається установка на те, що, незалежно від віку, дитині необхідне максимальне стимулювання активності, самостійності і відповідальності за результати її діяльності, будь-якої: соціальної чи пізнавальної.

Ретроспективний аналіз історії становлення ранньої допомоги в США дозволив простежити вимірювання ціннісних орієнтирів суспільства і держави у вирішенні даного питання. Пріоритетним напрямком стає забезпечення якості життя дитини раннього віку і визначення шляхів формування ефективного стилю спілкування.

Нові цінності, цілі і результати лягають в основу концептуальної моделі ранньої допомоги, у фокусі уваги якої знаходиться навчання, інформаційно-просвітницька робота з батьками і з найближчим оточенням дитини. Для цього розробляються спеціальні керівництва, орієнтовані як на професіоналів, так і на батьків, що залучаються у процес надання допомоги своїй дитині, які містять інформацію про основні етапи розвитку дитини і її вмінь; визначаються цілі і завдання роботи фахівця в галузі ранньої допомоги, планується послідовність корекційних дій, що сприяють розвитку дитини [8; 45; 48].

У процесі становлення і розвитку системи ранньої допомоги виділилися два основних напрямки конструювання програм «Раннього втручання»: психотерапевтичні і психолого-педагогічні.

Концептуальна ідея першого напрямку полягає в тому, що порушення міжособистісних стосунків в діаді «мати – дитина» значно краще піддаються корекції в ході психотерапевтичних сеансів, що проводяться одночасно з батьками та дитиною.

Другий напрямок ґрунтується на родинно-центрованому підході, який передбачає необхідність розробки програм, спрямованих не тільки на дітей, а й на сім'ї, в яких відбувається їхній розвиток (Beckwith, 1990; Krauss, Jacobs, 1990).

Реалізація цих програм на всіх етапах здійснюється командою, що складається з фахівців і батьків. В результаті цієї роботи виокремились три моделі організації командної роботи: мультидисциплінарна, міждисциплінарна і трансдисциплінарна (multy-,inter- and transdisciplinary team).

Мультидисциплінарна модель має на увазі, що члени команди фахівців представляють різні дисципліни і працюють безпосередньо з дитиною або родиною незалежно один від одного, виконуючи свою роль і обов'язки практично без взаємодії і перетинання професійних кордонів.

Слабкою стороною мультидисциплінарного підходу вважається відсутність спільних спостережень, недостатність взаємодії і, як наслідок, неповне використання можливостей професіональної допомоги. Особливо це очевидно за необхідності більш повної оцінки і представлення профілю розвитку дитини.

Міждисциплінарна модель роботи здійснюється в умовах взаємодії і характеризується більшим ступенем координації та інтеграції обслуговування. На етапі оцінки рівня розвитку дитини фахівцями можливе проведення як окремих, так і спільних обстежень.

Відмінною рисою трансдисциплінарної моделі є перетин професійних кордонів, що полягає у взаємозамінності професіоналів у виконанні ролей і обов'язків, можливості навчання один одного, передача членами команди інформації, знань і навичок роботи одному зі своїх колег. Трансдисциплінарная модель командної роботи дозволяє більш гнучко вбудувати терапевтичне втручання в життя сім'ї і дитини, вона не виключає індивідуального обслуговування з боку інших фахівців, проте в даному підході це використовується менш часто.

Таким чином, терміни «Раннє втручання» або «рання допомога» використовуються в розвинених країнах і визначають процес:

- ідентифікації труднощів, які виникають у дітей раннього віку та їх сімей;

- надання допомоги і підтримки дітям раннього віку та їх сім'ям в разі наявних труднощів;
- передбачення і попередження можливих вторинних порушень з метою зменшення потенційного негативного ефекту, який може виникнути під впливом несприятливих фактів і труднощів, і поліпшити здоров'я і розвиток дітей раннього віку [51].

У створеній в США психологічній службі, спочатку орієнтованій на діагностику і відбор дітей, все чіткіше проявляються нові тенденції у формуванні індивідуальних програм розку дитини з обов'язковим залученням психолого-педагогічного персоналу і батьків. Наукові дослідження показали вражаючі результати в області раннього навчання дітей з складною структурою порушень розвитку. Ще однією важливою причиною організації груп ранньої допомоги стала їх економічна доцільність. Реалізація таких програм призводить до значного скорочення числа дітей дошкільного і шкільного віку, що потребують спеціальної освіти. Дослідження свідчать про те, що рання допомога в межах родинно-центрованих програм, активна стимуляція розвитку дитини дозволяють в середньому на 50% знизити число дітей, що мають різноманітні дефекти і знаходяться в групі ризику з інвалідності.

Сучасна модель ранньої допомоги в Швеції орієнтована на концептуальну модель, яка має назву «Модель системного розвитку». Проте, не всі базові принципи цієї моделі в однаковій мірі виконані і представлені в системі ранньої допомоги Швеції. У реальній практиці є лише тенденція до багатоаспектності, наголос ставиться на дитину, особливо – на зіставленні її з віковими нормами розвитку. Значна частина діагностичних і корекційних заходів сконцентровані на дитині, мінімум уваги приділяється взаємодії з дорослими і однолітками, оцінці середовища і сім'ї [8; 51].

Крім того слід виділити відмінності в побудові системи ранньої допомоги в США і Швеції. У Сполучених Штатах Америки робота служб базується на праві людини мати до них доступ, в разі якщо у нього виявлені які-небудь специфічні проблеми, що представляють собою «критерій доступу» в ці служби. У даній

країні немає практики навчання всіх дітей раннього віку або догляду за ними – організація цієї діяльності цілком припадає на сім'ю дитини. Діти набувають можливість доступу до належних служб тільки після того, як у них будуть виявлені певні проблеми або їх віднесуть до групи ризику. Звідси випливає, що чимала частина служб ранньої допомоги в США є спеціалізовані, і зосереджуються на специфічних групах дітей. У Швеції є система раннього відходу для всіх дітей, в тому числі і дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Ресурси поділяються серед дітей відповідно до їхніх потреб і на підставі тих рішень, які були прийняті муніципальною спільнотою [8; 40; 51].

Ретроспективний аналіз становлення системи допомоги дітям раннього віку за кордоном дозволяє підсумувати, що проблематика раннього втручання як системи надання допомоги дітям раннього віку з психофізичними порушеннями розвивалася в країнах Західної Європи і США з 60-х років двадцятого століття. З часом підхід, орієнтований виключно на дитину, трансформувався у родинно-орієнтований. Ці зміни відбувалися поступово, оскільки вимагали переорієнтації професійного погляду на взаємодію з батьками, можливість побудови партнерських стосунків з ними, визнання в них експертів у питаннях оцінки та психолого-педагогічного супроводу розвитку власної дитини. Найбільш перспективною є міждисциплінарна модель взаємодії фахівців.

У 1989 році під час міжнародної конференції в Роттердамі була заснована Eurluaid – Європейська асоціація раннього втручання (EAECI). Діяльність асоціації спрямована на: підвищення якості життя батьків і дітей з особливими потребами (в контексті інтеграції і гендерного підходу); стимулювання зростання та розвитку раннього втручання на європейському рівні; підвищення рівня знань і досвіду в області раннього втручання [8].

Раннє втручання як система надання допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку розвивається в світі з 60-х років 20 століття. Однак потрібен був досить тривалий час, щоб підхід, орієнтований на дитину, трансформувався в родинно-орієнтований, оскільки це вимагало зміни професійно погляду на взаємодію з батьками, можливість побудови партнерських відносин з

ними, визнання в них експертів в питаннях оцінки та супроводу розвитку власної дитини.

У Росії система ранньої допомоги знаходиться в стадії становлення. Починаючи з середини 90-х років, Міністерством освіти РФ в якості пріоритетного висувається завдання створення системи ранньої допомоги дітям з проблемами в розвитку. Шляхом розвитку системи медико-психолого-педагогічного патронажу та її реалізації на базі функціонуючих психолого-медико-педагогічних центрів та психолого-медико-педагогічних консультацій і служб, відбувається формування системи ранньої діагностики порушень розвитку і ранньої комплексної допомоги.

Санкт-Петербург був першим регіоном в Росії і країнах СНД, де з ініціативи міського Уряду в тісній співпраці між російськими і міжнародними науково-дослідними і практичними державними і недержавними організаціями з початку 90-х років стали розвиватися програми раннього втручання.

У червні 1992 року рішенням Малого Ради Санкт-Петербурзького міської Ради народних депутатів було затверджено програму «Абілітація немовлят» в складі комплексу пріоритетних соціальних програм «Захист сім'ї та дитинства». За безпосередньої підтримки Уряду Санкт-Петербурга в 1992 році був створений Санкт-Петербурзький недержавний Інститут раннього втручання, що став методичним центром по формуванню міської системи служб раннього втручання, який здійснив підготовку кадрів і відпрацювання зарубіжних інноваційних технологій з урахуванням російських особливостей.

У даний час у Санкт-Петербурзі створена і функціонує система служб раннього втручання для дітей у віці від 0 до 3 років, що входять в групу біологічного і соціального ризику, і дітей-інвалідів. Діяльність цих служб орієнтована на формування гранично можливих функціональних здібностей дитини, і, крім того, гарантує його психічний і фізичний благополуччя при прямій участі в корекційній процесі її батьків [8].

В Україні раннє втручання, як система міждисциплінарної сімейно-центрованої допомоги, почало набувати сучасних уявлень в 90-ті роки, коли було

узагальнено і осмислено велику кількість нових наукових знань про ранній розвиток дитини, багато експериментальних підтверджень отримала ідея про важливість ранніх дитячо-батьківських взаємостосунків, в раннє втручання були внесені постулати системної сімейної терапії, екологічного підходу, транзактної моделі [32].

У контексті розвитку дитини з порушеннями у родинно-орієнтованому підході знайшли відображення ідеї про те, що проблеми здоров'я і розвитку у дитини впливають на всю сім'ю, змінюючи її функціонування. Оскільки для дитини раннього віку саме сім'я є вирішальним ресурсом в її розвитку, завдання раннього втручання є – підвищити можливості батьків розвивати і виховувати свою дитину, допомогти родині вбудовувати розвиваючі та допомагають стратегії в режим життя сім'ї, допомагати родині і кожному з батьків знаходити і вибудовувати власні ресурси, щоб справлятися з мінливими проблемами, потребами дитини і вирішувати власні особистісні завдання.

Одним з найперших було створено Центр раннього втручання в Харкові у 2000 році, під керівництвом Г.В. Кукурузи. За цей час було зібрано значну кількість емпіричних даних, отримано великий клінічний досвід роботи з сім'ями, які виховують дітей раннього віку [32].

На сьогодні Міжнародна громадська організація HealthProm (Лондон), Національна Асамблея людей з інвалідністю України та Благодійний фонд «Інститут раннього втручання» (Харків) з осені 2016 започаткували та впроваджують Програму «Батьки за раннє втручання в Україні». Програма спрямована на підтримку недержавних організацій, якими керують батьки (або які створені батьками) дітей з інвалідністю та активних батьків дітей з порушеннями розвитку та/або інвалідністю в їх участі в процесах розробки та впровадження системи раннього втручання в Україні.

Тривалий час на території України локально існує послуга раннього втручання, яка надається окремими організаціями. З 2016 року в рамках проекту UNICEF «Підготовка команд раннього втручання і фахівців у громаді»

здійснюється навчання фахівців технології надання цієї послуги. Навчання команд проводиться Благодійним Фондом «Інститут раннього втручання» міста Харкова за підтримки таких організацій: УРЦ «Джерело» (Львів), ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харківський обласний спеціалізований будинок дитини №1.

3. Розиток дітей з аутизмом раннього віку та шляхи допомоги

(І.Риндер, І.Сухіна).

Насьогодні питання щодо навчання дітей із розладами аутистичного спектра в освітньому просторі постають надзвичайно гостро. Ці діти принципово відрізняються від дітей не лише з нормативним розвитком, а й від інших категорій дітей з особливими освітніми потребами. Головна їхня відмінність полягає в тому, що в них не сформовані соціальні якості, власне те, що робить людину людиною, істотою, причетною до світу людей, такою, яка єдина з людською спільнотою.

Розлади аутистичного спектра (скорочено – аутизм) – це загальний розлад розвитку, що має неврологічну природу та характеризується такими проявами, як:

- стійкі дефіцити соціальної комунікації та соціальної взаємодії, зокрема *дефіцити в соціально-комунікативній взаємності, невербальній комунікативній поведінці, установленні й підтриманні соціальних відносин;*
- обмеженість, повторюваність у структурі поведінки, інтересах чи діяльності: *стереотипні моторні рухи, мовлення або маніпуляція предметами; занадто вузький спектр інтересів і надмірне захоплення ними; надмірна або недостатня реакція на отримувану сенсорну інформацію та /або незвичний інтерес до певного сенсорного аспекту навколишнього середовища за DSM-V – Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів» [56].*

Діти з аутизмом можуть мати різний рівень розумового і мовленнєвого розвитку. Згідно зі статистикою, прояви аутизму виявляють до 3,5 років і здебільшого в осіб чоловічої статі (у 4/4,5 рази частіше, ніж у жінок).

За звітом Центру з контролю захворюваності і профілактики США (СБС), у 2015 році розлад аутистичного спектра є в 1 дитини з 68, що на 30% більше, ніж аналогічний рівень 2 роки тому, який становив 1 з 88. Визначено, що поширеність аутизму приблизно однакова в усьому світі. Причому в багатьох країнах залучення аутичних дітей до освітнього процесу здійснюється протягом кількох десятиріч, напрацьовано чималий успішний досвід такої діяльності.

Розлади аутистичного спектра як особливий вид дизонтогенезу.

Історія вивчення аутизму свідчить про поступову кристалізацію досліджуваної інформації та відмову від неправильних і застарілих уявлень (і відповідно термінів). Один із таких термінів – «синдром аутизму», або його різновид – «синдром раннього дитячого аутизму», «синдром раннього аутизму». Нині лише фахівці, які не обізнані із сучасним розумінням природи й перебігу розладів аутистичного спектра, уживають поняття «синдром» щодо аутизму. Важливо зрозуміти, що аутизм – це не синдром як набір симптомів, тож його неможливо встановити за допомогою складання певних проявів, названих «аутистичними рисами». Найбільша «вада» такого підходу полягає в тому, що всі прояви видаються рівнозначними і неможливо знайти ті пріоритетні позиції, з яких варто стартувати, щоб досягти ефективності у справі допомоги дітям з аутизмом та їхнім батькам.

Тому щодо аутизму має йтися про порушення розвитку, що має не лише численні зовнішні прояви, а й певні закономірності і рівні порушень. А це означає, що якщо ми справді прагнемо допомогти цим дітям і здійснювати послідовну, спрямовану на покращення якості їхнього життя роботу, то потрібно розібратися в цьому загальному, первазивному порушенні, у системі його структурних компонентів, їх ієрархії і взаємозв'язках.

У випадку аутизму бачимо коло взаємопов'язаних характеристик, що ускладнюють контакт дитини з оточенням та їхній розвиток загалом. Передусім доцільно зазначити, що діти з аутизмом мають особливу, надзвичайно вразливу систему сприймання, тож більшість сигналів із довкілля спричиняють дискомфорт (інколи біль) і дезорієнтують їх. Захищаючись від надмірних і лякливих вражень, з якими вони не можуть упоратися, ці діти несвідомо формують «аутичний» варіант мохаїлзму саморегуляції, що своєрідно адаптує їх до зовнішнього світу та виявляється в таких проявах:

- гіперфокус уваги (концентрація на певному фрагменті дійсності й нехтування іншими, при цьому невбачання цього фрагмента у взаємозв'язку з іншими);

- аутостимуляції (стереотипне повторення певних рухів, звуків, дій, що часто виникає в моменти збудження або перервами дитини);
- тілесні блоки (локальна м'язова напруженість, яку людина несвідомо підтримує внаслідок дисгармонійного, часто стресового стану) [56-58].

Названі захисні реакції дають змогу особам з аутизмом керувати враженнями від довкілля, знижуючи інтенсивність випадкових сигналів і зберігаючи відносну стабільність свого стану. Насправді ж дитина перебиває себе від повноцінної інформації, розвивається вкрай обмежено, за своїм «сценарієм», зосереджуючись лише на тому, що її приваблює і викликає задоволення.

Отже, дитина з аутизмом своєрідно бореться за власне виживання, зменшуючи інтенсивність зовнішніх стимулів і підтримуючи внутрішній комфорт. Це позначається на всіх рівнях розвитку. Найбільш вираженим це видається щодо соціальної сфери, яка охоплює як процеси взаємодії, так й емоційний і комунікативно-мовленнєвий розвиток. Особи з аутизмом у зрілому віці зізнаються, що найбільше їх лякали інші люди (навіть рідні для них), прояви яких ніколи не можна передбачити, бо все, що вони роблять, має змінний (тому дестабілізуючий) характер. Можна передбачити, що саме через це діти з аутизмом прагнуть уникати контактів із людьми, неначе нейтралізуючи джерело власного дискомфорту.

Дітям з аутизмом властиві складнощі в усвідомленні власних емоційних станів, труднощі у створенні образу себе та партнера, невміння регулювати тривалість й інтенсивність контакту та вибирати посильні для неї засоби спілкування (доторкання, контакт очей, співвідношення поз користування конкретними невербальними діями, регуляція інтонацій та інших просодичних елементів). Унаслідок відсутності безпечного емоційно-комунікативного простору та відповідної взаємодії, дуже повільного розширення простору «Я» дитина з аутизмом увесь час набуває негативний досвід під час спроб налагоджувати контакт з оточенням.

Серед особливостей, властивих дітям із розладами аутистичного спектра, найчастіше і батьки, і фахівці звертають увагу на складнощі в мовленнєвих

проявах. Виявлено, що дітям з аутизмом властиві особливості розвитку комунікативно-мовленнєвих навичок та їх становлення в ранньому віці. Так, із перших днів життя важко зрозуміти, чому така дитина плаче (плач може бути тривалим у часі й інтенсивним). Часто взагалі відсутні етапи лепету і гуління, а якщо і є гуління, то воно здебільшого механічного характеру, позбавлене інтонаційного компонента, обмежене, може нагадувати крик або пищання. А це свідчить про затримку формування основних складових мовленнєвої сфери, недорозвиток слухової уваги, фонематичного слуху, функції наслідування (наприклад, дитина не фіксує погляд на органах артикуляції матері, не намагається повторювати звуки) [56].

Спостерігається слабкість або відсутність реакції на мовлення дорослого, відсутність фіксації поглядом на тому, хто говорить. Дитина може не реагувати на словесні подразники і водночас бути дуже чутливою до немовних звуків, може не «розуміти» простих побутових інструкцій і зверненого до неї мовлення.

Комунікативні проблеми в дітей із розладами аутистичного спектра є більш складними порівняно з їхнім мовленнєвим розвитком. Порушення експресивного мовлення в них має широкий діапазон – від аутизму до лексично багатого мовлення, проте з численними семантичними (пов'язаними зі значенням слів) і вербальними прагматичними помилками (використання мовлення для комунікації). Порушення саме прагматичної сторони мовлення є відмінною рисою особи з аутизмом. Діти з аутизмом мають значні труднощі в розумінні мовлення, особливо це стосується складної побудови запитань.

Ті діти з аутизмом, які мають проблеми з мовленням, не намагаються компенсувати цей брак за допомогою використання жестів або міміки. Незважаючи на рівень розвитку мовлення особи з аутизмом, типовою є неможливість розпочинати й підтримувати діалог, підтримувати цікаву для обох сторін тему розмови, зважати на зворотну реакцію співрозмовника. Відмінною ознакою мовлення за аутизму є також ехолалія. Переважна більшість дітей з аутизмом зазнають труднощів у використанні займенників і мовних конструкцій із непрямим змістом. Значущим є також той факт, що прагматична складова

мовлення найбільш порушена порівняно із семантикою чи синтаксисом. Отже, спектр порушень комунікації й мовлення за аутизму дуже широкий, проте найбільш характерними є порушення його соціального аспекту.

Деякі діти розмовляють пронизливо високим голосом або «механічною» роботоподібною мовою, не відповідають на звернене до них мовлення. Вони можуть не відгукуватися на власне ім'я, унаслідок чого в них помилково передбачають зниження *слуху*.

Відмінною ознакою мовленнєво-комунікативного розвитку дітей з аутизмом є ехололія та повторюване нав'язливе вживання слів, фраз або запитань. Проблеми в дітей з аутизмом можуть бути з неправильним використанням особових займенників.

Отже, порушення комунікації й мовлення за аутизму дуже відрізняються – від неможливості набути будь-яких функціональних мовленнєвих навичок до багатого літературного мовлення та здатності вести розмови на різноманітні теми, без урахування, однак, інтересу співрозмовника до теми розмови. Більшість дітей з аутизмом не мають значних проблем зі звуковимовою, проте переважна їх більшість мають проблеми з використанням мовлення та (або) проблеми з розумінням значення слів і висловлювань, інтонацією й ритмом мовлення.

Щонайменше одна третина дітей і дорослих з аутизмом не користуються мовою взагалі. Звичайно, не всі діти з аутизмом зазнають таких складних і численних мовленнєво-комунікативних труднощів, багато з них набувають достатньо розвинених мовленнєвих навичок. Проте в усякому разі (чи користується дитина з аутизмом мовою, чи ні) найбільш характерними є порушення соціального аспекту мовлення.

Якщо йдеться про порушення мовлення і здатність дитини з розладами аутистичного спектра взаємодіяти з людьми, які її оточують, то варто звернути увагу на відсутність взаємозв'язку між рівнем розвитку мовленнєвих і комунікативних навичок. Так, дитина з аутизмом, яка має у своєму словнику значну кількість слів і складні речення, може погано розуміти сенс сказаного або не використовувати наявні мовленнєві навички у процесі спілкування [56].

Окремо слід згадати й про таке невідповідне твердження, що дві третини дітей з аутизмом мають низький рівень інтелекту, зокрема йдеться про інтелектуальну пасивність, брак або значне відставання формування мовлення, труднощі в зосередженні, різку пересиченість сприймання, порушення цілеспрямованості й довільної діяльності, невміння вирізняти головне серед різноманітності деталей.

Варто зазначити, що з'ясування рівня інтелектуального розвитку в дітей з аутизмом є суперечливим питанням. Відомим є факт того, що ці діти можуть не виконати завдання не тому, що не розуміють запитання або не знають відповіді, а тому, що не хочуть або не розуміють, навіщо їм це потрібно (зважаючи на властивий дітям з аутизмом брак діалогового спілкування взагалі). Ідеться також про нерівномірність розвитку вербально-інтелектуальної сфери в дітей з аутизмом і про те, що їхні невербальні функції значно випереджають вербальні. Відомим фактом є й те, що приблизно у 30% випадків аутизму відзначають виражене прискорення формування окремих сторін інтелекту, наприклад ранній розвиток мовлення, поява надцінних інтересів із накопиченням знань в окремих галузях, інтерес до знака (літери, цифри, географічні карти). Частими є випадки приголомшливої слухової і просторової пам'яті (запам'ятовування маршрутів, розташування знаків на аркуші, на географічній карті, знання в галузі ботаніки, ентомології (науки про комах), астрономії тощо), при цьому діти можуть уживати латинські позначення, роблять класифікацію.

Варто зазначити, що правильно налагоджена робота з аутичною дитиною та її родиною може досить швидко (інколи протягом 3-х місяців, інколи протягом півроку, року) змінити уявлення фахівців і батьків про рівень інтелектуального розвитку дитини. Відомо, що в основі пізнавального (інтелектуального, ментального, когнітивного) розвитку лежить чуттєвий досвід, оскільки дитина з аутизмом (унаслідок системних сенсорних вад) нездатна набувати цей досвід, у неї не формується цілісна картина щодо будь-якої сенсорної системи, а також їх інтеграція. Ідеться власне про «застрягання» на рівні відчуттів і несформованість сприймання як полімодального процесу, який дає змогу розуміти зв'язки між

предметами та явищами, контекст ситуації, а також формувати поняття. Налагоджена робота в цьому напрямі сприяє розкриттю ресурсів аутичної дитини, що позначається на рівні її цілісного розвитку взагалі та інтелектуального зокрема.

Крім синдромального підходу до аутизму та уявлення про те, що дві третини дітей з аутизмом мають вади інтелектуального розвитку, ще одним застарілим явищем (яке і досі спостерігається серед фахівців поважного віку з пост-радянських країн або їхніх учнів) є розуміння аутизму, як ранньої шизофренії. Нині аутизм розглядають як окремий розлад розвитку, що принципово відрізняється від інших видів дизонтогенезу, зокрема від шизофренії [58].

Діти з аутизмом мають принципово іншу картину й перебіг розладів. Особлива психічна організація цих осіб (передусім брак їхніх соціальних якостей) ускладнює можливість їхнього перебування в освітньому просторі. Проте прогноз розвитку аутичних дітей є оптимістичним, адже йдеться про можливість їхньої самореалізації й соціальної адаптації. При цьому важливо зрозуміти: поки в дітей з аутизмом захисні механізми залишаються в незмінному вигляді, доти процеси їхнього навчання і розвитку є малопродуктивними.

Розвиток імітаційних здібностей у аутичних дітей

Імітація є складовою більш ширшого, важливого для навчання, явища – наслідування. Наслідування – це форма поведінки людини, яка полягає в копіюванні, відтворенні дій, поглядів чи рис характеру інших людей.

Онтогенетичний розвиток імітаційних здібностей проливає світло на специфіку порушень імітації при аутизмі та допомагає зрозуміти як вибудовувати систему психолого-педагогічного впливу. Ось деякі із фактів з онтогенезу імітації:

- починаючи з 9-14 місяців діти впізнають коли їх імітують інші;
- розвиток імітації відбувається від простих та знайомих імітаційних рухів до складних та нових;
- старші немовлята більше схильні імітувати нові, складні рухи, послідовну сукупність рухів, в загальному проявляють більше імітаційної поведінки ніж молодші немовлята;

- діти до 16-17 місяців більше схильні імітувати рухи зі смыслом ніж рухи, які не мають смыслу;
- дітям до 20 місяців більше вдається імітувати рухи з об'єктами ніж жести.

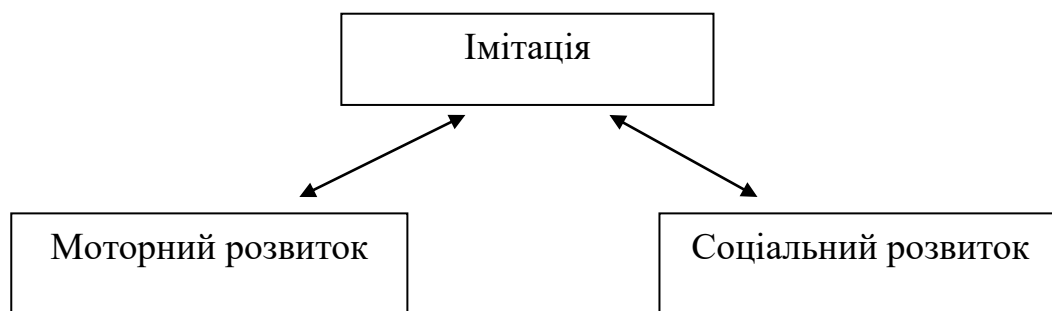
Діти з розладами аутистичного спектра характеризуються збідненою імітаційною поведінкою. Можна з впевненістю сказати, що у них ослаблена мотивація до імітації інших, а також погано розвинені імітаційні здібності. Дослідження показують, що аутичні діти проявляють більш виражений рівень відставання у імітації рухів, ніж діти із затримкою психічного розвитку [53].

Імітація є однією із найбільш базових форм соціальної взаємодії дитини з оточуючими. В зв'язку з тим, що аутичні діти характеризуються труднощами в соціальному розвитку стає очевидною необхідність орієнтації в процесі психолого-педагогічної роботи на найбільш базові форми соціальної поведінки.

Зміни імітаційних здібностей аутичної дитини пов'язані з покращенням соціально-комунікативних навичок, мовлення, гри, спільної уваги. Тобто, через розвиток імітації можна покращити інші проблемні аспекти розвитку аутичної дитини.

Результати іншого дослідження продемонстрували наявність взаємозв'язку між імітацією та моторним розвитком. В дослідженні порівнювали чотири групи дітей: високо-функціональні аутичні діти, низько-функціональні аутичні діти, діти з нормальним розвитком, діти з розумовою відсталістю. Для дітей із інтелектуальною недостатністю низько-функціональні аутисти та розумово відсталі) виявлено взаємозв'язок між рівнем моторного розвитку та виконанням завдань на імітацію жестів як зі смыслом так і без. Окремо в групі низько-функціональних аутичних дітей було виявлено зв'язок між рівнем моторного розвитку та імітацією жестів зі смыслом. В групі дітей із розумовою відсталістю зв'язку між рівнем імітації та рівнем моторного розвитку не було. В групі високо-функціональних аутичних дітей моторний розвиток був взаємопов'язаний з імітацією послідовної сукупності жестів без смыслу. В групі дітей з нормальним розвитком такого взаємозв'язку виявлено не було.

Таким чином, розвиток імітаційних здібностей у аутичної дитини повинен тягнути за собою розвиток її соціальної та моторної сфери.



В іншому експериментальному дослідженні було виявлено, що незважаючи на властиві аутичним дітям труднощі в моторній імітації, когнітивна імітація є порівняно неушкодженою. Когнітивна імітація (є складовою будь-якої імітації – моторної чи вокальної) авторами дослідження розглядається як здатність засвоювати нові когнітивні правила виконання тих чи інших операцій методом спроб і помилок та використання їх в подальшому.

Дослідження також показують, що характер порушення імітації у аутичних дітей не є фіксованим і може піддаватися психолого-педагогічному впливу. Наприклад, повторне, через один рік, дослідження рівня імітації у аутичних дітей 2-3 років показало покращення імітації як в загальному так і по окремим видам імітації (жестів, рухів з об'єктами без смислу, рухів з об'єктами зі смислом). Прогнучкість порушення також свідчить той факт, що аутичні діти характеризуються подібними труднощами в імітації, як і діти із нормальним розвитком так і діти із загальним відставанням в розвитку: імітація жестів є більш ускладненою ніж імітація рухів з об'єктами; імітація рухів, які не мають смислу є більш ускладненою порівняно з рухами, які мають смисл.

Для розуміння природи порушення імітації у аутичних дітей, а також для ефективної роботи над розвитком імітативних здібностей слід розглянути різні види імітації. Одним із найбільш важливіших критеріїв для виокремлення видів імітації є використання об'єктів. Так, виокремлюють імітацію рухів над об'єктами та імітацію рухів без об'єктів. Іншим важливим критерієм класифікації можна вважати наявність – відсутність смислу руху який імітується. Відповідно як рухи над об'єктами так і без – можуть бути зі смислом або без смислу. Кількість рухів,

які імітуються підряд є також критерієм для класифікації імітації. Так, завдання на імітацію можуть передбачати відтворення однієї дії чи руху або певної послідовності дій чи рухів. Критерій безпосередності має на меті виокремити імітацію, яка передбачає формування когнітивної репрезентації руху, що дозволяє його відтворення у більш віддаленій часовій перспективі та безпосередню імітацію – рух відтворюється в момент презентації. Virізняють також довільну та мимовільну імітацію. Мимовільна імітація або мімікрія стосується випадкового несвідомого копіювання дитиною рухів інших. Довільна імітація передбачає наявність у дитини наміру, який обслуговує імітаційна поведінка. Таким чином, коли дорослий просить дитину повторити за ним якийсь рух він спонукає до довільної імітації. В онтогенезі мимовільна імітація з'являється швидше ніж довільна [53].

В залежності від участі сторонньої людини в процесі імітаційної поведінки дитини можна виокремити: спонтанну імітацію та структуровану (ініційовану) імітацію. Джерелом спонтанної імітації є сама дитина, коли її не просять імітувати не дають інструкцій. Структурована імітація ініціюється вербальним зверненням до дитини – інструкцією: зроби так, повтори за мною, зроби як я. Цей вид імітації є важливим, як вже зазначалося вище, для надання дитині інструкцій на етапах долокомоторного та локомоторного психомоторного розвитку.

Розрізнення спонтанної та структурованої імітації є особливо важливим. Діти з нормальним розвитком, власне через спонтанну імітацію засвоюють чисельні навички, особливо на ранніх етапах онтогенезу. Кожен мав можливість помічати як діти копіюють своїх батьків. Якщо акцентувати увагу лише на розвитку, у аутичної дитини, структурованої імітації, тоді велика частина навичок, яка повинна засвоїтися через спонтанну імітацію залишаться для неї недоступними. Спонтанна імітація важлива для нормального психомоторного розвитку, оскільки імітуючи рухи інших дитина відкриває для себе нові рухи та вправляється у використанні старих.

Часто батьки та педагоги вимагають від дитини щоб вона повторила певний рух але при цьому не помічають спонтанних імітацій дитини, які можливо

стосуються зовсім іншої сфери рухів. Для того щоб продемонструвати для дитини, що імітація є чимось важливим та корисним необхідно підкріплювати навіть найменші натяки на імітацію. Так поведінка, яка підкріплюється буде ставати все більш і більш частішою.

Одним із методів спрямованих на подолання недостатнього розвитку імітації дітей з аутизмом є тренінг взаємної імітації (Reciprocal Imitation Training). Тренінг взаємної імітації, розроблений Брук Інгерсол (Brooke Ingersoll), є натуралістичним методом поведінкової інтервенції який має на меті навчити імітації дітей з розладами аутичного спектра в соціально-комунікативному контексті. Цей метод покликаний розвивати як ініційовану так і спонтанну імітацію.

Тренінг взаємної імітації включає такі компоненти як:

1. Імітація поведінки дитини. Партнер імітує дії дитини з іграшками, жести, рухи тіла та вокалізації. Це повинно збільшити зоровий контакт з дитиною та спільну увагу, підготувати дитину до імітації партнера та актуалізувати взаємну поведінку.

2. Словесний супровід. Партнер коментує те чому дитина приділяє увагу (дивиться чи робить) використовуючи спрощену мову (наприклад, м'ячик котиться, жабка стрибає) чи звукові ефекти (бум, чух-чух-чух). Це повинно підвищити імітацію дитини та актуалізувати спонтанне мовлення.

3. Моделювання поведінки. Партнер починає моделювати (виконувати) знайомі для дитини дії з об'єктами, якими дитина зайнята. Для цього потрібно щоб кожен із предметів був в двох екземплярах. Після того як дитина навчилася імітувати знайомі для неї рухи партнер поступово вводить нові незнайомі для дитини рухи з об'єктами. Моделювання партнером дій дитини супроводжується коментуванням дій, які моделюються. Коментування дають дитині натяк, що потрібно імітувати дії, які виконує партнер. Коментування відрізняється від словесних інструкцій, таких як: повтори за мною, зроби так, підними м'яч, брязкальцем. Коментування не є прямою вказівкою, коментарі можуть варіюватися і відповідно дають більше свободи для спонтанності та самостійності

дитині в імітації. Після дій з об'єктами, дитину вчать імітувати описові жести: конвенційні (знизування плечима – «я не знаю»), афективні (потирання рук – означає очікування чогось бажаного), жести опису об'єктів, властивостей та рухів (тримання рук в сторони для опису величини). Моделювання жестів потребують відповідного контексту, який спонукає до спонтанного використання жестів дитиною.

4. Фізична допомога. Партнер фізично допомагає дитині імітувати змодельовану дію якщо вона не імітує спонтанно. Фізична допомога: дає дитині зрозуміти, що від неї хочуть щоб вона зробила; забезпечує формування моторного плану руху, який треба виконати; спонукає до імітації в майбутньому через негативне підкріплення (коли фізична допомога для дитини є неприємною).

5. Підкріплення. Партнер хвалить дитину після успішної імітації і дозволяє їй продовжувати гратися з іграшками. Тобто, через позитивне соціальне підкріплення (похвала) та позитивне матеріальне підкріплення (доступ до цікавих для неї матеріалів) повинні закріпити імітаційну поведінку дитини.

6. Почерговість використання технік. Партнер втілює почергово техніки тренінгу імітації в середньому кожної хвилини протягом гри з нею. Як тільки дитина успішно зімітувала партнера, він повинен повернутися до імітації дитини та використання словесного супроводу. Це вчить дитину взаємній ігровій діяльності: вести за собою партнера по грі, а потім слідувати за його ініціативою. Це повинно розвивати соціальні компоненти імітації.

Тренінг включає наступні техніки та принципи:

- якщо після кількох представлень руху дитині вона не імітує, слід вербально та фізично спонукати її до імітації;
- при навчанні імітації рухам з об'єктами використовується два подібних об'єкта, один з яких знаходиться у дитини;
- використовувати опис руху, який дитина повинна імітувати, в якості помічного фактора;
- демонструвати дитині рухи слід в такий спосіб щоб дитина чітко могла їх помітити;

- використання часу очікування (слід дати дитині можливість імітувати рухи спонтанно);
- для того щоб навчити дитину імітувати слід дуже часто імітувати її поведінку.

Дослідження присвячене перевірці ефективності тренінгу взаємної імітації проведено на групі аутичних дітей (21 дитина) віком від 27 до 47 місяців дало позитивні результати. Половина із досліджуваних піддавалися тренінгу взаємної імітації по 3 години кожного тижня протягом 10-ти тижнів. Діти контрольної групи відвідували звичайні заняття. Після повторного вимірювання імітаційних здібностей виявилось, що діти які пройшли тренінг взаємної імітації набули значно більшого розвитку здібностей спонтанної та ініційованої імітації, імітації рухів з об'єктами та імітації жестів [53].

Навчання аутичних дітей імітації за допомогою тренінгу взаємної імітації може реалізовуватися трьома різними шляхами:

- 1) Реалізація тренінгу взаємної імітації терапевтом;
- 2) Розвиток імітаційних здібностей аутичних дітей через батьків;
- 3) Розвиток імітаційних здібностей аутичних дітей через сиблінгів.

Кожен із вказаних способів втілення тренінгу взаємної імітації проходив процедуру емпіричного дослідження перевірки ефективності. Розглянемо процедуру та результати детальніше.

Реалізація батьками. Трьох аутичних дітей (31-42 місяці) діагностували на рівень використання спонтанної імітації до та в кінці навчання їхніх матерів технікам (імітація дій дитини та рухів, словесний та звуковий супровід поведінки дитини, моделювання рухів, спонування до імітації, винагородження імітаційної поведінки) тренінгу взаємної імітації, і через один місяць після завершення тренінгу. Результати дослідження показали, що аутичні діти покращили частоту спонтанної імітації дій з об'єктами після навчання матерів технікам тренінгу навіть через один місяць. Матері дітей після проходження тренінгу частіше стали

застосовувати техніки імітації та частково продовжували застосовувати їх через один місяць.

Імітація поведінки аутичних дітей як метод корекції розвитку.

Батьки та педагоги, які працюють з аутичними дітьми, часто забувають наскільки важливо імітувати поведінку дітей.

Неодноразові результати досліджень показують, що як дорослі так і діти різного віку поводяться більш соціально у відповідь на імітацію їхньої поведінки іншими. Так, в одному із досліджень, люди дорослого віку після того як їх імпліцитно імітували проявляли більше про-соціальної поведінки (піднімали з землі речі які були впущені з рук інших, давали більше грошей на благодійність) ніж ті учасники яких не імітували. Про-соціальна поведінка спостерігалася не тільки відносно безпосередньо тих людей, які їх імітували але й до інших сторонніх людей.

В іншому дослідженні учасники поведінка яких імітувалася співрозмовником оцінювали якість соціальної взаємодії та партнера по спілкуванню більш позитивно ніж учасники контрольної групи поведінка яких не імітувалася.

14-ти місячні діти дивляться більше на того дорослого та посміхаються йому, який імітує їхню поведінку ніж дорослий який не імітує але виконує ситуативно-доречну поведінку.

В дослідженні 24-х місячні діти були більш схильні повторювати свої дії і дивитися на обличчя дослідника коли він імітує їхні дії з об'єктом порівняно з тим коли він виконує іншу дії з тим самим об'єктом.

Дослідження 18-ти місячних дітей виявило, що діти демонструють більше про-соціальну поведінку коли їх імітують. В цьому дослідженні використовувалася експліцитна імітація, тобто переважно всі діти були свідомими того що їх поведінка імітується. Так, діти яких імітували більше допомагали збирати впущені на підлогу палиці, відчиняти двері дорослому у якого були зайняті руки ніж діти контрольної групи поведінка яких хоча і не імітувалася але були залучені в не менш дружню взаємодію з дорослими перед ситуацією

«допомоги». Досліджувані яких імітували проявляли про-соціальну поведінку в рівній мірі як відносно дослідника який їх імітував так і відносно іншого дослідника.

В дослідженні більш старших дітей (5-6 років) було виявлено, що діти відповідного віку з більшою довірою ставляться до дорослого який імітує їхню поведінку. Кожна досліджувана дитина із 32 по-крокову процедуру взаємодії з двома дорослими та асистентом. Спочатку асистент запитував дитину і дорослих яка із набору картинок їм подобається. Потім асистент задавав їм ряд запитань, які не мали правильної чи не правильної відповіді. Один із дорослих весь час імітував відповіді та вподобання дитини тоді як інший давав незалежні відповіді. Після цього спочатку дорослим пропонували подивитися та вибрати одну із ідентичних коробок але з різними іграшками в середині, а потім давали шанс дитині вибирати. Вибір дитини повинен був стати індикатором того чи буде дитина більше довіряти оцінці вмісту коробки дорослим який її імітував чи ні. Також, рівень довіри оцінювався в завданні коли спочатку дорослих просили дати відповідь на запитання яке не мало правильної відповіді, а потім дитину. Так, 14 дітей із 32-х проявили довіру в обох завданнях до людини яка імітувала їх, 10 дітей проявили довіру в одному із завдань і лише 4 дитини не повторили відповідей імітатора в жодному із завдань.

Дослідження взаємозв'язку імітації та соціальної взаємодії показало, що досліджувані які були налаштовані на соціальну взаємодію за допомогою методу семантичної підказки (словами: друг, разом, партнер, приєднуватися) частіше вдавалися до імітації інших людей. В іншому дослідженні діти п'ятирічного віку, які були налаштовані до взаємодії через ситуацію в якій їм було вигідно кооперувати імітували дії інших більш деталізовано.

З досвіду роботи із аутичними дітьми можна сказати, що діти часто з подивом реагують на ситуацію коли їх рухи (чи вокалізації) імітуються. Коли дорослий імітує рухи дитини він наче пропонує дитині пограти в гру, хоча для неї незрозумілу але цікаву (подив свідчить про зацікавленість дитини). Виконання руху породжує потік інформації від органів чуття так коли дитина, наприклад,

здійснює рух вона візуально спостерігає за його виконанням, а коли вокалізує – одночасно слухає. Відповідно коли дитина бачить чи чує, що її імітують нова інформації проникає в її свідомість – вона отримує практично ті ж самі відчуття від органів зору та слуху, при цьому вона помічає що її власні рухи не мають до них відношення.

З'являються перші дослідження ефективності імітації дітей з аутизмом в якості методу корекційного втручання. Експерименти показують, що діти з розладами аутичного спектра демонструють більше соціальної поведінки тоді коли їх імітує дорослий ніж тоді коли дорослий взаємодіє з ними в інший спосіб. Також, аутичні діти більше проявляють соціальний інтерес відразу після того як їх імітують ніж після інших реакцій на їхню поведінку.

Розвиток психомоторної сфери у дітей з аутизмом в онтогенезі.

В загальному, фізичні вправи є важливими для покращення фізичного та психічного здоров'я.

Для людей із розладами аутистичного спектра одним із найбільш ефективних методів є фізичні вправи. Інтенсивні заняття фізичною культурою асоціюються із зменшенням стереотипної поведінки (само-стимуляції), гіперактивності, агресії, само-ушкодження, деструктивності.

Інтенсивна програма фізичних навантажень передбачає не менше ніж 20 хвилинні заняття, 3-4 рази на тиждень. Багато аутичних дітей, які ведуть не активний спосіб життя швидко набирають вагу, що тягне за собою інші проблеми.

Навіть при відсутності очевидних психомоторних порушень аутичній дитині необхідним є певне фізичне навантаження для підтримки психофізичного тону, нормального розвитку м'язової та опорно-рухової системи та зняття психоемоційної напруги [53].

Досвід роботи та неодноразові випадки підтверджують, що психолого-педагогічна корекція психомоторної затримки при аутизмі є можливою, аж до відповідності абсолютній нормі.

Психолого-педагогічна корекція психомоторного розвитку при аутизмі:

1. Корекція порушень пов'язаних з етапом психомоторного розвитку – «рухова активність на рівні відчуттів»

Перші хаотичні рухи дитини це боротьба за виживання, спроба пристосуватися до нового середовища в яке вона потрапила. Для неї виявляється незнайомим не тільки навколишнє середовище, а й власне тіло, організм. В перші місяці життя дитина має справу з масою недиференційованих відчуттів: зорових, слухових, тактильних, смакових, нюхових, температурних, больових, вібраційних, кінестетичних та статичних. На першому етапі перед дитиною постає завдання в диференціації та інтеграції відчуттів, у формуванні сенсорного досвіду. Поступово рухи дитини стають навмисними. Дитина своїми рухами намагається відновити попередні відчуття, наприклад, рух очей до привабливого об'єкту, рух руки до рота. Період сенсорної інтеграції та операційної консолідації (поступове перетворення хаотичних рухів в узгоджені рухи, спрямовані на досягнення цілі) триває протягом перших чотирьох місяців життя дитини.

Дитина народжується з готовою системою безумовно-рефлекторних реакцій, які на перший час забезпечують функціонування, адаптацію дитини. Найважливішими з них є ті, що регулюють внутрішнє середовище організму – дихання, кровообіг, температуру тіла. Не менш важливими є ті безумовні рефлекси які проявляються у вигляді рухової активності. Наприклад, рефлекс смоктання – дитина починає здійснювати смоктальні рухи, як тільки який-небудь предмет потрапляє їй до рота; захисний рефлекс – зажмурює очі при яскравому світлі, кашляє, чхає, мигає; повертання очей і голівки у бік джерела світла. До атавістичних безумовних рефлексів (засоби пристосування на більш ранніх етапах філогенезу) належать: рефлекс чіпляння – у відповідь на тактильне подразнення долоні новонародженого, він чіпляється за предмет яким подразнювали і утримує свою вагу; рефлекс Моро – якщо різко опустити дитину вниз, її руки автоматично зводяться вгору, розкриваються і притискаються, ніби намагається вхопитись за щось при втраті рівноваги; рефлекс повзання – якщо покласти дитину на поверхню животом вниз і прикласти дощечку або долоню до підошви її ніг, то вона буде відштовхуватися і рухатися вперед; рефлекс плавання – потрапивши в

воду дитина починає робити рухи, що дозволяють їй плавати. Вправління безумовних рефлексів триває протягом першого місяця життя.

Цієї системи безумовних рефлексів не достатньо для пристосування до мінливого середовища. Тому на базі наявних (безумовних рефлексів) виникають умовні рефлекси. Одним з перших на четвертому тижні життя з'являється умовний рефлекс на положення при годуванні. Перші умовні рефлекси це і є прості, елементарні навички. Коли дитина ссе грудь, вправність її поступово зростає; якщо її розмістити в стороні від грудей, вона знайде зручну позицію і буде знаходити її все швидше і швидше, вона може ссати все, що підвернеться, однак при цьому швидко відмовляється від пальця, але не відпускає грудь.

Як вже було сказано, в перші місяці дитина виявляє хаотичну рухову активність, але у неї з'являється слухове і зорове зосередження вже на другому тижні життя. У перше півріччя життя першочерговим завданням для дитини виступає набуття сенсорного досвіду. Однорідне середовище, в якому перебуває дитина, її знаходження в одному місці, в одному положенні тіла є негативними факторами розвитку і, навпаки, насичене яскравими кольорами, звуками, тактильними відчуттями середовище, сприяє розвитку сенсорики. Аутична дитина може бути негативно налаштованою на зміну звичних для неї умов перебування. Але це не означає, що зміни негативно впливають на неї. Вона потребує більше часу, щоб освоїти нове, і різка зміна заплутує її, вона відчувається невпевнено. Тому пропонування дитині нових якостей відчуттів повинно відбуватися поступово, слід дати їй можливість довше взаємодіяти з тією чи іншою якістю. А з іншого боку, вчасно переключати на нову, уникаючи, таким чином, хронічних ауто стимуляцій. Інколи для того щоб аутична дитина зробила крок в сенсорному пізнанні світу слід пропонувати дитині «над дозу» сенсорних відчуттів, які вона отримує в ауто стимуляціях.

Діти з аутизмом можуть знаходитися на цій стадії психомоторного розвитку в більш пізньому віці або мати певні психомоторні проблеми, вирішення яких повинно було відбутися в перше півріччя життя. Наприклад, таке характерне явище у дітей з аутизмом, як гримасоподібні вирази обличчя, можна пояснити як

хаотичне напруження м'язів обличчя, тоді як міміка – це узгоджена робота лицевих м'язів. Дитина ніби грається з кінестетичними відчуттями, що обумовлено складністю інтеграції даного сенсомоторного досвіду; наприклад, того, що напруження певних м'язів обличчя тягне за собою підтягування, опускання інших частин обличчя, розслаблення, розтягування інших м'язів. Для того щоб зрозуміти те що відчуває дитина в такому стані, його можна порівняти із занімінням певних частин тіла внаслідок обставин, наприклад, після анестезії (в кабінеті стоматолога), коли відчуття здаються дивними, що викликає бажання рухати цією частиною тіла чи торкатися до неї, ніби з'ясувати, що з нею не так.

У аутичної дитини ауто стимуляція – це не тільки намагання засвоїти сенсорну інформацію, а й форма захисту від нового. Тому дорослий повинен чітко розрізняти, бачити коли дитина ауто стимулює себе, щоб розібратися з незнайомими відчуттями, а коли ауто стимуляція вже має виключно захисну функцію. Якщо дитина при певних ауто стимуляціях вже час від часу проявляє інші (можливо вищі) форми поведінки, слід прикласти зусилля на перенесення стереотипної поведінки на цю нову форму активності, що з'явилася.

Зважаючи на таку типову для РАС ознаку, як складність пристосування до нового, слід, починаючи вже з перших місяців (перших етапів розвитку психомоторики), готувати її до того, що мінливості середовища ніяк не уникнути. Помилковим буде підхід, який передбачає ізолювання аутичної дитини від всього того, що їй не до вподоби (яскраве світло, водне середовище). А з іншого боку, безкомпромісне занурення дитини в нові для неї подразники, сформує у дитини ще міцніші форми захисту (різноманітні ауто стимуляції, відчуження), що гальмує її розвиток. Дорослий повинен знайти тонку грань між обома крайнощами.

1. *Корекція порушень пов'язаних з долокомоторним етапом психомоторного розвитку.* Починаючи з 4(6) місяця дитина вже маючи певний сенсорний та моторний досвід, зафіксований в перцептивно-рухових схемах, проявляє інтерес до зовнішніх об'єктів середовища. У дитини з'являється здатність схоплювати предмет руками. Це свідчить про те що вона сприймає світ не як сукупність сенсорних відчуттів, а як сукупність об'єктів (однак, які ще не

виступають для неї субстанційними – незмінними). Оскільки хапання (не плутати з рефлексом чіпляння) це рухова активність не з сенсорними відчуттями, а із сприйнятими об'єктами (рухова активність на рівні сприймання як психічного процесу).

Хоча формування схем сприймання (шляхом інтеграції відчуттів) розпочинається з самого народження деякі властивості сприймання з'являються не одразу. На рівні характерному для перших двох стадій (безумовні рефлекси та елементарні навички), не можна говорити про спільний простір для різних полів сприймання: тут існує стільки різнорідних між собою просторів, скільки і якісно відмінних полів (смакове, візуальне, тактильне та ін.). І тільки на третій стадії розвитку, (сенсомоторного інтелекту, за Піаже) взаємна асиміляція цих різноманітних просторів стає систематичною.

Рухова активність дитини на стадії сприймання об'єктів стає ще більш навмисною. Дитина випадково потягнувши за шнурок, який прив'язаний до брязкальця над її колискою, тягне ще раз і ще раз для того, щоб почути цікавий для неї звук (тобто, сформована сенсомоторна схема «хапаю за шнурок – чую цікавий звук»). Але при виникненні будь-якого цікавого для дитини звуку, вона тягне за шнурок, прив'язаний до брязкальця (недосконалість сенсомоторної схеми).

До початку другої половини першого року життя дитина здобуває здатність до пози тіла. До цього часу тулуб дитини знаходився переважно в лежачому положенні, тоді як її кінцівки здійснювали лише все можливі “холості” рухи. Дитина набуває здатності сідати, лягати, сидіти, перевертатися на живіт, а трохи згодом – вставати і стояти. Це забезпечується правильним розподілом м'язового тону.

Починаючи з 5-го місяця дитина проявляє перші надбання узгодженої роботи м'язів тіла. З цього часу аж до кінця першого року життя слід робити акцент на пізнання власного тіла його можливостей та управління ним поки що безвідносно до простору. У дитини природно виникає бажання підняти голівку, повернутися на інший бік, потягнутися рукою, зайняти положення сидячи.

Оскільки, реалізувавши одного разу рух і отримавши бажане, дитина йде далі, нею керує пізнавальний інтерес, вона ніби передбачає, що може адаптуватися, знайти комфортну для себе ситуацію. Подібна характеристика може бути притаманна аутичній дитині, яка фізично далеко вийшла за відповідні вікові рамки. Мотивацію маніпуляції власного тіла слід підтримувати, незважаючи на те, що поведінка, нею обумовлена, здається примітивною.

Корисною для дитини буде гімнастика та різноманітні вправи коли дорослий активно рухає кінцівками, тулубом, голівкою дитини. При цьому дорослий повинен відслідковувати рухові імпульси дитини, спрямовані на виконання руху, який здійснює дорослий маніпулюючи тілом дитини, або на опір такій маніпуляції. Опір також слід вважати певною активністю дитини – напруження м'язів, як правило кількох, для того, щоб досягнути бажаного (уникнути небажаного руху), що є умовою психомоторного розвитку. Через маніпуляцію частинами тіла дитини можна відкривати для неї рухи і те, до чого вони можуть призводити. Дорослий в ході маніпуляції повинен стимулювати дитину до пізнання її власного тіла. Допомогати дитині обмацувати руки, ноги, голову, живіт.

Формування здатності до зайняття поз тіла – сидіння, стояння на колінах, спираючись на руки або без опори, стояння на ногах, спираючись на руки або самостійно, та ін., повинно в різноманітний спосіб стимулюватися дорослим. Наприклад, класти дитину в незручне для неї положення, навіть якщо це призведе до незначного падіння. Іншим стимулом може бути, наприклад, цікавий об'єкт, до якого наче можна дотягнутися, але для цього потрібно підвестися, витягнути руки, опертися на ручки. Для дітей цього віку цікавими є предмети, звуки, які контрастують із звичним середовищем.

2. Корекція порушень пов'язаних з етапом рухової активності на рівні просторового поля.

На відміну від попередньої стадії акцент моторного розвитку робиться на взаємодії дитини з навколишнім простором та об'єктами, тоді як на попередніх

етапах відбувався процес оволодіння власним тілом дещо безвідносно до переміщення у просторі.

Основне завдання етапу – формування та відшліфування рухів взаємодії з простором та його об'єктами. До таких рухів належать: 1) ходіння, біг, повзання, лазання, плавання, стрибки, ходіння з одночасним штовханням та протягуванням предметів (все що стосується переміщення тіла в просторі); 2) рух взяття, хапання, ловля предметів в русі, пересування та перекладання предметів, перенесення предметів, запихання, вдавлювання, досягання, намотування, підйом тягарів, натягування; 3) силові ударні рухи, металльні рухи, метання та кидання предметів в ціль, відбивання предметів; 4) імітаційні та копіювальні рухи (змальовування, повторення рухів іншого та ін.).

Подальший розвиток моторики відбувається за рахунок розширення рухових засобів для досягнення певного результату, шляхом активного експериментування дитиною з рухами та їх наслідками (руховими схемами). Наприклад, відкривши траєкторію падіння об'єкту, дитина буде прагнути кинути його різноманітними способами чи з різних вихідних позицій.

Починаючи з 2-го року життя, якщо дитина психічно, а не тільки фізично дозріла до стадії локомоторного розвитку, слід розвивати всі можливі переміщення власного тіла та його частин, навколишніх об'єктів в просторі. Якщо для дитини першої та (в якійсь мірі) другої половини першого року життя важливо мати досвід з відчуттями різної якості та кількості, на цій стадії важливо мати досвід взаємодії з різноманітними об'єктами, в тому числі з власним тілом. Аутична дитина може мати пристрасті до певних об'єктів або навпаки необґрунтований для нас страх чи огиду. В такому випадку стереотипну поведінку з предметами (стереотипна маніпуляція) слід поступово розширювати, наприклад, продемонструвати дещо подібний але цікавий рух з предметом.

Аутична дитина, знаходячись на цьому етапі психомоторного розвитку може не розуміти інструкцій для рухових вправ, однак у неї повинна сформуватися здатність до наслідування (наслідування рухів є однією із ознак

локомоторної стадії). Сформоване прагнення та здатність до наслідування дають можливість навчати дитину, доносити до неї суть вправ.

Основними рухами, які повинна засвоїти дитина є ходьба, біг, стрибки, метання, лазіння. Дитина може характеризуватися нерівномірністю в наявних рухових навичках, тому слід концентруватися на тих які менш сформовані або відсутні. Підбір вправ слід здійснювати коректно, враховуючи наявні стереотипи та вподобання.

Вправлення локомоторних навичок виходить за межі даної стадії, тому перелік вправ, нижче зазначених, стосується всіх етапів психомоторного розвитку, починаючи із локомоторної.

4. Корекція порушень пов'язаних з етапом психомоторного розвитку – рухова активність на рівні предметних дій. На третьому році життя у дитини з'являються і починають різко збільшуватися, як по кількості так і по мірі успішності виконання, рухи (дії), які за своєю суттю є предметними. Предметні дії передбачають наявність психологічного образу предмету, який являє собою результат значно більш глибоких узагальнень і значно більш складного синтетичного зв'язку між сенсорними та мнестичними складовими, ніж синтез характерний рівню просторового поля (локомоторного етапу психомоторного розвитку). Головним мотивом рухових актів на рівні дій являється власне не предмет сам по собі як геометрична форма, як щось з певною вагою, консистенцією, а смислова (змістовна) сторона дії з предметом – все рівно, фігурує предмет в цій дії як його об'єкт чи ще й як його засіб.

На рівні дій дитина має доступ до типологічних властивостей об'єкту. Типологією об'єкту слід називати сукупність його якісних особливостей, не пов'язаних з його величиною, формою тією чи іншою кривизною його контурів. До типологічних властивостей лінійної фігури слід відносити наступні: замкнута це фігура чи незамкнута, перетинають її лінії самі себе, кількість кутів та ін. Таким чином, метричні (вага, форма тощо) властивості предмету для предметної дії мають другорядне значення, наприклад, для чашки як об'єкту смислових маніпуляцій неважлива її ширина, висота, притаманність круглої чи

квадратної форми, для неї важливо мати суцільні стінки, ціле дно і ручку — всі ознаки суто типологічні. По цим признакам кожна дитина осмислить чашку, навіть якщо до цього вона ніколи не зустрічала чашок з подібною метрикою, і зможе правильно застосувати її за призначенням.

З цього етапу у дитини спостерігається відмінність між правою та лівою сторонами тіла (рук, ніг) по силі та спритності м'язів. До настання цієї стадії така відмінність відсутня.

Починаючи з третього року життя, до різноманітних рухів з предметами дитині відкривається можливість застосовувати їх за призначенням. Тому, вправи з фізичної культури повинні поступово включати використання предметів за призначенням.

Розвиток предметних дій не є профілем фізичного виховання. Основними засобами для розвитку предметних дій можуть бути заняття в майстерні, із трудового навчання, неспортивні сюжетні ігри та ін..

В такому випадку одним із завдань психомоторного розвитку на цьому етапі стає формування цілеспрямованості моторної активності. Дитина повинна використовувати засвоєні навички на локомоторному етапі для досягнення певного результату, який вимагає довільної регуляції. Інструкція надається в словесній формі, а слово починає функціонувати як засіб розвитку довільності (засіб самоконтролю, саморегуляції).

Загалом всі рухи мають причину: внутрішній стимул – потреба в русі, подразники зовнішнього середовища. Ціль – це специфічний стимул, який дає змогу розрізнати два види поведінкової активності: польову та цільову (вольову). Вольова поведінка є власне активністю, а не реактивністю. Одним із критеріїв активності є відтермінованість у часі наміру та його реалізації.

Як не одноразово стверджується фахівцями при корекції РАС основною ціллю стає формування здатності дитини до довільної організації рухів власного тіла. Спостерігається велика різниця в моторних можливостях аутичної дитини при мимовільних рухах, та при виконанні вправи, коли необхідно свідомо керувати своїм тілом. Тому, при розвитку дрібної моторики, основна допомога

полягає в передачі дитині моторного стереотипу дії, руху. Це досягається маніпулюванням руками дитини при писанні, малюванні чи ліпленні. Цей вид допомоги являється найбільш адекватним через те, що для таких дітей характерні труднощі в довільному зосередженні, які на початку занять роблять, частіше всього, неможливим виконання завдань за зразком, наслідуючи. Надалі, по мірі того як прогресує довільна увага дитини і стають більш впевненими її рухи, слід зменшувати фізичну підтримку її руки. Інколи в процесі відпрацювання графічних навичок дитині вже не потрібна фізична підтримка але вона потребує щоб її лікоть підтримували чи просто доторкнулися до неї для того щоб вона могла включитися, почати виконувати завдання [53].

Розвиваючи цільовий компонент психомоторики слід враховувати:

- Послідовність (від реалізації ситуативного наміру до виконання вправи, алгоритму вправ, алгоритму окремого заняття з фізичної культури, переслідування цілей фізичного саморозвитку);
- Для того, щоб у дитини виникла ціль (намір), вона повинна бути близькою до її потреб; слід орієнтуватися на інтереси та пристрасті дитини;
- Ціль, яку педагог ставить перед дитиною, повинна бути очевидною для неї, дитина має бачити засоби досягнення цілі, мати можливість відслідковувати наближення до цілі;
- Необхідне чітке планування і поступове формування стереотипу заняття;
- Правильно підбирати позитивне підкріплення; необхідно емоційно заохочувати дитину, говорити про те, що з кожним разом у неї виходить все краще і краще;
- Заняття легше проводити, коли всі його елементи пов'язані єдиними сюжетом;
- По можливості використовувати сюжетний коментар, що допомагає довше утримувати увагу дитини на завданні.

Прикладом вправи, яка відповідає деяким із зазначених параметрів, може бути – притягування прив'язаного до одного кінця мотузки предмету (іграшкова

машинка, потяг, предмет, що ковзає по поверхні). Неважко на мить зосередити увагу дитини на предметі, який знаходиться на відстані від неї, потім рукою дитини потягнути за мотузку, предмет наблизився, якщо дитина побачила і пов'язала власний рух з наближенням, слід дати їй можливість самостійно здійснювати притягувальні рухи, по чергово перебираючи руками. Дитина бачить наближення предмету, вона може не мати кінцевої цілі, але вправа завершиться тим, що предмет опиниться поруч з нею. Якщо він виявиться цікавим для неї, вправа набуде ще більш розвивального впливу на довільність. Вагу предметів для притягування, діаметр і довжину мотузки слід підбирати в залежності від психофізіологічних можливостей дитини.

3.5. Корекція порушень пов'язаних з етапом психомоторного розвитку – «рухова активність на рівні діяльності». У старшому дошкільному віці відбувається включення дитини в систему діяльностей: сюжетно-рольова, образотворча, трудова, пізнавальна, театралізована діяльність, рухлива гра тощо. Дитина цього періоду не просто відтворює способи використання предметів, які є закладеними людством, вона активно перетворює, розширює предметність, топологічні властивості об'єктів. Предметні дії з окремими об'єктами переходять до цілісних ланцюгів дій (діяльність), які регулюються певною моделлю, що знаходиться у внутрішньо-психічному плані. Наприклад, гра дитини з іграшковими предметами побуту, використання їх за призначенням, відрізняється від сюжетно-рольової гри, в якій дитина керується наявним в її досвіді прикладом поводження.

В цей період відбувається гармонізація психомоторного розвитку, єдність свідомих процесів і рухових дій (макро- та мікрорухів) з одночасним розвитком усіх пізнавальних здібностей дитини, в результаті чого індивідуальний розвиток іде через перетворення тіла в гармонійну пропорційну досконалу форму. З'являється самостійність у моделюванні індивідуальних дій.

Останній етап психомоторного розвитку в дошкільному віці характеризується оволодінням дитиною складних довільних рухів, які здійснюються відповідно усвідомленої дитиною певної сукупності норм, правил,

ідеально представлених (ментальних) зразків поведінки. Крім цього, дитина на цьому етапі характеризується наявністю змагального мотиву. Іграм, до яких залучається дитина цього віку, властива спільність дій її учасників. Такі ігри передбачають складнішу взаємодію між гравцями, від якої залежить кінцевий результат гри.

Для розвитку спільної діяльності слід починати не безпосередньо із складних ігор, а з вправ, які привчають дитину враховувати іншого: 1) присідання з обручем – дорослий бере обруч і підзиває дітей взятися обома руками за нього навколо, потім голосно рахуючи, дорослий командує – «присіли – встали»; 2) ходьба в колонні тримаючись за палицю чи мотузку – діти встають в колонну, беруться за палицю потім йдуть чи біжать по колу, оббігаючи предмети тощо; 3) ходіння на руках в парі – діти діляться на пари, одна дитина встає на руки, а інша піднімає її ноги, дитина йде на руках, потім змінюються.

Спільна діяльність не просто передбачає врахування іншого, а й «сукупність» зусиль, спрямованих на досягнення спільної мети. Для розвитку навиків до спільної діяльності можуть бути використані наступні рухливі ігри:

1. Спільне притягування предмету. Діти загрузають возик, який прив'язаний мотузкою, потім разом беруться за інший кінець мотузки і притягують його до себе, розгрузують. Вага возику повинна бути такою щоб діти тільки приклавши спільних зусиль могли притягнути його.

2. Катання одне одного. Діти діляться на групи по троє, кожна група має по возику, одна дитина сідає у возик, інша тягне возик і ще інша – штовхає його; потім міняються позиціями.

3. Перенесення предметів. Діти діляться на пари, кожна пара має ноші, діти загрузають ноші іграшками і переносять їх в іншу частину кімнати, і висипають.

4. Качання пресу в парах. Діти діляться на групи по двоє і качають прес по-черзі. Тоді коли одна дитина качає прес – інша тримає її ноги, а потім міняються. Якщо дитині важко підніматися вона може триматися за руки тієї дитини, яка сидить на її ногах.

В цьому віці для дитини відкриваються мотиви конкуренції що дає нам змогу розширювати арсенал засобів впливу на розвиток психомоторної сфери. Мотив конкуренції є надзвичайно вагомим рушієм розвитку.

4. Родинне виховання дітей раннього віку з аутизмом (Сухіна І.В.).

З урахуванням вимог сьогодення, система раннього втручання створює умови для розвитку і корекції дитини раннього віку з аутизмом з метою підготувати її до подальшого навчання і соціалізації.

Як вище згадувалось, система раннього втручання будується з урахуванням родинно-орієнтованого підходу. Родинно-орієнтований підхід дозволяє розглядати сім'ю у якості системоутворюючої детермінанти в соціально-культурному статусі дитини, що визначає її подальший психофізичний і соціальний розвиток [59].

Сім'я є унікальною мікросоціальною структурою, що сприяє формуванню моральних якостей, ставлення до світу людей, уявлення про характер міжособистісних і соціальних взаємодій.

У цьому контексті родинно-орієнтований підхід передбачає системні перетворення в межах родини. Послідовна і цілеспрямована робота з батьками має спрямовуватися на підвищення батьківської компетентності, психологічну допомогу власне батькам та на створення розвивального середовища для дитини [59].

Актуальність розробки родинно-орієнтованого підходу у межах комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом обумовлена тим, що родина, у якій виховується дитина з аутизмом на даний момент не виконує роль базової структури, що здатна забезпечити максимально сприятливі умови для її оптимального розвитку і навчання. Так, у багатьох сім'ях не тільки не створені адекватні умови для розвитку дитини з аутизмом, але і, навпаки, родинна ситуація деструктивно впливає на особистість дитини [59].

Така внутрішньосімейна атмосфера виникає в результаті наступних причин:

- високого рівня психічної травматизації членів родини, як наслідок народження дитини з особливостями у розвитку;
- відсутність необхідних психолого-педагогічних знань у батьків;
- інколи несприйняття дитини, що обумовлено особистісними

особливостями батьків або їхніми культурно-ціннісними орієнтаціями у ставленні до своєї дитини.

Відмічається, що у якості травмуючого фактора, який визначає особистісні переживання батьків дітей з відхиленнями у розвитку, виступає комплекс психічних, рухових і емоційно-особистісних розладів їхніх дітей. Вираженість порушень, їхня стійкість та довготривалість впливають на глибину особистісних переживань батьків, особливо глибоко, якщо вони самі здорові та не мають ніяких психофізичних відхилень [59].

Що стосується родин з аутичними дітьми, зазначимо, що основним травмуючим фактором для батьків є порушення здатності їхньої дитини до встановлення адекватного контакту як з оточуючими, так і з ними особисто. У подальшому ця риса призводить соціально-побутової непристосованості і порушенню соціальної адаптації. Батьки, особливо матері, часто страждають внаслідок відсутності у власної дитини потреби подивитися в очі, поговорити, обійняти тощо.

Холодність і байдужність аутичних дітей до близьких часто поєднуються з підвищеною вразливістю і емоційною чутливістю. Діти можуть лякатися різких звуків, підвищеного голосу, зауважень на свою адресу. Це ускладнює їхню взаємодію з родиною і потребує постійного створення спеціальних умов для їхньої життєдіяльності [59].

Відмічається, що особлива недостатність енергетичного потенціалу травмує особистість батьків, підвищує їхню вразливість і дуже часто перетворює батьків, особливо матерів, у емоційних донорів для своєї дитини.

Дослідження сучасних обставин, у яких перебувають батьки дітей із порушеннями розвитку, засвідчують наступне:

1) батьки стикаються з низкою психологічних проблем (сильні переживання, стреси, депресія, відчуття втрати смислу життя тощо), для вирішення яких їм потрібна психологічна підтримка й допомога;

2) у більшості таких родин складаються дисгармонійні відносини; у них встановлено жорсткі рольові позиції, що перешкоджають розвитку не лише

дитини, а й усіх членів сім'ї; часто доводиться спостерігати такі прояви батьківського ставлення, як виражена надлишкова опіка, суперечливість, непослідовність у поведінці щодо дитини;

3) сім'ї з дітьми з аутизмом часто живуть в ізоляції, тому вони особливо потребують спілкування одне з одним; спілкування дає можливість позбутися почуття самотності та відокремленості, а також долучитися до спільного пошуку шляхів вирішення загальних проблем; надалі таке спілкування може перерости у формування згуртованої групи батьків, які здатні організувати максимальну допомогу своїм дітям;

4) типовою є інформаційна депривація батьків, викликана браком літератури з проблем навчання й виховання дітей з аутизмом, яка б зорієнтувала їх щодо оптимальних засобів взаємодії з дитиною удома, а також методів її розвитку й навчання; нині ж такої інформації забагато, і батькам складно самостійно визначити, які з відомостей вірогідні [56-59].

У багатьох сім'ях, на жаль, не лише не створено адекватних умов для розвитку дитини з аутизмом, а й, навпаки, родинна ситуація деструктивно впливає на особистість дитини.

Ряд досліджень виявляють пряму залежність впливу родинного фактору на особливості розвитку дитини; чим сильніше проявляється сімейне неблагополуччя, тим більше виражені порушення у розвитку дитини [3-7; 27]. Це необхідно враховувати при розробці системи родинного супроводу аутичної дитини в межах комплексної психолого-педагогічної допомоги.

Адже надання психологічної допомоги сім'ям з аутичними дітьми дозволяє через оптимізацію внутрішньосімейної атмосфери, гармонізацію міжособистісних, подружніх, батьківсько-дитячих і дитячо-батьківських стосунків вирішити проблему комплексної допомоги дитині з розладами аутичного спектра.

Потреба у наданні спеціальної психологічної допомоги родинам, які виховують аутичних дітей виникає внаслідок чисельних проблем з якими вони повсякчас стикаються. Важливого значення набуває створення сприятливого корекційно-розвивального родинного середовища для дитини з аутизмом. Це

потребує від батьків певного обсягу знань, що сприятиме кращому розумінню потреб і можливостей дитини. Вони повинні володіти практичними навичками, які дозволять адекватно спілкуватися з дитиною і ефективно її розвивати.

Разом з тим, допомоги потребує і сама родина. Спеціальна психологічна допомога необхідна батькам аутичної дитини для нейтралізації тих психологічних проблем, які виникають внаслідок їхніх особистісних переживань, пов'язаних з порушеннями у розвитку власної дитини.

У цьому контексті особливої важливості набуває виявлення ставлення батьків до дитини і її порушення. Так, виокремлюють п'ять категорій, що характеризують ставлення батьків до дитини з особливостями психофізичного розвитку: прийняття дитини і її особливостей; реакція заперечення дефекту; реакція надмірної опіки, захисту та протекції; приховане несприйняття і відсторонення; відкрите несприйняття і відсторонення (В.Соммерс) [38; 59].

Детальніше розкриємо наведені категорії. Прийняття дитини. Батьки приймають дитину, об'єктивно оцінюють дитину і виявляють «справжню» відданість; немає неприязні і почуття провини. Головний девіз – необхідно досягти якнайбільше там, де це можливо.

Реакція заперечення дефекту. Батьки внутрішньо заперечують наявність дефекту, хоча зовнішньо намагаються його подолати. У планах стосовно майбутнього своєї дитини (освіта, професія) – не визнають обмежень; наполягають на досягненні високих результатів (завищують планку).

Надмірна опіка, захист і протекція. Батьки сповнені співчуттям і жалем, що призводить до гіперопіки. У такому випадку дитина стає об'єктом гіпертрофованої материнської любові; батьки намагаються все зробити за неї, і як наслідок, дитина залишається на інфантильному рівні.

Приховане несприйняття і відсторонення. Батьки внутрішньо визнають порушення, але соромляться його; спостерігається внутрішня «відраза», хоча зовнішньо її не виявляють.

Відкрите несприйняття і відсторонення. Батьки усвідомлюють свої ворожі почуття і звертаються до різних форм захисту, звинувачуючи лікарів, педагогів, психологів тощо.

Перші два типи дослідників вважає позитивними, оскільки дитина бере участь у житті сім'ї і суспільства, що забезпечує її розвиток. Третій тип викликає порушення особистісного розвитку, але позитивний результат все ж таки можливий. Четвертий і п'ятий – безумовно негативні реакції, які заважають розвитку особистості дитини.

Проте до таких станів батьки приходять поступово, відчуваючи різноманітні реакції: заперечення, гнів, почуття провини, емоційну адаптацію. Рядом дослідників вирізняються чотири фази психологічного усвідомлення факту народження дитини з порушеннями (Т.Г. Богданова, Г.Г. Гузеєв, Д. Льютеман і Є.Шухард та ін.)

Перша фаза характеризується відчуттям розгубленості і страху; відчуттям власної неповноцінності, безпорадності і відповідальності за долю своєї дитини.

Друга фаза – відмова від поставленого діагнозу і негативізм. Ця фаза спрямована на те, щоб зберегти певний рівень надії або відчуття стабільності сім'ї. Більшість батьків приймають діагноз, але при цьому мають невиправданий оптимізм щодо прогнозу розвитку і можливостей вилікуватися.

Поступово батьки починають приймати діагнози і розуміти його зміст, що викликає у них глибоку депресію. Цей стан характеризує третю фазу. Батьки відчувають горе, докори сумління і навіть образу.

Четверта фаза – свідоме самостійне звернення батьків за допомогою до спеціалістів, що означає початок соціально-психологічної адаптації. Батьки вже можуть правильно оцінити ситуацію, розпочати керуватися інтересами дитини, встановлювати адекватні емоційні контакти.

Під час консультивання родин з дітьми, що мають особливості розвитку, окрім визначення батьківської позиції щодо дитини і її порушення, необхідно виявляти і тип ставлення батьків до дитини.

Існує думка, що тип дитячо-батьківських стосунків у родині є одним з основних факторів, що формує характер дитини і особливості її поведінки. Зокрема, Е.Г.Ейдемільер виокремлює шість типів сімейного виховання з акцентуйованими рисами характеру і з психопатіями [63].

Гіпопротекція (гіпоопіка) характеризується відсутністю необхідного піклування про дитину. Дитина відчуває себе покинутою.

Домінуюча гіперпротекція передбачає оточення дитини перебільшеною, нав'язливою турботою, що повністю блокує її самостійність і ініціативу; відбувається домінування батьків над дитиною, ігнорування її реальних потреб і жорсткий контроль над поведінкою дитини.

Потураюча гіперпротекція виявляється у бажанні батьків задовольнити всі потреби і примхи дитини, надаючи їй роль кумиру сім'ї. Емоційне відштовхування виявляється у неприйнятті дитини в усіх її проявах. Відштовхування може бути явним (дитині говорять: «Ти мені надоїла, йди звідси, не лізь до мене») і приховано – у вигляді знущань, іронії, висміювання. Жорстокі взаємостосунки можуть проявлятися явно – у вигляді побоїв, або приховано – у вигляді емоційної ворожості і холодності.

Підвищена моральна відповідальність виявляється в тому, що у дитини вимагають виявлення високих моральних якостей з надією на її особливе майбутнє. Батьки доручають дитині опікуватися іншими членами сім'ї.

Неправильне виховання може розглядатися у якості фактора, що підсилює характерологічні розлади дитини. Під акцентуацією характеру розуміють надмірну вираженість окремих рис характеру і їх поєднань, що являють собою крайні варіанти норми. Акцентуйованим характерам властива підвищена вразливість до окремих психотравмуючих впливів [35; 64].

Аналізуючи взаємодію матері і дитини при спільному вирішенні задач, Є.Т.Соколова виокремлюють основні стилі дитячо-батьківської взаємодії: співробітництво; псевдоспівробітництво; ізоляція; конкуренція [60].

Так, співпраця передбачає тип стосунків, в яких потреби дитини враховуються, їй дають право бути самостійною. Допомога надається в складних

ситуаціях, що вимагають участі дорослого. Варіанти вирішення тієї чи іншої проблемної ситуації обговорюються разом із дитиною, приймається до уваги її думка.

Псевдоспівробітництво може здійснюватися в різних варіантах, таких як домінування дорослого, домінування дитини. Для псевдоспівробітництва характерна формальна взаємодія, що супроводжується відвертими лестощами. Рішення досягаються за рахунок поспішної згоди одного з партнерів, що зазнає страх перед можливою агресією іншого.

При ізоляції повністю відсутня кооперація і об'єднання зусиль, ініціативи один одного відхиляються і ігноруються, учасники взаємодії не чують і не відчують один одного.

Для стилю суперництва характерна конкуренція, за рахунок відстоювання власної ініціативи і придушення ініціативи партнера.

Вважається, що лише за умов співпраці, коли при виробленні спільного рішення приймаються як пропозиції дорослого, так і самої дитини, відсутнє ігнорування партнера. Тому даний тип взаємодії спонукає дитину до творчої активності, формує готовність до взаємоприйняття, дає відчуття психологічної безпеки [60].

Існують три патогенних типи виховання (за В.І.Гарбузовим). Неприйняття (емоційне відкидання). Суть цього типу виховання виявляється у надмірній вимогливості, жорсткій регламентації і контролі. Дитина не приймається такою, якою вона є, її починають переробляти. Це роблять за допомогою або дуже жорсткого контролю, або безконтрольно, з повним потуранням. Неприйняття формує у дитини невротичний конфлікт. У самих батьків спостерігається неврастенія. Такі батьки не люблять в дитині «дитини», вона дратує їх своєю «дитячістю». Гіперсоціалізуюче виховання. Виникає на ґрунті відчуття тривоги щодо здоров'я, соціального статусу дитини та інших членів сім'ї. В результаті можуть сформуватися страхи, фобії соціального плану, можуть бути нав'язливі ідеї; виникає конфлікт між бажаним і наявним. Батьки приписують дитині те, що вона повинна хотіти. В результаті у неї виникає страх перед батьками. Батьки

прагнуть придушити прояв природних основ темпераменту. При такому типі виховання діти-холерики стають педантичними, діти-сангвініки і діти-флегматики – тривожними, а діти-меланхоліки стають нечутливими. Егоцентричне виховання спостерігається в сім'ях, де дитина – кумир. Дитині нав'язується уявлення про те, що вона має самодостатню цінність для інших. В результаті у дитини з'являється багато претензій до сім'ї і до світу вцілому, що у подальшому може спровокувати істероїдний тип акцентуації особистості [58; 60].

Поява в родині психічно або фізично неповноцінної дитини завжди пов'язана з сильними емоційними переживаннями батьків; докорінно змінюються їхні життєві позиції. Дізнавшись про народження дитини з відхиленнями у розвитку, батьки відчують суперечливі почуття – від недовіри і небажання погоджуватися з думкою лікарів до повного відчаю.

Виділяються загальні ознаки, що характеризують психологічний клімат родин, які виховують дітей з порушеннями розвитку: батьки відчують нервово-психічне і фізичне навантаження, втому, напругу, тривогу і невпевненість щодо майбутнього дитини; особистісні прояви та поведінку дитини не відповідають очікуванням батьків і, як наслідок, викликають у них роздратування, гіркоту і невдоволення; сімейні стосунки порушуються; соціальний статус родини знижується – наявні проблеми зачіпають не тільки внутрішньосімейні взаємини, а й призводять до змін у її найближчому оточенні. Батьки намагаються приховати особливості розвитку дитини від друзів і знайомих, відповідно коло позасімейного функціонування звужується.

Після народження дитини з відхиленнями у розвитку стосунки всередині родини, а також контакти з навколишнім соціумом дещо спотворюються. Причини порушень пов'язані з психологічними особливостями проблемної дитини, а також із великим емоційним навантаженням, яке несуть члени сім'ї у зв'язку з довготривалим стресом. Багато батьків у даній ситуації виявляються безпорадними. Зокрема, В.В.Ткачова характеризує їхній стан як внутрішній (психологічний) і зовнішній (соціальний) глухий кут. Процес подолання кризового стану протікає своєрідно в кожній родині. Одні батьки повністю справляються з

новою життєвою ситуацією, інші застряють на етапі усвідомлення удару, залишаються в соціальній ізоляції, потребуючи підтримки фахівців [38].

Якісні зміни в житті сімей, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку (у тому числі і з аутизмом), проявляються на наступних рівнях:

- психологічному,
- соціальному,
- соматичному.

Психологічний рівень характеризується тим, що народження дитини з відхиленнями у розвитку сприймається її батьками як найбільша трагедія; стає причиною сильного стресу, що відчуває, в першу чергу матір. Пролонгований стрес деструктивно впливає на психіку батьків і стає вихідною умовою різкої травмуючої зміни життєвого укладу сім'ї.

Соціальний рівень виявляється в тому, що родина стає замкнутою, її контакти різко обмежуються. Вона звужує коло знайомих і навіть родичів з причини характерних особливостей стану і розвитку хворої дитини, а також через особистісні установки самих батьків (страху, сорому). Це випробування також деформуюче впливає на взаємостосунки між батьками хворої дитини. Одним із самих сумних проявів, що характеризують стан сім'ї після народження дитини з відхиленнями у розвитку, є розлучення.

Соматичний рівень. Стрес, що виник у результаті комплексу незворотніх психічних розладів у дитини, може викликати різні захворювання у її матері, ніби запускаючи механізм цього процесу. Виникає патологічний ланцюжок: хвороба дитини викликає психогенний стрес у її матері, який в тій чи іншій мірі провокує виникнення у неї соматичних або психічних захворювань. Таким чином, захворювання дитини, її психічний стан може бути психогенним і для батьків, в першу чергу матерів, провокуючи розвиток невротичних станів [38].

Знання цих особливостей дає фахівцям змогу ідентифікувати стан батьків і дитини. Надалі доцільно спланувати конкретні заходи щодо зміни наявних (поведінкових) стратегій і властивостей батьків на відповідні й ефективніші.

Підґрунтям процесу продуманої й цілеспрямованої допомоги дитині має

стати правильне психологічне налаштування батьків, їхній особливий психоемоційний стан, спрямований на дії, а не на переживання. Якщо в батьків немає можливості долучитися до роботи із психотерапевтом, то таку самопомогу варто надавати в сім'ї. Різновидом такої психотерапії можуть стати задушевні розмови між батьком і матір'ю, коли вони, не приховуючи, розповідають про всі свої страхи і тривоги, пов'язані з дитиною. Перш ніж починати надавати допомогу дитині, потрібно обговорити всі питання і сумніви, усі образи і почуття провини, що не дають спокою[58].

Наступним етапом має стати ухвала батьків по-справжньому любити дитину, не егоїстичною чи обумовленою любов'ю (за щось), а безумовною, орієнтованою на саму дитину, а не на те враження, яке вона справляє на людей. Батьки повинні прийняти дитину такою, якою вона є зараз, а не порівнювати з іншими дітьми і страждати від її невідповідності. Якщо батьки ставляться до стану дитини як до безнадійної трагедії, якщо її вигляд приводить їх до зневіри, якщо саме слово «аутизм» викликає біль і заціпеніння відчаю, то вони не зможуть допомогти дитині. Якщо вони за всяку ціну прагнуть «зробити дитину нормальною», тобто нав'язати їй певні стандарти та змусити їм відповідати, то результати можуть бути катастрофічними. Щоб допомогти дитині, батькам варто (кажучи метафорично) вирушити в «чужий світ», знайти свою дитину, узяти її за руку та вивести з лабіринту. Провідною зіркою в цьому стане саме безумовна любов до дитини, дороговказом – повага до її особистості та бажання зрозуміти. Позбавившись страху, горя й почуття провини, озброївшись любов'ю й терпінням, такі батьки зможуть досягти навіть того, що на перший погляд видається неможливим.

Подружжя Кауфманів, засновники методу Son-Rise (гра слів: sunrise – схід сонця, Son-Rise – «зрощування сина»), або «методу вибору», засвоїли важливу науку: щоб допомогти дитині, вони повинні не удавати спокійних, щасливих і люблячих, а *бути такими* [58].

Третьою сходинкою має стати обговорення ситуації з членами сім'ї, які щодня безпосередньо стикаються з труднощами у спілкування з аутичною

дитиною. Найчастіше поруч перебувають брати і сестри, тому їм потрібно пояснити, у чому полягають проблеми їхніх братика/сестрички та розповісти про ухвалене рішення (у доступній для їхнього розуміння формі). Дуже важливо вести такі розмови з дітьми, оскільки найчастіше батьки приділяють більше уваги хворій дитині, тим самим провокуючи погане ставлення братів/сестер до неї [58].

Але зі схожою ситуацією може стикатися й чоловік, адже коли все життя починає «крутитися» навколо проблеми аутизму, дружина може приділяти чоловікові менше уваги. Так починаються змагання за увагу жінки, що може виявлятися в частих істериках дитини у присутності батька, а в батька – у відчуженості від дитини.

Перешкоджати успішній терапії також можуть люди, які без тями люблять дитину, піклуються про неї, коли батьки на роботі. Це наші дідусі, бабусі, няні. Коли батьки не бачать, вони нишком підгодовують дитину цукерками, бо «вона ж біднесенька зовсім їх не бачить», дозволяють дитині роботи те, що батьки не дозволяють, бо «хто ж іще побалує». Тому вкрай важливо ознайомити всю сім'ю зі своїми намірами відповідним чином турбуватися про особливу дитину [58].

Спостерігаючи за дитиною, Кауфмани ретельно *записували* свої спостереження, будували гіпотези, порівнювали власний досвід із відомостями зі спеціальної літератури. Так вони встановили один із найважливіших принципів – не засуджувати дитину, не порівнювати її з однолітками, не журитися щодо «ненормальності», не оцінювати її поведінку за загально прийнятими стандартами, не примушувати її поводитися «як годиться».

Важливо розвивати в дитини *вміння у власній поведінці орієнтуватися на контекст взаємостосунків з іншими людьми*, зокрема: розуміти статево-рольові стандарти поведінки, мати уявлення про себе в минулому, теперішньому й майбутньому часі; розуміти доступні їй права й обов'язки, формувати відчуття оптимальної дистанції у взаємостосунках із різними людьми; визнавати певні межі припустимої поведінки, регулювати соціально неприйнятні її форми; підтримувати бажання бути визнаною іншими, схвалюваною ними [58].

Треба здійснювати також *корекцію порушень соціально-емоційної поведінки*: відпрацювати її невербальні типи (погляд очі в очі, вираз обличчя, пози й жести), формувати цікавість дитини до людей, різних сфер життя; поширювати її зацікавлення, навчати соціальних правил [58].

Підкреслення й заохочення правильної поведінки дитини, схвальне оцінювання результатів виконаної нею роботи позитивно впливає на формування в неї *почуття самоповаги* та розуміння того, як вона повинна поводитися серед інших людей [58].

Необхідно зазначити, що у такому сенсі комплексна психолого-педагогічна допомога родинам з аутичними дітьми, яка ґрунтується на родинно-орієнтованому підході, полягає в оптимізації внутрішньосімейної атмосфери, гармонізації міжособистісних стосунків членів сім'ї, виробленню адекватної батьківської позиції та стилю виховання тощо.

Залучення батьків аутичної дитини до вирішення завдань її розвитку і навчання – дієвий засіб реалізації індивідуальних програм, які здійснюються в межах комплексного психолого-педагогічного супроводу даної категорії дітей. Батьки дитини з аутизмом є основною ланкою у встановленні контакту між групою супроводу і родиною, що сприяє найбільш повному забезпеченню усіх потреб дитини та налагодженню міждисциплінарної взаємодії. Члени родини можуть надати допомогу у розробці конкретного змісту індивідуальної програми розвитку і навчання своєї дитини, а також, що є не менш важливим, критично оцінити її [59].

Родинно-орієнтований підхід покликаний змінити самосвідомість батьків у бік позитивного сприйняття особистості дитини з аутизмом. Це дозволить батькам набути нового життєвого сенсу, гармонізує міжособистісні стосунки у родинному колі, оптимізує самосвідомість, що сприятиме застосування ними гармонійних моделей виховання. Отже, даний підхід дозволить ефективно задіювати батьків у системі комплексної допомоги дитині з порушеннями аутичного спектра [59].

5. Види моделей надання ранньої допомоги дітям раннього віку з аутистичними розладами (Т.Скрипник).

Комплексні моделі організації психологічної допомоги сім'ям, які виховують дітей з особливими потребами, передбачають взаємопов'язані напрямки: освітню роботу з батьками, корекційні та розвивальні заходи з дитиною, медико-психологічний та психолого-педагогічний супровід сім'ї. Це дає змогу індивідуалізувати підхід до кожної дитини, знижує фрустраційне навантаження батьків і підвищує реабілітаційні можливості сім'ї.

До питання про моделі раннього втручання дотична тема моделей відносно підходів до осіб з інвалідністю. Наразі переважно визнають дві такі моделі: медичну й соціальну. Медична модель визначає інвалідність через наявність і вираженість порушень здоров'я у дитини. Отже, основним напрямком втручання в межах медичної моделі є корекція дефекту або лікування хвороби. Щодо соціальної моделі, то вона наголошує на тому, що до категорії осіб з інвалідністю ті чи інші люди належать лише через наявні в суспільстві стереотипам і організаційні бар'єри.

В останні роки, зважаючи на поступову трансформацію уявлень про інвалідність, реабілітація і абілітація дітей з інвалідністю стала важливим, добре усвідомлюваним компонентом соціальної політики багатьох держав. Під абілітацією розуміють формування нормативних, але з самого початку нерозвинутих, нових для неї можливостей, на відміну від реабілітації, що означає повернення здібностей та можливостей, первісно наявних, але втрачених унаслідок хвороби. І саме психологічна допомога відіграє одну з головних ролей у системі відновлювальних заходів, тому що зміна соціальної ситуації, зумовлена хронічним захворюванням та інвалідністю в дитинстві, призводить до специфічних змін особистості, що формується, і може негативно вплинути на усі сфери психічної діяльності людини. Саме психологічний реабілітаційний потенціал людини з інвалідністю значною, якщо не найбільшою мірою детермінує реабілітаційну стратегію і тактику зовнішнього втручання, потрібна зважена,

багатомірна оцінка цього потенціалу. Реабілітаційні методи та заходи не повинні перевищувати психологічного ресурсу людини на момент початку втручання, але й не повинні залишати приховані резерви у «сплячому», інактивному стані.

Реабілітаційний потенціал визначає ступінь здатності дитини до взаємодії з соціальним середовищем і містить низку її біологічних та психологічних характеристик. За рівнем реабілітаційний потенціал умовно поділяють на високий, задовільний та низький; оцінка рівня у конкретному випадку ґрунтується на показниках обмежень життєдіяльності дітей та вираженості порушень. Установлено, що 69,2 % дітей мають задовільний реабілітаційний потенціал, близько третини (27,9 %) – низький і лише 3 % дітей – високий. Саме вік і реабілітаційний потенціал дитини з особливими потребами визначають її потребу у тривалому догляді та допомозі. На думку Ж.В. Порохіної, саме такий диференціальний критерій, як важкість обмеження життєдіяльності дітей з інвалідністю, може бути використаний під час здійснення соціальної та психологічної допомоги сім'ям у процесі адаптації. Далі, уважає автор, трактування реабілітаційного потенціалу та використання цього показника повинні бути більш широкими, якщо враховувати його роль у процесах соціально-психологічної та соціально-економічної адаптації сімей.

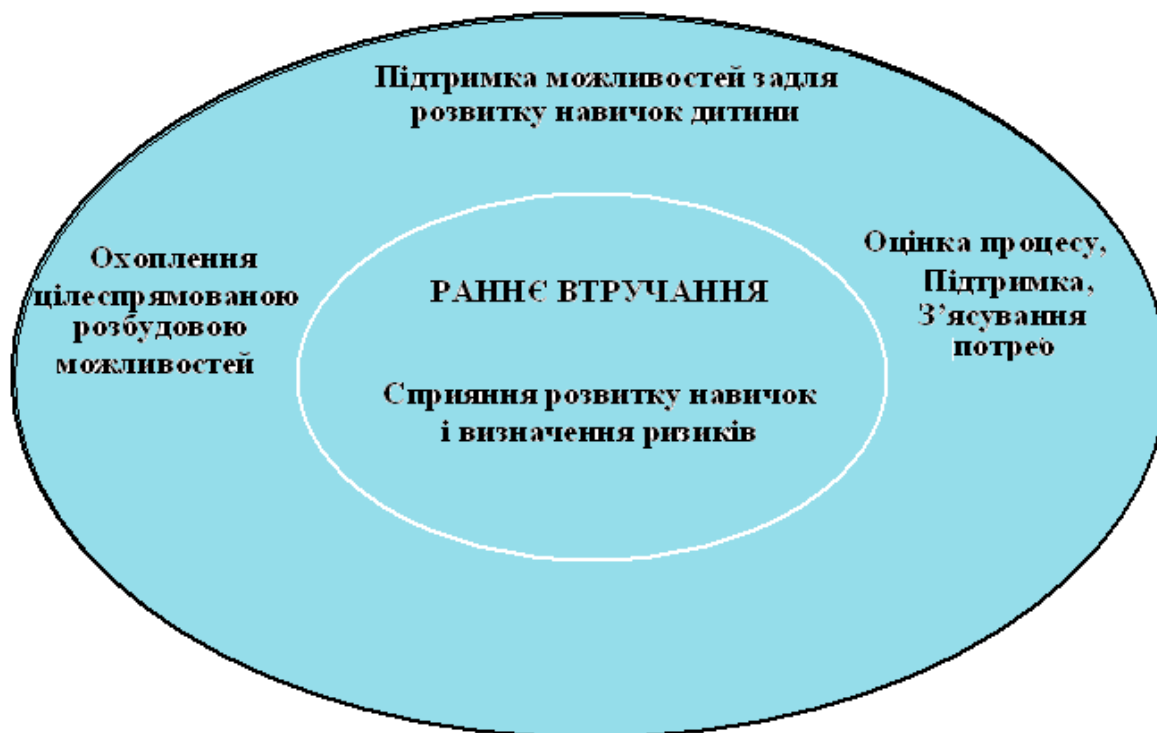
Цікавим видається підхід, який полягає у визначенні реабілітаційного потенціалу сім'ї, який визначається як інтегральна характеристика, що враховує особливості особистісного, міжособистісного та батьківсько-дитячого рівнів функціонування родини неповносправної дитини. Реабілітаційний потенціал сім'ї складається з трьох складових: соціально-економічної, психолого-педагогічної та психотерапевтичної активності сім'ї, які оцінюються за певними критеріями та надає можливість визначати обсяг та зміст заходів медико-психологічного супроводу сім'ї, яка виховує дитину з порушеннями психофізичного розвитку.

Умови життєдіяльності, що постійно ускладнюються, зростання емоційних та інформаційних навантажень, вимоги до психологічного адаптаційного потенціалу особистості (особливо з порушеннями розвитку), спричиняють гостру проблему адаптації до умов особистісно-середовищної взаємодії, профілактики

стресогенних впливів та їх наслідків для особистості, а також підтримки рівня психічного та фізичного здоров'я, необхідного для успішної діяльності. Крім того, довготривалий стрес може призвести до поступового виснаження адаптаційних можливостей та ресурсів особистості і, внаслідок цього, до порушення психічної адаптації, до зриву функціональних систем життєдіяльності та різноманітних розладів у психічній і соматичній сфері. Досить складні і за нормою гнучкі механізми внутрішньої організації життєдіяльності людини надають широкі можливості для пристосування до умов, що змінюються. Загалом висока здатність до пристосування є невід'ємною характеристикою людини, бо вона забезпечує сталість його біопсихосоціальної системи.

Серед інших моделей раннього втручання є такі, як: Комплексна; Натуралістичне (екологічне) втручання; Навчальна; Розвивальна. Так, наприклад, фокус Розвивальної моделі спрямовано на підвищення якості взаємодії батьків та дитини, розвиток батьківської чуйності як засібу заохочення участі дітей в розвивальних заходах і накопиченні нею власного досвіду.

Приклади моделей раннього втручання.





П'яти компонентна модель раннього втручання у природних умовах



На наш розсуд, найбільш дієвою є модель раннього втручання, яка має назву **міждисциплінарна**, адже у ній найбільш повно реалізується сімейноцентрований підхід.

На відміну від мультидисциплінарної моделі (яка найбільш є типовою в Україні), де професіонали працюють незалежно один від одного щодо оцінки, змісту та процесу надання послуг; кожен застосовує досвід і методи або самотужки приймає рішення, **міждисциплінарна** модель реалізує інший формат роботи.

Так, фахівці з різних дисциплін працюють разом колегіально щодо обстеження, планування і надання послуг для дитини та її родини. Акцент робиться на активній співпраці та взаємодії між членами команди, які допомагають один одному, підтримують і співпрацюють, щоб забезпечити гарно скоординовані, комплексні послуги родині. Налагоджено продуктивний зворотний зв'язок для того, щоб зробити зв'язок між фахівцями між собою, а також фахівцями і батьками.

Основна форма надання послуг дитині та її родині у межах служб ранньої допомоги – це психолого-педагогічний супровід як діяльність, спрямована на оцінку (в т. ч. оцінку в динаміці) і підтримку психічного розвитку та психологічного стану дитини, профілактику вторинних порушень, нормалізацію дитячо-батьківської взаємодії і подолання поведінкових проблем. Основний зміст психолого-педагогічного супроводу родини – реалізація індивідуальної програми розвитку дитини, яка складається групою фахівців (групою супроводу, що об'єднує фахівців різного профілю) спільно з батьками за результатами всебічного обстеження, і затверджуються на методичному об'єднанні певного структурного підрозділу Служби ранньої допомоги [57].

Розроблено стандартні вимоги стосовно діяльності в галузі раннього втручання, що реалізують програми допомоги дітям і сім'ям, регламентують діяльність служби раннього втручання з надання допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку або ризиком їх виникнення та їхнім родинам. Ці

стандартні вимоги встановлюють структуру служби раннього втручання, процес побудови і реалізації програм раннього втручання та очікувані результати.

Система ранньої допомоги дітям з особливими потребами та їхнім сім'ям охоплює такі організаційні етапи:

1. Виявлення дітей, які потребують ранньої допомоги (скринінг) та спрямування їх до служби ранньої допомоги.
2. Розроблення та реалізація програм ранньої допомоги: міждисциплінарна оцінка розвитку дитини, диференційна діагностика, робота з родиною і дитиною за індивідуальною програмою.
3. Перехід дитини до дошкільного навчального закладу, супровід дитини і родини: підбір установи; підготовка команди фахівців обраної установи (передача технологій роботи з сім'єю і дитиною, а також передача і коментування необхідної документації з історії роботи з сім'єю), забезпечення переходу дитини з програм служби ранньої допомоги в освітні програми інших установ, взаємодія фахівців служби ранньої допомоги та фахівців обраної установи в період адаптації в ній дитини.

Така система може бути організована тільки на основі продуктивного співробітництва установ охорони здоров'я, освіти, соціальної політики та соціального захисту.

Моніторинг та оцінка ефективності індивідуальних програм розвитку здійснюється міждисциплінарної групою спільно з батьками і з урахуванням їх думки. За підсумками моніторингу та оцінки цих програм відбувається їх перегляд та коригування.

Таким чином, системна рання допомога уможлиблює організацію узгодженої цілеспрямованої і послідовної роботи компетентних фахівців у напрямі всебічного розвитку дитини з аутизмом, з опорою на її ресурси та домашнє середовище як основу оптимального розвитку та навчання. Така робота стає надійним підґрунтям соціального розвитку дитини з аутизмом і її подальшого навчання в загальноосвітньому просторі [57].

6. Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом (Т.Скрипник) .

Однією з найбільш сучасних та ефективних систем допомоги дітям раннього віку з особливими потребами та їхнім родинам, яка широко використовується в світі, є система раннього втручання, що спрямована на ефективне подолання, корекцію і компенсацію відхилень в розвитку у дітей з перших днів життя та супроводу сімей.

Раннє втручання – це система ранньої діагностики і своєчасної, багато в чому превентивної спеціалізованої медичної і психолого-педагогічної допомоги як дітям з порушеннями психофізичного розвитку (або ризиком їх появи), так і батькам цих дітей (Н.Н. Авдєєва, Н.Н. Акімова, Г.В. Кукуруза, С.І. Пихтін; А.В. Старшинова, М. Guralnik).

На жаль, психологічний компонент раннього втручання, на відміну від медичного та корекційно-педагогічного, є найменш розробленим. Недостатньо використовується потенціал психологічної допомоги, спрямованої на пошук та активізацію латентних ресурсів сімейної системи, власних можливостей батьків для розвитку дитини в ранньому віці. При цьому, створення психологічних моделей раннього втручання відкриває нові можливості для надання допомоги сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями психічного розвитку.

Раннє втручання для дітей з РАС – це родинно-орієнтована комплексна психолого-педагогічна допомога дітям з аутизмом раннього віку, у яких виявлено порушення у розвитку, а також родинам, які виховують цих дітей [57].

Рання допомога як система заходів передбачає розроблення і впровадження індивідуалізованого навчання дитини з психолого-медико-педагогічним супроводом в умовах родини, закладів освіти, охорони здоров'я та соціального захисту.

Система раннього втручання базується на міжвідомчому підході, що включає методи та технології медико-соціальної та психолого-педагогічної допомоги дітям раннього віку (від 2-х місяців до 3-х років) з виявленими порушеннями розвитку

(ризиком порушення) та їхнім родинам, підбір адекватних способів взаємодії з дитиною, її виховання і навчання, корекції відхилень у розвитку.

Зазначимо основні організаційні етапи ранньої допомоги для дітей з РАС:

- 1) скринінг дітей;
- 2) реалізація програм ранньої допомоги;
- 3) перехід дитини до дошкільної установи.

Отже, на першому етапі необхідно виявити дітей, які потребують ранньої допомоги та спрямувати їх до служби ранньої допомоги, тобто провести скринінг.

Другий етап передбачає розроблення та реалізацію програм ранньої допомоги: міждисциплінарну оцінку розвитку дитини, диференційну діагностику, роботу з родиною і дитиною за індивідуальною програмою.

Третій етап має на меті перехід дитини до навчального закладу, супровід дитини і родини: підбір установи, підготовку команди фахівців обраної установи (передача технологій роботи з сім'єю і дитиною, а також передача і коментування необхідної документації з історії роботи з сім'єю), забезпечення переходу дитини з програм служби ранньої допомоги в освітні програми інших установ, взаємодію фахівців служби ранньої допомоги та фахівців обраної установи в період адаптації в ній дитини з РАС.

Таким чином, системна рання допомога уможлиблює організацію цілеспрямованої і послідовної роботи компетентних фахівців у напрямі всебічного розвитку дитини з аутизмом, з опорою на її ресурси та домашнє середовище як основу оптимального розвитку та навчання. Така робота стає основою соціального розвитку дитини з аутизмом і її подальшого навчання.

Теоретична основа побудови моделі раннього втручання

Програми раннього втручання спрямовані на допомогу дітям перших трьох-чотирьох років життя з відхиленням або загрозою відставання у психомоторному та соціально-емоційному розвитку (М.М.Малофєєв) [4]. Отже, кожна така програма являє собою систему ранньої діагностики і своєчасної, багато в чому превентивної спеціалізованої медичної і психолого-педагогічної допомоги як дітям з відхиленнями у розвитку, так і їхнім батькам. Головною метою раннього

втручання є ефективне подолання, корекція та компенсація відхилень у дитини з перших років життя. Сучасні уявлення щодо теоретичних підстав раннього втручання ґрунтуються на екологічній теорії, відповідно до якої розвиток є процесом формування систем різного рівня, що забезпечують усе розмаїття макрота мікросоціальних зв'язків дитини. Оскільки повнота, темп та умовна нормативність розвитку перебувають у тісній залежності від сімейного та соціального контексту, таке розуміння є підґрунтям для екологічного аналізу та своєчасної санації факторів ризику раннього розвитку. Такий підхід передбачає, що втручання може охоплювати будь-який рівень системи, а втручання на одному рівні може впливати на інші рівні (Jr. D.V. Bailey, J. Mickael Guralnick).

Створення служби раннього втручання спрямовано на одночасне розв'язання кількох принципових завдань. Діяльність фахівців, зосереджена на віковій групі дітей з вадами розвитку від народження до трьох років, дозволяє забезпечити своєчасний і максимально можливий їхній загальнопсихічний, емоційний, інтелектуальний та фізичний розвиток, і, що є не менш важливим для цієї групи дітей, запобігти формуванню у них вторинних патологій. Як відзначено в багатьох роботах, концепція раннього втручання, на відміну від реабілітаційної концепції, потребує суттєвого перерозподілу пріоритетів в організації професійної ієрархії, де лікар залишається значущою фігурою у команді раннього втручання, але не менше значення мають психолог, педагог, логопед (мовленнєвий терапевт), соціальний співробітник, внесок та відповідальність яких є однаково важливими для розвитку дитини і функціонування родини. Своєчасне виявлення потенціалу малюка з порушенням розвитку, максимально повне врахування конкретних нюансів дає змогу замість «програми взагалі» сформувати індивідуальну, що принципово, сфокусовану на потреби дитини програму її розвитку та навчання, що кардинально збільшує шанси на подальші успіхи в соціалізації (Ю.П.Азаров, Джоан Дж. Зильбах) [4].

Методологічною основою раннього втручання є системний підхід, який забезпечує цілісний погляд на розвиток дитини з порушенням та розглядає можливості й потенціал розвитку дитини в контексті сімейних і більш широких

соціальних відносин. Використання системного підходу в ранньому втручанні дозволяє подолати вузький погляд, орієнтований на реабілітацію та навчання дитини, який існував протягом досить тривалого часу, та передбачає перенесення уваги на її розвиток з урахуванням зовнішніх та внутрішніх аспектів функціонування родини з дитиною раннього віку з порушеннями психомоторного розвитку.

Виходячи з системних позицій, виокремлено характеристики, які змістовно описують раннє втручання як системне явище, а саме: раннє втручання є соціальною, комплексною, ціннісно-орієнтованою та цілісною організаційною системою, що здатна до саморозвитку та саморегуляції й передбачає систему паритетних стосунків.

Функціонування системи раннього втручання як системи, пов'язане зі збалансованим поєднанням вузькопрофесійної та міждисциплінарної діяльності в контексті цілісного розвитку дитини.

У системі раннього втручання представлено певні структурні компоненти, взаємодія та взаємозв'язок яких дає змогу їй функціонувати як цілісна організаційна система. Ця система є відкритою та стимулювальною (не замкненою на внутрішніх процесах); її функціонування стимулює розвиток зв'язків дитини та родини, а також – із соціальним та психологічним оточенням, в цілому.

Так як основна спрямованість раннього втручання – це системний пошук, то відбувається побудова та використання внутрішніх і зовнішніх ресурсів родини та дитини. У цьому контексті раннє втручання можна тлумачити як систему, здатну до саморозвитку та саморегуляції.

Таким чином, принципами раннього втручання як системи психологічного супроводу є орієнтованість на особистість дитини, сімейно-центрованість, орієнтованість на потреби родини та побудову партнерських стосунків з батьками, міждисциплінарність та командність, які покладено в основу розробленої технології раннього втручання для надання допомоги дітям та родинам.

Терміни «раннє втручання», «рання допомога» і «ранній розвиток» є чітко визначеними, змістовними і тому загальноприйнятими в багатьох країнах світу

(США, Германія, Велика Британія, Швеція та ін.). Сутність цих понять полягає в такому:

- діагностика (розпізнавання, ідентифікація, кваліфікація, оцінка ступеня вираженості аномалії розвитку у дітей раннього віку та відповідних проблем у сім'ях, аналіз патогенних чинників, реабілітаційного потенціалу дитини, сильних та слабких компонентів родинного середовища);

- перманентний міждисциплінарний супровід, допомога, підтримка, корекція та інші заходи заради максимально можливої адаптації дітей раннього віку з порушеннями здоров'я та розвитку;

- санація, оптимізація та гармонізація психологічної атмосфери у родинях, де такі діти виховуються, у т. ч. обов'язковий психологічний коучінг (тренінг) для їх батьків;

- передбачення, профілактика і, за необхідності, усунення вторинної психологічної та психосоматичної патології.

Раннє втручання, як система міждисциплінарної допомоги і підтримки дитини і його сім'ї, передбачає надання комплексу спеціальних послуг, а саме:

- інформування дорослих членів сім'ї про характер та вираженість наявної аномалії розвитку дитини, прогноз та найбільш ефективні ad hoc реабілітаційні заходи;

- розроблення рекомендацій щодо розв'язання питань, найбільш гострих та актуальних для певної родини;

- пошук і залучення дитини до навчальних, корекційних та реабілітаційних програм згідно з її індивідуальними особливими потребами, темпами та специфікою розвитку, реабілітаційним потенціалом;

- психокорекція внутрішньосімейних відносин та батьківського ставлення до дитини, навколишнього світу, самих себе;

- допомога батькам у вигляді організації взаємодії з батьківськими групами самопомоги, суспільними об'єднаннями; посередництво між сім'ями дітей із проблемами розвитку й іншими закладами, які здатні та повинні надати їм підтримку.

Отже, сутність системи раннього втручання полягає у здійсненні своєчасної кваліфікованої багатофахової допомоги дітям із тими чи тими проблемами розвитку (а також їхнім родинам) з метою максимально можливої соціальної, психологічної, педагогічної реабілітації й адаптації.

У цій роботі великого значення набуває активізація діяльності батьків, формулювання їхньої свідомої потреби та впевненості в можливості постійно надавати реальну, результативну допомогу власній дитині, що є основним психокорекційним механізмом, який сприяє гармонізації батьківської психіки (Н.С.Кожанова). У процесі проведення психолого-педагогічних заходів постійно розширюються горизонти уявлень та обізнаність батьків щодо психофізичних особливостей дитини, засвоюються методично правильні практичні навички спілкування з нею, підвищується батьківська педагогічна компетентність і внаслідок цього – загальний виховний потенціал родини (Т.Е.Туленикова, Н.О.Єфремова).

Досліджено, що одна з кращих моделей взаємодії фахівців та батьків – так званий «терапевтичний альянс» (Л.Ф. Шестопалова), що можна розкрити як складно організовану динамічну систему міжособистісних взаємостосунків та взаємодії між фахівцями та батьками, яка формується, розвивається і функціонує в процесі лікування та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів.

Комплексна модель психологічної допомоги (Г.В.Кукуруза) дає змогу індивідуалізувати підхід до кожної дитини, знижує фрустраційне навантаження батьків і підвищує реабілітаційні можливості родини (П.Л.Жиянова, Т.Д.Зинкевич-Євстигнеєва), практична реалізація комплексної моделі сприяє формуванню нового, альтруїстичного погляду на цю проблему в свідомості соціуму, тобто повертає суспільство обличчям до такої дитини та її родичів [32-35, 23; 27; 29].

Важливим теоретичним підґрунтям організації роботи з раннього втручання є такий орієнтир, як: медико-соціальний та психолого-педагогічний супровід родини, яка виховує дитину з порушеннями розвитку, повинен здійснюватися не дискретно, наприклад, у вигляді позасистемних, спорадичних візитів групи

незнайомих малюкові дорослих, а послідовно, з реалізацією принципу наступності, із дотриманням принципів усебічного вивчення і задоволення потреб сім'ї, конфіденційності, психологічної довіри, гуманного й чутливого ставлення до кожного з членів родини.

Структурно-організаційні складники моделі раннього втручання

Розроблення моделі раннього втручання базується на визначених нами (за міжнародним досвідом та наявними стандартними вимогами) положеннях:

1. Початок процесу раннього втручання розпочинається з своєчасних первинних діагностичних процедур, які називаються «скринінгом». Завдяки цій процедурі відбувається розмежування норми та порушення, а саме – поява припущення щодо тих чи інших відхилень від норми.

2. Наступним кроком є багатовимірна оцінка так званого реабілітаційного потенціалу дитини та родини, при цьому важливим є врахування функційних потреб, які формулюють члени родини («родинно-центровані потреби»). Це дає змогу індивідуалізувати підхід до кожної дитини, знижує фрустраційне навантаження батьків і підвищує реабілітаційні можливості сім'ї. Так здійснюється первинна й поглиблена оцінка розвитку дитини та дитячо-батьківських стосунків.

3. За результатами зазначених оцінок стану розвитку дитини та особливостей внутрішньородинної ситуації відбувається колегіальне розроблення стратегії і тактики індивідуальної програми раннього втручання для кожної конкретної дитини.

4. Індивідуальна програма раннього втручання охоплює такі складники, як: просвітницька робота з батьками, медико-психолого-педагогічний супровід, корекційно-розвивальні заходи з дитиною.

5. Цілеспрямована узгоджена між всіма членами команди супроводу (до якої входять й батьки) реалізація Індивідуальної програми раннього втручання уможливорює підвищення реабілітаційного потенціалу як родини, так і дитини.

6. Протягом усього процесу здійснюється моніторинг динаміки розвитку дитини, що дає змогу за необхідності вносити коригуючі процедури.

7. Відповідальність роботи фахівців раннього втручання полягає у здійсненні останньої ланки – переходу на наступний щабель освітнього процесу (так званий «транзит»). У контексті раннього втручання таким шаблоном є система дошкілля.

Зважаючи на взаємопов'язаність структурних компонентів та орієнтир на внутрішній потенціал кожної підсистеми, ми назвали цю модель системно ресурсною (рис. 1).

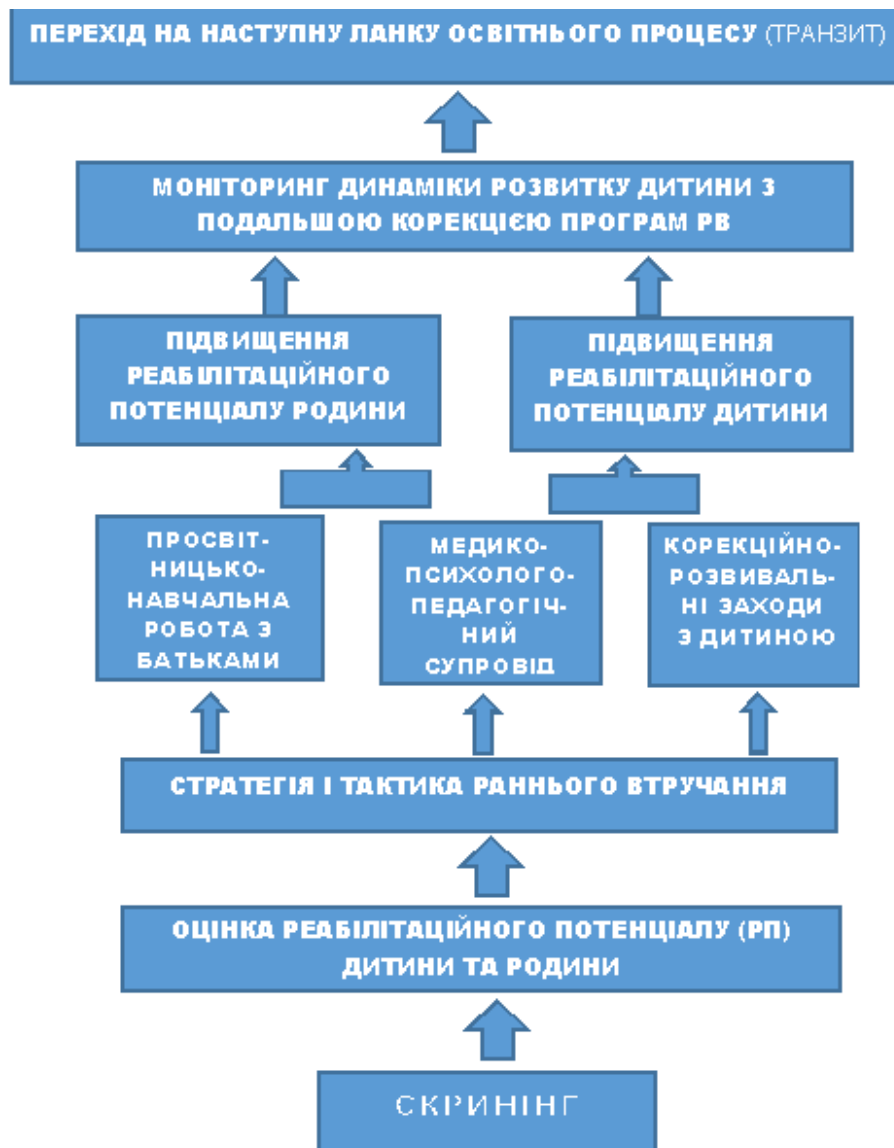


Рис.1 Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом.

Як зрозуміло за моделлю, оцінка реабілітаційного потенціалу дитини і родини, що стає підґрунтям розроблення, а в подальшому – й реалізації індивідуальної програми раннього втручання, здійснюється міждисциплінарною командою. Ця оцінка є необхідним етапом формування програми супроводу кожної родини. У системі раннього втручання до оцінки суто медичних показників та нормативної оцінки навичок і вмінь дитини додається оцінки соціального оточення, розиткового простору, батьківської компетентності, індивідуальних особливостей батьків та стресорів, які впливають на розвиток дитини.

Основні принципи оцінки базуються на фундаментальних положеннях про єдність соціальних, психологічних і біологічних механізмів розвитку дитини та інтегративній цілісній моделі розвитку. Процедура оцінки ґрунтується на моделі міждисциплінарної взаємодії фахівців (психолога, лікаря, логопеда, фізичного реабілітолога та ін.) і робочого альянсу, в якому спеціалісти та батьки виступають партнерами. Оцінку спрямовано на пошук потенційних можливостей дитини та родини, незважаючи на важкість порушення у дитини. Визначення особливостей дитячо-батьківських стосунків становить її основу. Побудована на таких засадах, вона сприяє залученню батьків до співробітництва з фахівцями, допомагає провести професійний діалог між різними спеціалістами, спираючись на командне розуміння проблеми, дозволяє описати потенціал розвитку дитини й сім'ї та починається з такого співробітництва між спеціалістами, де професійна оцінка залежить від проблеми дитини, а не від ієрархічної структури професійної команди.

Первинна та поглиблена оцінка розвитку дитини та дитячо-батьківських відносин має безперервний, поточний та динамічний характер, оскільки супровід передбачає постійний моніторинг цих складових та їхнє періодичне оцінювання.

Виходячи з принципу сімейно-центрованості, особлива увага приділяється інформації, яку надають батьки, оскільки її аналіз дозволяє визначити «батьківський погляд» на дитину та стосунки між дитиною та батьками. Це є

відправною точкою для подальшої роботи. Важливим є як зміст цієї інформації, так і форма, у якій вона надавалась та висловлювалась батьками.

Результати спостереження за поведінкою дитини, аналіз її вмінь та навичок, особливостей дитячо-батьківської взаємодії, спілкування й комунікації з фахівцями, особливостей емоційного стану та поведінки батьків під час первинного оцінювання формують «погляд спеціалістів».

У процесі міждисциплінарного оцінювання визначаються потреби родини, пов'язані з проблемами, що виникають у батьків під час виховання дитини раннього віку з порушеннями психомоторного розвитку, та первинний запит. Ці характеристики, разом з особливостями психомоторного й соціально-емоційного розвитку дитини та якості дитячо-батьківських стосунків, становлять відправну точку для поглибленої оцінки і створення програм раннього втручання.

Реалізація індивідуальної програми раннього втручання дає змогу надавати супровід відповідно до потреб дитини та родини, що змінюються, створювати спрямовано та послідовно розвивальне середовище, яке максимально відповідає завданням розвитку дитини та потребам родини.

7. Стандарти надання ранньої допомоги дітям раннього віку з аутизмом

(Т.Скрипник).*

Цілі і завдання програм раннього втручання

Ціль – надання допомоги сім'ям, які виховують дітей раннього віку, які мають порушення розвитку або ризик їх появи, для сприяння їх оптимальному розвитку і адаптації в суспільстві.

Розроблено зміст та алгоритм Програм раннього втручання.

Так, визначено, що Програми раннього втручання забезпечують:

- найбільш раннє виявлення відставання і порушень в розвитку;
- інформаційну та емоційну підтримку сім'ям;
- допомогу і підтримку сім'ям з метою мобілізації їх ресурсів і забезпечення зв'язків з іншими ресурсами в співтоваристві і їх найближчому оточенні;
- систематичну оцінку рівня розвитку дитини;
- розробку та реалізацію спільно з сім'єю індивідуальної програми втручання;
- розвиток у батьків компетентності в питаннях забезпечення догляду за дитиною та її оптимального розвитку;
- координацію та взаємодію з іншими службами, що забезпечують послуги для дитини і сім'ї;
- організацію груп підтримки для сімей;

Оскільки стратегії проведення програм можуть відрізнятися в залежності від особливостей організації служби раннього втручання, необхідно позначити основні принципи, на яких повинні будуватися всі програми раннього втручання:

* З книги Скрипник Т.В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра: навч.-метод. посіб. / Т.В. Скрипник. – К.: Педагогічна думка, 2013. – 56 с.

Принципи раннього втручання

Системність: робота з родиною як системою;

Послуги, що охоплюють всі сторони життя і розвитку дитини, програми скоординовані і побудовані на принципах командної роботи: з родиною узгоджено і цілеспрямовано працює група фахівців різного профілю, до якої включені і батьки.

Тоді є можливими скоординовані послуги, спрямовані на розвиток всіх сторін розвитку і життя дитини, що проводяться командою професійної служби раннього втручання, допомагають уникнути фрагментації і невідповідностей в системі послуг, спрямованих на підтримку сім'ї та дитини.

В останні роки багато говорять про командної моделі роботи, яка потрібна в тих випадках, коли різні фахівці працюють з дитиною відповідно до її потреб. Моделі командної роботи розрізняються за своєю природою комунікації, вкладу і співробітництва, залучених у взаємодію фахівців - учасників команди.

Міждисциплінарна командна робота є найбільш ефективною моделлю, що дозволяє задовольняти специфічні потреби дітей і сімей. В системі раннього втручання робота міждисциплінарної команди спрямована на спільну розробку індивідуальних програм розвитку, орієнтованих на потреби і можливості кожної конкретної дитини і її сім'ї;

Індивідуальний підхід: розробка індивідуальної програми розвитку, що враховують запит батьків, а також їх стан, потреби в тому чи іншому вигляді допомоги;

Послуги служби раннього втручання сімейноцентровані й орієнтовані на особливості кожної родини.

Термін «сімейноцентровані програми» означає, що вся діяльність і рекомендації фахівців спрямовані на підтримку сім'ї і посилення можливостей сім'ї в забезпеченні кращого розвитку та навчання їх дитини. Мета програм раннього втручання – відповідати на запити сімей щодо їх дітей, їх сильних і слабких сторін, потреб і стилів розвитку та навчання. Важливою вимогою до надання послуг раннього втручання є здатність команди фахівців вибудувати

програму для кожної конкретної сім'ї з урахуванням її культури, унікальності її ситуації, переваг, ресурсів і пріоритетів.

Це передбачає розвиток і підтримку активності, почуття компетентності у батьків, становлення активної позиції в процесі абілітації дитини, у подоланні соціальної ізоляції, розвиток відчуття власної значущості в цьому процесі, а також спільність своїх цілей з цілями спеціалістів, які здійснюють корекційно-розвивальну роботу. Батьки виступають активними учасниками у реалізації програми: починаючи від формулювання запиту і участі в первісній оцінці, далі реалізуючи програму в повсякденному житті вдома, а також беручи участь в оцінці ефективності програми і в рішенні про її зміну.

Сім'я забезпечує щоденний контекст, в якому дитина росте і розвивається. Тому саме сім'я, в більшій мірі, ніж окрема дитина, є первинним одержувачем послуг служби раннього втручання, в тій мірі, як вона сама цього бажає.

Послуги спрямовані на розвиток дитини в природному середовищі

Практика раннього втручання, метою якого є оптимальний розвиток дитини, передбачає активне дослідження дитиною навколишнього світу, отримання різноманітного досвіду, взаємодію з оточуючими дорослими і участь в різних заходах, які відповідають віку дитини, її когнітивному рівню, інтересам, а також побажанням і пріоритетам її сім'ї.

Раннє втручання повинно проводитися в природному середовищі, яка забезпечує надходження щоденного досвіду, а також успішну комунікацію з близькими людьми. Навчання в природному середовищі максимально гарантує отримання дитиною функціональних навичок і забезпечує генералізацію новопридбаних навичок в природний, щоденний контекст.

Сім'я є найбільш оптимальним (повноцінним) середовищем для дитини. Без постійних близьких відносин, які можуть бути забезпечені тільки в сім'ї, повноцінний розвиток дитини неможливий.

Науковість і доказовість.

Практика раннього втручання базується на інтеграції сучасних досліджень, науково обґрунтованих методів, з урахуванням експертної думки фахівців і сімей, які можна розділити на «внутрішні» і «зовнішні». «Внутрішні» докази ґрунтуються на обґрунтованих думках клініцистів, результати проведеної оцінки та моніторингу результатів програм, а також систематичної оцінки думки одержувачів послуг, тобто сім'ї та дитини. «Зовнішні» докази ґрунтуються на емпіричних дослідженнях, опублікованих в наукових журналах, рецензованих фахівцями в даній області.

Динамічна оцінка. Завдання оцінки в ранньому втручанні – визначити, які фактичні ресурси дитини і можливості її розвитку. Оцінка є гіпотезою про можливість розвитку дитини, яка постійно доповнюється і коригується в процесі роботи;

Опора на сильні сторони дитини і родини. Основний акцент при оцінці та проведенні програм робиться не на обмеження дитини і сім'ї, а на виявлення їх ресурсів і можливостей. «Точкою відліку» слугує не стільки порівняння з «нормою», скільки потреби і можливості окремої дитини та родини. Опора на сильні сторони підкреслює значущість власних досягнень в розвитку;

Акцент на комунікацію. Дитина, як і будь-яка людина, потребує того, щоб мати можливість висловлювати свої потреби, почуття і бажання, бути почутою та зрозумілою. Ранні мовні і мовленнєві навички отримують і використовують, в першу чергу, для комунікації в соціальній взаємодії. Підтримка і розвиток комунікації є метою і засобом програм раннього втручання;

Нормалізація життя. Максимальне наближення життя сім'ї з дитиною з порушеннями до життя інших сімей, які проживають поряд з ними. Можливість життя в сім'ї, доступність середовища, освіта та виховання разом із звичайними дітьми, можливість майбутнього незалежного життя;

Доступність служби раннього втручання: чи може родина дістатися до центру раннього втручання. Найкраще, щоб служба була поруч з будинком, де живе родина. Так зручно як батькам особливої дитини, так і фахівцям, які мають здійснювати домашні візити.

Цільова група служби раннього втручання

Стандарт 1.1. Служба працює з сім'ями, що мають дітей з порушеннями психофізичного розвитку, відставанням або високим ризиком відставання в розвитку від 0 до 3 років

Критерій 1.1.1. Пріоритет для дітей, що мають відставання і / або порушення в розвитку або високий біологічний ризик

Критерій 1.1.2. Вік дітей, які вперше звернулися в службу, не старше 3-х років

Стандарт 1.2. При наявності ресурсів служби вік дітей цільової групи може бути розширений до 6 років.

ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ

Стандарт 2.1. Служба є окремою структурою або виділеним структурним підрозділом і має чітко визначену організаційну структуру.

Критерій 2.1.1. Є затверджене Положення про службу раннього втручання.

Критерій 2.1.2. Управління службою здійснює назначений керівник, який має клінічний досвід і є членом команди.

Критерій 2.1.3. Керівник і фахівці працюють на підставі затверджених посадових інструкцій.

Критерій 2.1.4. Діяльність служби здійснюється в відповідно до затвердженого плану і розкладу роботи спеціалістів і служби.

Стандарт 2.2. Управління службою будується на принципах довіри, відкритості, партнерства.

Критерій 2.2.1. Рішення приймаються керівником на підставі командного обговорення.

Критерій 2.2.2. Керівник служби сприяє розвитку ефективної ділової комунікації та встановлення партнерських відносин в команді.

Критерій 2.2.3. Керівник регулярно і своєчасно проводить інформування членів команди по важливим для них питаннях.

Критерій 2.2.4. Керівник служби сприяє формуванню особистої відповідальності співробітників за загальний результат діяльності служби.

Критерій 2.2.5. Керівник служби надає підтримку членам команди.

Стандарт 2.3. Керівник забезпечує якість програм, що проводяться службою втручання для дітей і сімей.

Критерій 2.3.1. Керівник забезпечує формування єдиної ідеології і дотримання службою принципів і стандартів раннього втручання.

Критерій 2.3.2. Керівник здійснює загальне адміністрування, включаючи ведення документації, підготовку звітів, бюджетів, загальне планування діяльності служби (вибір форм роботи, введення нових послуг, перерозподіл форм роботи в залежності від завантаженості служби тощо).

Критерій 2.3.3. Керівник визначає ролі та відповідальності фахівців служби щодо надання послуг.

Критерій 2.3.4. Керівник відповідає за розвиток програм служби, їх оцінку за допомогою проведення регулярного моніторингу відповідності стандартним вимогам, і аналізом того, наскільки задовольняються потреби клієнтів.

Критерій 2.3.5. Керівник несе відповідальність за навчання персоналу, його професійний розвиток.

Критерій 2.3.6. Керівник відповідає за взаємодію з зовнішніми організаціями та фахівцями.

Критерій 2.3.7. Керівник самостійно веде практичну роботу з дітьми та сім'ями.

Стандарт 2.4. Розподіл робочого часу спеціаліста закріплено в Положенні про службу і має особливий порядок.

Критерій 2.4.1. Робочий час фахівців розподіляється на ведення практичної роботи з сім'ями та дітьми і організаційно-методичну діяльність.

Критерій 2.4.2. Практична робота з сім'ями та дітьми передбачає проведення консультацій, первинних прийомів, індивідуальних і групових занять, домашніх візитів.

Критерій 2.4.3. Тривалість консультацій, індивідуальних занять і первинних прийомів – 1 година (включаючи 15 хвилин на заповнення документації), домашніх візитів і групових занять від 1 до 2 годин в залежності від віку дітей (не включаючи часу на дорогу).

Критерій 2.4.4. Кількість часу на практичну роботу на одного фахівця, який працює на повну ставку, що не перевищує 20 годин в тиждень.

Критерій 2.4.5. В організаційно-методичну діяльність входить ведення документації, участь в міждисциплінарних обговореннях з побудови та моніторингу індивідуальних програм втручання, розборах випадків, оперативному і стратегічному плануванні, освітніх заходах.

Стандарт 2.5. Члени команди мають скоординований час роботи.

Критерій 2.5.1. Для забезпечення міждисциплінарності час прийомів всіх фахівців служби максимально поєднано.

Критерій 2.5.2. Існує гнучкість у розкладі для організації спільних прийомів фахівців, домашніх візитів.

Критерій 2.5.3. Команда має визначений час для щотижневих спільних обговорень проведених первинних оглядів і оперативного планування.

Критерій 2.5.4. Всі члени команди регулярно беруть участь в міждисциплінарних обговореннях з розбором випадків.

ФАХІВЦІ СЛУЖБИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ

Стандарт 3.1. У службі працює міждисциплінарна команда, що відповідає потребам дитини і сім'ї.

Критерій 3.1.1. Команда складається як мінімум з трьох спеціалістів, що представляють різні дисципліни (Додаток 1. "Перелік фахівців служби раннього втручання і їх орієнтовні посадові обов'язки").

Критерій 3.1.2. При необхідності для задоволення потреб дитини та сім'ї до складу команди можуть бути залучені зовнішні фахівці.

Стандарт 3.2. Фахівці служби мають відповідну кваліфікацію в сфері роботи з дітьми з порушеннями раннього віку.

Критерій 3.2.1. Фахівці мають вищу профільну освіту і пройшли постдипломне навчання в області раннього втручання.

Критерій 3.2.2. Фахівці мають знання і вміння для проведення оцінки, планування, здійснення і моніторингу програми допомоги; ведення бесіди; індивідуального і групового консультування (у межах своєї дисципліни).

Критерій 3.2.3. Для всіх знову приходять фахівців проводиться повне ознайомлення з послугами, ролями та обов'язками, правилами заповнення документів.

Стандарт 3.3. Фахівці служби мають навичками командної взаємодії.

Критерій 3.3.1. Фахівці мають навички спільного ведення прийомів з сім'ями і дітьми.

Критерій 3.3.2. Фахівці мають навички вироблення єдиної думки при обговореннях та побудові програм допомоги.

Критерій 3.3.3. Фахівці мають навички передачі своїх професійних знань колегам по команді.

Стандарт 3.4. Фахівці служби постійно здійснюють свій професійний розвиток відповідно до потреб служби.

Критерій 3.4.1. Фахівці регулярно проводять міждисциплінарне обговорення з розбором конкретних випадків і індивідуальних програм втручання.

Критерій 3.4.2. Фахівці мають доступ до сучасних досліджень, наприклад, професійних журналів, інтернет бібліотек, професійних груп (за професійними інтересами).

Критерій 3.4.3. Фахівці регулярно підвищують свою кваліфікацію, беручи участь в семінарах, курсах і інших освітніх заходах.

Критерій 3.4.4. Фахівці регулярно беруть участь в проведенні інформаційних, навчальних заходів в галузі раннього втручання і / або суміжних галузях.

ПРИМІЩЕННЯ ТА ОБЛАДНАННЯ

Стандарт 4.1. Послуги надаються в середовищі, що найбільш повним чином відповідає потребам сімей, дітей раннього віку та дітей з порушеннями розвитку.

Критерій 4.1.1. У службі є приміщення для проведення зустрічей і занять, адаптовані для сімей з дітьми раннього віку та дітей з порушеннями розвитку.

Критерій 4.1.2. У службі обладнані необхідні допоміжні приміщення, адаптовані для сімей з дітьми раннього віку і дітей з порушеннями розвитку.

Критерій 4.1.3. Є допоміжне обладнання, відповідне віковим та індивідуальним особливостям дітей з порушеннями розвитку.

Критерій 4.1.4. Середовище є безпечним для перебування сімей з дітьми раннього віку.

Стандарт 4.2. Приміщення обладнані для роботи команди.

Критерій 4.2.1. Всі члени команди, включаючи адміністративний і підтримуючий персонал, перебувають в одній будівлі.

Критерій 4.2.2. Є виділений простір для спільної роботи членів команди.

Критерій 4.2.3. У кожного фахівця є робоче місце для роботи з документами.

Критерій 4.2.4. У службі обладнано місце для роботи диспетчера.

Критерій 4.2.5. У службі є необхідна оргтехніка, включаючи комп'ютер, принтер, копіювальну техніку, обладнання для роботи з відео- і фото-матеріалами.

Критерій 4.2.6. Члени команди мають доступ до комп'ютера для обробки даних і ведення документації.

Критерій 4.2.7. У службі є місце для зберігання іграшок і допоміжного обладнання.

Критерій 4.2.8. У службі є окремий телефонний номер.

Критерій 4.2.9. Фахівців служби мають можливість користуватися допоміжними приміщеннями (для прийому їжі, перевдягання тощо).

ДОКУМЕНТУВАННЯ

Стандарт 5.1. Вся робота з сім'ями документується в письмовому вигляді.

Критерій 5.1.1. Наявний журнал для запису клієнтів служби на первинний прийом і до фахівців.

Критерій 5.1.2. На первинному прийомі на кожну дитину заповнюється бланк первинного прийому.

Критерій 5.1.3. З кожною сім'єю, включеної до програми втручання, укладається договір / угода про надання послуг.

Критерій 5.1.4. На кожну дитину, включену до програми втручання, заводиться індивідуальна папка / карта дитини.

Критерій 5.1.5. Кожна зустріч фахівців з сім'єю письмово документується для відображення того, що зроблено, ким і коли.

Стандарт 5.2. Вся робота служби документується в письмовому вигляді.

Критерій 5.2.1. Ведеться документація для здійснення кількісного обліку обслуговуваних сімей і дітей.

Критерій 5.2.2. Ведеться облік проведених семінарів, зустрічей, круглих столів, консультацій для зовнішніх фахівців.

Стандарт 5.3. Команда має чіткі правила стосовно ведення записів і змісту індивідуальних папок / карт дитини.

Критерій 5.3.1. У службі прийнята єдина структура змісту і ведення індивідуальних папок / карт дитини.

Критерій 5.3.2. У службі прийнята єдина форма для запису результатів первинного прийому.

Критерій 5.3.3. У службі прийнята форма для документування результатів міждисциплінарної оцінки.

Критерій 5.3.4. У кожного фахівця є форма ведення записів на індивідуальних і групових прийомах, узгоджена з командою.

Критерій 5.3.5. У службі існує узгоджена форма виписки для передачі інформації про сім'ю в інші служби і організації.

Стандарт 5.4. Всі матеріали, що мають інформацію про клієнтів служби, включаючи відеозаписи та індивідуальні папки, доступні тільки фахівцям служби.

Критерій 5.4.1. Індивідуальні папки / карти дитини і відеозаписи зберігаються в закритих шафах.

Критерій 5.4.2. Електронні бази даних доступні тільки для співробітників служби.

Критерій 5.4.3. Індивідуальні папки / карти дитини не виносяться фахівцями за межі служби.

Стандарт 5.5. Інформація про дитину і сім'ю, доступна співробітникам служби, не підлягає розголошенню без згоди сім'ї, крім випадків, визначених законодавством.

Критерій 5.5.1. З сім'ями укладається письмовий договір, в якому обумовлюються можливості і умови публічного використання матеріалів (фото і відеозаписів за участю дитини і сім'ї, результати оцінки та програм, їх персональні дані).

Критерій 5.5.2. При публічному використанні матеріалів (Розборі випадків на семінарах, супервізіях, презентаціях, докладах тощо) не використовуються реальні імена і прізвища клієнтів, їх персональні дані, та інша інформація, яка може ідентифікувати сім'ю.

Критерій 5.5.3. Кожен співробітник несе відповідальність про нерозголошення інформації, що стосується клієнтів служби.

Стандарт 5.6. Співробітники служби мають чітку стратегію передачі інформації про сім'ю і дитину при взаємодію з іншими організаціями та фахівцями.

Критерій 5.6.1. Інформація про сім'ю і дитину надається в зовнішні організації за запитом сім'ї або фахівців при згоді батьків.

Критерій 5.6.2. Сім'ї знайомляться з письмовими документами (рекомендаціями, характеристиками тощо). При оформленні цієї документації для зовнішніх організацій та фахівців.

Критерій 5.6.3. Всі документи, що передаються в зовнішні організації, підписуються фахівцями, які беруть участь в складанні даних документів, і керівником служби.

ДОСТУП ДО СЛУЖБИ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ

Стандарт 6.1. Інформація про службу раннього втручання доступна споживачам.

Критерій 6.1.1. У місцевих органах управління освітою, соціального захисту та охороною здоров'я є інформація про всі служби раннього втручання.

Критерій 6.1.2. В установах системи охорони здоров'я, освіти та соціального захисту є ясні і постійно оновлювані буклети для направляючих фахівців з інформацією про служби раннього втручання.

Критерій 6.1.3. У службі є інформаційні матеріали, що детально описують послуги, які вона пропонує і для кого вони призначені, фахівців, які працюють в службі та їх ролі.

Критерій 6.1.4. Інформація про службу та програми раннього втручання регулярно надається населенню в різних доступних форматах.

Стандарт 6.2. Для своєчасного направлення дітей і сімей в службу налагоджено взаємодію з закладами охорони здоров'я, соціального захисту та освіти.

Критерій 6.2.1. Фахівцями служби розроблено «підстави для направлення дітей та сімей в службу».

Критерій 6.2.2. Співробітникам установ зазначених відомств надані «Показання для направлення дітей та сімей в службу».

Критерій 6.2.3. Співробітникам установ зазначених відомств надана стандартна форма направлення в службу раннього втручання, яка включає актуальну контактну інформацію про службу.

Стандарт 6.3. Служба відповідає на запит будь-якої сім'ї, стурбованої станом дитини або її розвитком.

Критерій 6.3.1. Сім'ї звертаються в службу за власною ініціативою або за направленням інших служб.

Критерій 6.3.2. Будь-яка сім'я має можливість отримати первинну консультацію фахівців служби щодо стану дитини і її розвитку.

Критерій 6.3.3. Отримання послуг в інших службах не є перешкодою до відвідування служби раннього втручання.

ВХІД В СЛУЖБУ

РАННЬОГО ВТРУЧАННЯ

Стандарт 7.1. У службі існує система реагування на звернення сім'ї .

Критерій 7.1.1. Сім'я може звернутися в службу по телефону або особисто.

Критерій 7.1.2. У службі є співробітник, який відповідає за первинний контакт з сім'ями і запис на прийом (диспетчер).

Критерій 7.1.3. У службі розроблені правила, на підставі яких диспетчер здійснює запис на первинний прийом.

Критерій 7.1.4. Час очікування первинного прийому після звернення сім'ї не перевищує 2 тижні.

Стандарт 7.2. Первинний контакт здійснюється в максимально доброзичливій манері по відношенню до сім'ї та дитини.

Критерій 7.2.1. Фахівець, що здійснює первинний контакт, демонструє зацікавленість до кожної сім'ї і проявляє увагу до їхніх потреб.

Критерій 7.2.2. Спілкування з сім'єю і дитиною побудовано в спокійній манері, яка демонструє повагу і турботу.

Стандарт 7.3. Для визначення потреб дитини та сім'ї в програмах раннього втручання проводиться первинний прийом.

Критерій 7.3.1. У первинному прийомі беруть участь не менше двох фахівців різних дисциплін.

Критерій 7.3.2. Всі члени команди дотримуються узгодженої структури проведення первинного прийому.

Критерій 7.3.3. Для виявлення порушень і відставання в розвитку дитини фахівцями проводяться скринінги для виявлення порушень зору, слуху, порушень аутистичного спектру, і визначення рівня розвитку дитини по основним сферам.

Критерій 7.3.4 Рівень розвитку і особливості дитини фахівці визначають, взаємодіючи з дитиною з урахуванням інформації, наданої батьками.

Критерій 7.3.5. Існує протокол дій фахівців при виявленні відставання в розвитку і / або можливих порушень при проведенні скринінгів.

Критерій 7.3.6. Для оцінки необхідності включення дитини і сім'ї в програму раннього втручання фахівці обговорюють з батьками їх побажання і тривоги щодо стану дитини, а також ресурси сім'ї.

Стандарт 7.4. Рішення про включення сім'ї в програму втручання приймається за результатами первинного прийому з урахуванням думки і потреб сім'ї.

Критерій 7.4.1. Рішення про включення в програму приймається на основі досягнутої угоди між фахівцями і батьками.

Критерій 7.4.2. За результатами первинного прийому визначаються напрямки програми втручання, мета і методи додаткової поглибленої оцінки, і фахівці, необхідні для її проведення.

ОЦІНКА

Стандарт 8.1. Оцінка, включаючи оцінку дитини і сім'ї, побудована на міждисциплінарному підході.

Критерій 8.1.1. У проведенні оцінки бере участь як мінімум два професіонала різних спеціальностей, які здатні оцінити розвиток дитини в усіх областях розвитку.

Критерій 8.1.2. Батьки беруть участь в проведенні оцінки в якості членів міждисциплінарної команди.

Критерій 8.1.3. Результати оцінки обговорюються спільно членами команди і сім'єю і служать підставою для постановки цілей програми.

Стандарт 8.2. Процес проведення оцінки спланований і визначено в часі.

Критерій 8.2.1. Первинна оцінка проводиться під час первинного прийому.

Критерій 8.2.2. Рішення про проведення поглибленої оцінки, терміни її проведення та підбір фахівців, які беруть участь в проведенні оцінки, приймається на основі командного обговорення.

Стандарт 8.3. Оцінка спрямована на дослідження особливостей розвитку дитини, її сильних сторін, потреб, і допомагає спланувати програму втручання.

Критерій 8.3.1. Оцінка визначає рівень функціонування дитини в кожній з наступних областей:

- (А) Когнітивний розвиток
- (В) Руховий розвиток
- (С) Комунікативний розвиток
- (D) Соціально-емоційний розвиток
- (Е) Навички самообслуговування

Критерій 8.3.2. Оцінка визначає особливості фізичного розвитку дитини, включаючи стан зору і слуху, соматичне здоров'я дитини, і особливості її взаємодії.

Критерій 8.3.3. Оцінка проводиться з урахуванням переваг і тривог сім'ї щодо стану дитини та особливостей її розвитку.

Стандарт 8.4. Оцінка враховує соціальні та культуральні особливості дитини і сім'ї.

Критерій 8.4.1. Оцінка особливостей розвитку дитини проводиться в контексті її сім'ї та соціального оточення.

Критерій 8.4.2. Члени команди збирають інформацію з різних відповідних джерел, щоб доповнити оцінку і допомогти визначити сильні сторони і потреби дитини, наприклад, в контексті домашнього середовища / освітнього закладу

Стандарт 8.5. Оцінка є надійною і достовірною

Критерій 8.5.1. Для оцінки фахівці використовують методи і інструменти відповідно до посібників провідних практик раннього втручання, включаючи стандартизовані інструменти, спостереження, інтерв'ю з батьками, а також заключення інших фахівців.

Критерій 8.5.2. Для оцінки рівня розвитку дитини використовуються нормовані шкали.

Стандарт 8.6. На основі результатів оцінки формується гіпотеза про можливості розвитку дитини, яка постійно змінюється в процесі роботи.

Критерій 8.6.1. Фахівці регулярно проводять повторну оцінку з метою відстеження змін в стані і розвитку дитини та внесення змін до програми втручання.

Критерій 8.6.2. Додаткова або повторна оцінка проводиться за запитом сім'ї або кого-небудь з членів команди.

СКЛАДАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПРОГРАМИ

Стандарт 9.1. Кожна дитина, яка користується послугами служби, має індивідуальну програму, побудовану з урахуванням її потреб і потреб її сім'ї

Критерій 9.1.1. Індивідуальна програма розробляється на основі результатів проведеної оцінки

Критерій 9.1.2. Індивідуальна програма створюється на підставі кращих інтересів і потреб дитини, при конфлікті інтересів батьків і дитини фахівці приймають рішення, виходячи з інтересів дитини

Критерій 9.1.3. Індивідуальна програма містить опис потреб і ресурсів сім'ї щодо розвитку і поліпшення функціонування дитини

Критерій 9.1.4. Індивідуальна програма містить опис цілей і основних очікуваних результатів, які будуть досягнуті щодо дитини та членів родини

Критерій 9.1.5. Індивідуальна програма містить перелік заходів, які допоможуть досягти основних очікуваних результатів (проведення додаткових оцінок, консультації інших фахівців, домашні візити, розвиваючі заняття тощо).

Критерій 9.1.6. Індивідуальна програма містить опис стратегії її реалізації.

- Тривалість програми
- Інтенсивність заходів (як часто відбуваються зустрічі)
- Фахівці, що входять до складу команди
- Провідний спеціаліст / контактна особа

Критерій 9.1.7. Індивідуальна програма складається в період не більше 1 місяця з моменту прийняття рішення про включення сім'ї і дитини в програму.

Стандарт 9.2. Індивідуальна програма розробляється спільно спеціалістами служби та сім'єю.

Критерій 9.2.1. Всі фахівці, що брали участь в оцінці, вносять внесок при складанні індивідуальної програми.

Критерій 9.2.2. Індивідуальна програма складається в ході спільного обговорення між батьками і фахівцями, які входять в команду по роботі з дитиною і сім'єю.

Критерій 9.2.3. Індивідуальна програма підписується провідним фахівцем, що відповідає за ведення даної програми і є основною контактною особою для сім'ї.

Стандарт 9.3. Індивідуальна програма складається на певний термін із зазначенням дати перегляду.

Критерій 9.3.1. В індивідуальній програмі вказана дата її складання і дата наступного перегляду (виділені для зручності відстеження).

Критерій 9.3.2. Мінімальний період, на який складається індивідуальна програма - 6 місяців.

Критерій 9.3.3. При довгостроковій індивідуальною програмі вона переглядається і допрацьовується як мінімум 1 раз в 6 місяців або за потреби.

РЕАЛІЗАЦІЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПРОГРАМИ

Стандарт 10.1. Фахівці служби раннього втручання шанобливо ставляться до дитини.

Критерій 10.1.1. Всі дії співробітників по відношенню до дитини демонструють, що її приймають як повноправну особистість з індивідуальними особливостями розвитку і потребами.

Критерій 10.1.2. Навчання дитини проводиться на основі її власної активності і участі.

Стандарт 10.2. Співробітники служби раннього втручання поважають особистість батьків або осіб, які їх замінюють, приймаючи їх думку про дитину, їх особистий досвід, очікування і рішення.

Критерій 10.2.1. Всі співробітники служби демонструють повагу при спілкуванні з родинами.

Критерій 10.2.2. Всі рішення щодо дій і послуг узгоджуються з сім'єю.

Критерій 10.2.3. У батьків є регулярна можливість висловлювати свою думку щодо отримуваних послуг, а також робити свої коментарі і пропозиції щодо індивідуальної програми (наприклад, заповнюючи анкети зворотного зв'язку або відповідаючи на питання інтерв'ю).

Стандарт 10.3. Індивідуальна програма реалізується в природному середовищі і забезпечує оптимальні результати для дітей і сімей.

Критерій 10.3.1. Батьки завжди беруть участь у всіх заходах разом зі своїми дітьми.

Критерій 10.3.2. Фахівці підтримують сім'ї, посилюючи їх можливості розвивати своїх дітей з порушеннями розвитку.

Критерій 10.3.3. Розвиток у дитини нових умінь і навичок відбувається в природних для нього ситуаціях (гра, годування, одягання, тощо).

Критерій 10.3.4. Індивідуальна програма спрямована на розвиток і поліпшення функціональних здібностей дитини і розвиток її особистості.

Стандарт 10.4. Місце, тривалість та інтенсивність програм раннього втручання визначаються виходячи з потреб сім'ї з урахуванням можливостей служби і сім'ї.

Критерій 10.4.1. У службі є критерії для визначення інтенсивності та тривалості програм.

Критерій 10.4.2. Індивідуальна програма реалізується на основі тривалого, регулярного отримання послуг.

Критерій 10.4.3. У разі необхідності при реалізації індивідуальної програми фахівці здійснюють домашні візити в сім'ю.

Стандарт 10.5. Індивідуальна програма реалізується міждисциплінарною командою фахівців в партнерстві з батьками.

Критерій 10.5.1. Всі дії і заходи при реалізації індивідуальної програми узгоджуються членами команди між собою.

Критерій 10.5.2. За реалізацію індивідуальної програми для сім'ї та дитини відповідальний провідний фахівець, який координує діяльність команди фахівців.

Критерій 10.5.3. При реалізації індивідуальної програми батьки включені в роботу як члени команди.

Стандарт 10.6. Команда проводить моніторинг і оцінку ефективності індивідуальних програм.

Критерій 10.6.1. Команда регулярно відстежує досягнення очікуваних результатів та відповідність програми потребам дитини і сім'ї.

Критерій 10.6.2. Моніторинг та оцінка ефективності індивідуальних програм проводиться міждисциплінарною командою фахівців спільно з батьками і з урахуванням їх думки.

Критерій 10.6.3. За підсумками моніторингу та оцінки індивідуальних програм відбувається їх перегляд та оновлення.

ЗАВЕРШЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПРОГРАМИ І ПЕРЕХІД

Стандарт 11.1. Індивідуальна програма завершується в наступних випадках:

- дитина / сім'я більше не мають потреби в послугах, так як цілі розвитку дитини досягнуті, а фактори ризику усунені
- дитина досягла віку виходу з програми
- сім'я сама припиняє свою участь в програмі

Стандарт 11.2. Фахівці служби готують програму переходу дитини в дошкільний заклад.

Критерій 11.2.1. Фахівці визначають дітей, які повинні розпочати відвідувати дитячий садок за рік до цього.

Критерій 11.2.2. Фахівці допомагають родині прийняти рішення про дошкільну програму, зібрати і оцінити інформацію про наявні в співтоваристві ресурси, визначити потреби та пріоритети сім'ї.

Критерій 11.2.3. Фахівці спільно з батьками визначають план по переходу, який відображає їх пріоритети у виборі дошкільного закладу.

Критерій 11.2.4. Фахівці спільно з батьками визначають ключову інформацію, яка повинна бути передана в дошкільний заклад, й готують письмовий висновок про програму раннього втручання, прогрес дитини за період проходження програми, а також про специфіку підтримки, яка необхідна дитині в подальшому.

Стандарт 11.3. Команда взаємодіє з іншими організаціями з метою здійснення плавного переходу сім'ї зі служби раннього втручання.

Критерій 11.3.1. Служба укладає договори про співпрацю з організаціями системи освіти і соціальної захисту для передачі дітей після закінчення програми раннього втручання.

Критерій 11.3.2. Члени команди організують зустріч з фахівцями дошкільних установ і / або соціальних служб до того, як дитина вперше туди приходить.

Критерій 11.3.3. Команда виділяє фахівця, що відповідає за координацію і безперервність процесу переходу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДІЯЛЬНОСТІ СЛУЖБИ

Стандарт 12.1. Служба регулярно проводить оцінку своєї діяльності.

Критерій 12.1.1. Для оцінки діяльності в службі розроблена система кількісних і якісних показників.

Критерій 12.1.2. Система кількісних показників включає аналіз: 1) Кількості первинних прийомів; 2) Кількості сімей, включених в програму; 3) Кількість сімей, що регулярно отримують послуги в службі; 4) Кількості завершених випадків тощо.

Критерій 12.1.3. Система якісних показників охоплює:

- 1) вивчення думки сімей про програму (задоволеність, корисність)
- 2) аналіз результатів для сімей
- 3) аналіз результатів для дітей

Критерій 12.1.4. Оцінка діяльності служби проводиться відповідно до розділів справжніх стандартних вимог і критеріїв в них представлених.

Стандарт 12.2. Результати оцінки є основою для аналізу діяльності служби і ведуть до прийняття рішень щодо її розвитку

Критерій 12.2.1. Для аналізу ефективності діяльності служби проводиться моніторинг кількісних і якісних показників.

Критерій 12.2.3. На основі результатів оцінки вносяться зміни в структуру і планування діяльності служби (вибір форм роботи, введення нових послуг, перерозподіл форм роботи в залежності від завантаженості служби тощо).

Стандарт 12.3. У службі існує прописана система звітності.

Критерій 12.3.1. Порядок і зміст звітності в місцеві адміністративні органи чітко визначені.

Критерій 12.3.2. Результати діяльності служби оформляються у вигляді письмових звітів і доступні для громадськості.

Передача/скерування дитини на інші програми по завершенню Раннього Втручання

Тривалість Раннього Втручання для дітей з особливими потребами може бути дуже різною і залежить від індивідуальних особливостей кожної дитини – і може бути від 6 місяців до кількох років. Звичайно перебування завершується, коли досягнуто поставлених реабілітаційних цілей і коли дитина готова до подальшого руху в заклади системи освіти – дошкільного чи шкільного характеру. Процес переходу від Раннього Втручання у заклади системи освіти є дуже важливим моментом переходу, під час якого батьки потребують особливого супроводу з боку фахівців Раннього Втручання, щоб могли вибрати оптимальне місце для навчання своєї дитини, а також зберегти здобуті досягнення, намітити нові цілі і шляхи їх досягнення, а також передати знання дитини та напрацьованих підходів до реабілітації від одних фахівців до других.

Щодо можливих місць подальшої освіти можливі різні варіанти і батькам важливо допомогти реалістично вибрати оптимальних для їхньої дитини.

Щодо дошкільної освіти – дитина з особливими потребами у більшості випадків може бути інтегрована у звичайний дитячий садочок. Та при важких поведінкових та когнітивних порушеннях може бути доцільним перебування дитини у спеціалізованих реабілітаційних дошкільних групах для дітей із порушеннями розвитку. Втім, де б не перебувала дитина, важливо, щоби фахівці, які з нею працюватимуть, були відкритими та компетентними. Успішна дошкільна освіта є першою ланкою соціалізації дитини у середовищі ровесників, а тому вкрай важлива.

Можливості шкільної освіти для дітей з особливими потребами є різними і визначаються насамперед особливостями дитини, її рівнем інтелектуального розвитку, ступенем вираженості поведінкових проблем. Для дітей із синдромом Аспергера, з високофункціональним особливими потребами із нормальним рівнем

інтелекту, незначними поведінковими порушеннями може бути рекомендована інтегрована освіта в загальноосвітніх школах. Для дітей із супутньою розумовою відсталістю, вираженими поведінковими розладами – це спеціалізовані класи чи заклади системи освіти, реабілітаційні центри та ін. Вибір належного шкільного середовища, педагогів є надзвичайно важливим і батькам потрібно заздалегідь вивчати наявні в громаді можливості, знайомитися з педагогами, радитися з фахівцями, щоби зробити оптимальний вибір для своєї дитини. Втім, де б не навчалася дитина з особливими потребами, вона потребує особливих підходів у навчанні – і світовою педагогічною спільнотою розроблено спеціальні навчальні методики для дітей з особливими потребами (TEACCH, SCERTS та ін.).

Коли уже зроблено вибір місця освіти є дуже рекомендований контакт між фахівцями програми Раннього Втручання та фахівцями закладу системи освіти з метою передачі досвіду та планування, організації оптимальних умов для подальшої освіти дитини з особливими потребами. У цей процес так само мають бути включені і батьки дитини. Формою такого контакту можуть бути круглі столи, письмові виписки, повторні зустрічі, телефонні консультації тощо.

Цей останній компонент є дуже важливим, оскільки оптимальний розвиток дитини з особливими потребами можливо забезпечити лише спільними зусиллями батьків, та фахівців різних установ, які ефективно співпрацюють між собою і забезпечують послідовну цілісну реабілітацію та освіту для дитини з особливими потребами.

ВЗАЄМОДІЯ З БАТЬКАМИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Представлення даних обстеження батькам та побудова індивідуальної програми допомоги сім'ї та дитині

(на прикладі ситуації з дитиною, яка має розлади аутистичного спектра)

По завершенні діагностичного процесу важливо представити батькам підсумки та результати, надати інформацію щодо проблем дитини та можливих способів лікування/реабілітації та разом встановити цілі і методи подальшої допомоги – пропонується індивідуальний план допомоги сім'ї та дитині.

Однією з найбільших потреб сім'ї, в якій з'являється дитина з особливостями психофізичного розвитку, є потреба у інформації. Батьки потребують розуміти, що є з їхньою дитиною, розуміти її обмеження, їхню природу, причини, наслідки; розуміти прогноз розвитку дитини, те, як вони можуть допомогти їй, якої медичної допомоги чи реабілітації потребує їхня дитина. Поінформованість батьків є передумовою того, що вони зможуть приймати мудрі рішення в інтересах дитини, розуміти межу між обмеженнями та можливостями, а відповідно приймати реальність того, що не можна змінити, та водночас допомагати дитині розвинути наявні можливості. Тільки розуміючи реальність, можна мудро в ній жити, співпрацювати з нею. Володіння сучасною інформацією щодо особливих потреб дитини є також дуже важливою з огляду на поширені міфи та комерційну рекламу недостатньо чи сумнівно ефективних/псевдонаукових методів лікування/реабілітації аутизму. Володіння інформацією запобігає марній витраті часу, коштів, ресурсів на неефективні способи допомоги дитині.

Отже, фахівцям необхідно усвідомлювати важливість надання інформації батькам. Надання інформації і освіта батьків є однією з пріоритетних цілей програм Раннього Втручання. Реалізація цієї цілі досягається шляхом дотримання ряду важливих принципів:

1. Батьки мають право володіти усією інформацією, що стосується їхньої дитини, і обов'язком фахівців є надавати таку інформацію.
2. Інформація повинна подаватися батькам зрозумілою мовою у доступній формі.
3. Завданням фахівців є не просто дати інформацію, але бути готовими роз'яснити її, дати відповіді на запитання, при потребі ще раз повернутися до певної теми на запит батьків.
4. Інформація повинна подаватися у коректній, етично-відповідній формі і не повинна носити знецінюючий чи принижуючий гідність дитини характер.
5. Фахівці повинні усвідомлювати, що інформація не може бути засвоєна відразу, а тому мають бути готові її повторювати, а також використовувати різні

формати її подання – під час індивідуальної розмови в усній формі, письмовій (заключення, рекомендації), книжки, відеоматеріали, групові лекції/семінари, інтернет-ресурси і т.п.

6. Інформація повинна бути достовірною і відповідати науково доведеним фактам. У випадку невідомості, сумніву чи недослідженості певного питання важливо повідомити батьків про це.

7. Фахівці повинні усвідомлювати, що представлення неповносправності дитини, прогнозу є складним завданням, яке може викликати у батьків сильні почуття та суттєво вплинути на досвід сім'ї, а тому фахівці потребують спеціальної підготовки, знань та навиків, щоб ефективно реалізовувати це завдання.

8. Фахівці повинні також усвідомлювати, що батьки сприймають інформацію дещо іншим, «емоційним» каналом зв'язку, а тому бути чутливими до того, що ті ж факти, які ними можуть сприйматися у один спосіб, батьками можуть сприйматися зовсім по-іншому. Тому фахівцям важливо бути особливо тактовними в процесі представлення інформації, намагатися не просто подавати інформацію, але й бути чутливими до того, як вона сприймається.

Спосіб, у який батькам представляються обмеження їхньої дитини, є дуже важливим у визначенні їхнього досвіду, він може відіграти позитивну роль і сприяти позитивній динаміці процесу адаптації до цієї новини, або ж – навпаки, може ще більше дестабілізувати і травмувати сім'ю.

Орієнтовний протокол проголошення діагнозу наступний:

1. Насамперед важливо вибрати місце і час. Не можна проголошувати діагноз на ходу в коридорі, коли через п'ять хвилин чекає якась інша важлива справа. Лікар повинен виділити щонайменше 30 хвилин, а в ідеалі до години. Важливо запросити батьків у кабінет, де ніхто не потурбує і де батьки почувуються комфортно.

2. Важливо запросити обох батьків. Адже сказати, для прикладу, одній лише мамі інформацію про аутизм/неповносправність – це означає скинути на її плечі ще й важке завдання переказати цю інформацію чоловікові, що вона може

бути просто не готова зробити через силу власних емоційних переживань. Присутність обох батьків є дуже важливою, бо вони можуть підтримати один одного, що полегшить сприйняття ними болючої реальності. Присутність обох батьків важлива ще й тому, що фахівці можуть дати відповіді на запитання обох батьків, роз'яснити незрозумілі аспекти, що попередить появу суперечки про те, хто і що як зрозумів.

3. Якщо батьки присутні з дитиною, то важливим є засвідчити позитивне ставлення фахівця до дитини, підкреслення її цінності, її сильних рис. Для прикладу, можна відзначити позитивні досягнення її розвитку чи просто позитивні риси. Можна також змодельовати позитивне ставлення до дитини.

4. На початку розмови батькам важливо повідомити її мету. Для прикладу: «Ми хочемо сьогодні представити вам результати обстежень дитини, а тому ми відвели час на спільну зустріч».

5. Тоді представити результати обстежень, вказуючи водночас на досягнення дитини в розвитку, так і на реальні затримки, порушення, пояснюючи їх значення. Представляючи факти важливо бути чутливими до реакцій батьків, при потребі зупинятися, роз'яснювати, давати відповіді на запитання. Тоді, по викладі основних фактів, підсумувати їх і звести до діагностичного та прогностичного формулювання. Ця перша частина діагностичного формулювання повинна бути доволі чіткою і лаконічною, вона повинна представляти дитину не у негативний спосіб (типу «з неї нічого не буде»), а показати як реальність обмежень, так і реальність можливостей розвитку. Втім, вказування можливості розвитку не повинно спантеличити батьків у сенсі, що «зараз відстає, але з часом усе наздожене».

6. Після першої, «сконденсованої» порції інформації важливо відчутти ситуацію і продовжувати далі в залежності від реакції батьків.

7. Якщо батьки чи хтось один із них сильно засмутився, важливо не переходити одразу далі, а висловити підтримку – жестом, словом, співчутливим поглядом. Якщо батьки задають запитання – дати відповіді. Якщо батьки

заперечують, відмовляються вірити – визнати, що ви розумієте їхню неготовність повірити, але водночас ви надаєте їм фактичну інформацію.

8. Звичайно після першої хвили почуттів батьки готові слухати далі і переважно задають багато запитань – з одного боку, про майбутнє, прогноз, з іншого – про те, що їм робити зараз, як можна допомогти дитині. На запитання про прогноз важливо давати відповіді дуже обережно, тому що звичайно сам діагноз дитини не дає змогу точно передбачити можливий рівень розвитку дитини у майбутньому, і у випадку невизначеності краще говорити про можливий спектр, аніж заявляти, як саме буде.

9. По роз'ясненні можливих варіантів розвитку дитини важливо зосередитися на тому, чого потребує дитина зараз і яка опіка, допомога їй потрібна, в чому полягає роль батьків, якими є можливі методи допомоги. Важливо також застерегти батьків від застосування неефективних методів або ж спроб прямого обману чи маніпуляцій їхньою свідомістю щодо можливостей певним «чудодійним» методомвилікувати дитину.

10. Звичайно у батьків виринає також запитання, як жити з цими випробуваннями, що чекає на їхню дитину, чи зможе вона бути щасливою, чи зможе їхня сім'я бути щасливою. І тут лікар може сказати дещо про філософію життя з неповносправною дитиною, розповісти історії інших батьків, запропонувати батькам можливість знайомства з батьками інших дітей, які мають також аутизм чи інші порушення розвитку. Важливо дати батькам відчуття, що розлад дитини не означає кінець усьому, втрату можливості бути щасливими, але що це насправді починається новий етап життя, у якому треба навчитися багатьох нових речей, навчитися жити у новій реальності.

11. У випадку сильних реакцій заперечення і відмови батьків прийняти факт невиліковності аутизму важливо зрозуміти, що опір батьків є захисною функцією і немає потреби його «ламати». У таких випадках важливо зосередити увагу на розмові про те, що потрібно дитині зараз, як можна допомогти їй у розвитку, якого лікування/реабілітації вона потребує, а питання прогнозу залишити на майбутнє. Немає сенсу сперечатися з батьками щодо того, якою буде їхня дитина в далекому

майбутньому, головне разом допомогти дитині зараз, дати їй те, чого вона потребує для повноцінного розвитку. Важливо також поважати право батьків на іншу думку і при запиті дати їм можливість звернутися до іншого лікаря/фахівця, чи пройти повторні обстеження, якщо це може бути доцільним.

12. Звичайно на першій розмові важливо не передозувати інформацію – якщо її буде забагато, батьки її просто не зможуть засвоїти. Треба бути готовим, що батьки багато що можуть просто не почути, пропустити у вихорі емоцій. Тому важливо домовитися одразу про наступну зустріч, запевнити у відкритості до неї, готовності відповісти на усі запитання.

13. Наприкінці зустрічі може бути важливим торкнутися таких запитань: чи варто казати про розлад дитини бабусі, дідусеві, братику/сестрі. Затягування з відкриттям правди, її приховування веде лише до погіршення атмосфери; з часом сказати правду може бути все важче, попри те, що вона стає все очевиднішою. Це може частково у майбутньому приводити до самоізоляції батьків та дитини.

14. Якщо є можливість наприкінці зустрічі дати батькам інформаційні друковані матеріали про особливі потреби, це може виявитися дуже корисним, особливо якщо ці матеріали є доброї якості і підготовлені спеціально для батьків.

Втім представлення діагнозу та прогнозу це лише одна частина завдання, що стоять перед фахівцями. Інша – роз'яснення нейробіологічних та нейропсихологічних особливостей їхньої дитини, а відповідно як розуміти її поведінку, її комунікативні спроби – а відповідно як взаємодіяти з нею, які є можливості допомоги. Це передбачає базову психоедукацію батьків щодо особливих потреб – завдання, з яким ще багато доведеться працювати далі на наступних етапах втручання.

Круглий стіл фахівців з батьками у другій своїй частині має за мету представити можливі методи допомоги дитині і тоді спільно скласти індивідуальну програму допомоги сім'ї та дитині – при цьому враховуються, як пропозиції батьків, реальні можливості їхньої програми, так і думку батьків. При потребі батьків також можна скерувати у інші заклади/установи, які можуть надати послугу раннього втручання для їхньої дитини.

Технологія міждисциплінарної оцінки розвитку дитини та якості дитячо-батьківських відносин у системі раннього втручання

Традиційним та звичним початком роботи із сім'єю, яка виховує дитину з порушеннями розвитку, як для батьків, так і для фахівців, є оцінка розвитку дитини з точки зору встановлення діагнозу (ступеня здоров'я або нездоров'я, норми або патології), вивчення одним або кількома спеціалістами рівня розвитку дитини в різних сферах для того, щоб зрозуміти, яким є актуальний рівень розвитку дитини, а потім знайти для неї відповідну навчальну/розвиткову програму з тих, що існують. Досить часто отримані результати інтерпретують як перелік «невмінь» дитини та оцінку перспектив її розвитку через її вразливість та обмеження.

У ранньому втручанні як сучасній системі сімейно-центрованої комплексної допомоги розвитку дитини раннього віку поняття оцінки здоров'я та розвитку розширено до поняття оцінки потреб дитини та сім'ї. Програми раннього втручання спрямовані на те, щоб посилювати функціональні здібності дитини, яка має порушення розвитку, розширювати межі її участі в різноманітній діяльності, збільшити потенціал маленької дитини для її майбутнього незалежного життя в суспільстві. Оцінка в ранньому втручанні побудована таким чином, що дозволяє зробити перехід від визначення загальної перспективи розвитку дитини до більш функціональної перспективи, можливостей дитини брати участь в необхідних щоденних діях. Якість розвитку будь-якої дитини визначається тим, як вона застосовує різні навички в повсякденному житті – грі, проведенні вільного часу, розвагах, діях самообслуговування (їжі, одяганні, умиванні тощо), спілкуванні з іншими, а не тільки рівнем розвитку тієї чи іншої навички. Отже, процес проведення оцінки є процесом розуміння компетенцій, обмежень та ресурсів кожної конкретної родини та дитини.

Особливостями оцінки в ранньому втручанні є не тільки те, що до суто медичних показників та нормативної оцінки навичок та вмінь додана оцінка соціального оточення, розвиткового простору, батьківської компетентності, індивідуальних особливостей батьків, стресорів, які впливають на розвиток

дитини, а також дитячо-батьківських відносин, але й те, що дитину досліджують у межах сімейних, культурних та суспільних систем. Оцінку проводять та її результати інтерпретують з урахуванням того, як дитина діє в межах цих систем.

Важливою складовою першої зустрічі є встановлення довіри та довірчого контакту, особливу увагу приділяли фізичним та психологічним факторам контакту. Саме тому первинну оцінку проводили в ігровій кімнаті, у якій є різноманітні іграшки, що використовувалися залежно від віку дитини або її можливостей. Усі фахівці мають працювати без медичних халатів і для встановлення кращого розуміння та створення найбільш комфортної та довірливої атмосфери витримували правила контакту та взаємодії, розташовуючись «на одному рівні» під час спілкування з дитиною.

Спільна присутність фахівців виконує кілька функцій: дає змогу уникати необхідності батькам повторювати декілька разів ту саму анамнестичну інформацію для різних фахівців, а останнім надавала можливість формувати спільний погляд, отримуючи інформацію від батьків, разом спостерігаючи за поведінкою дитини та особливостями взаємодії дитини та батьків.

Скарги батьків записують максимально детально, із використанням прямої мови та висловів батьків, що дозволяє відобразити батьківський спосіб викладення та оригінальний зміст того, що турбує батьків.

Під час первинної оцінки проводиться збір анамнезу, описують негативні біологічні фактори, які впливали в анте-, пре- та постнатальному періоді, з'ясовано, у яких лікувально-профілактичних та реабілітаційних закладах дитина отримувала та отримує допомогу, лікарем оцінювався соматичний, неврологічний статус дитини.

У результаті спостереження за поведінкою дитини, батьків та дитячо-батьківською взаємодією в ігровій кімнаті й проведення діагностичних проб фахівці визначають рухові можливості дитини, наявність проблем у моторній сфері та засобів пристосування й використання наявних можливостей для опанування навколишнього середовища. Особливо важливо фіксувати моменти, коли зниження рухової активності не мало виражених фізичних чинників, а

виникало за рахунок емоційних проблем або недостатності комунікаційних здібностей. Аналізують когнітивний та мовний розвиток дитини.

Під час первинної оцінки особливостей спілкування та контакту із фахівцями враховується той факт, що дитина змушена спілкуватися з незнайомими дорослими в незнайомому приміщенні, та оцінюється, як швидко та яким чином вона включається у взаємодію або гру із стороннім дорослим. Фіксують активність в ініціюванні спілкування з дорослим, визначали вербальні та невербальні засоби дитини (залежно від віку та можливостей), якими вона залучає дорослого до контакту та спільної активності.

У подальшому на всіх етапах оцінки враховують динаміку якості спілкування дитини із фахівцями не тільки в ігровій кімнаті під час занять, але й у приміщенні центру від час зустрічі з незнайомими дорослими.

Спостереження за грою дитини спрямоване на визначення якісних особливостей ігрової діяльності та її відповідності віку дитини. Для цього використовують різноманітні іграшки, які дитина може вибирати за своїм смаком та уподобаннями. Також проводять діагностичні ігри, які відповідають віковим та індивідуальним можливостям дитини. Але основну увагу було приділяють спонуканню дитини до власної активності та створенню такої атмосфери, у якій дитина почувалася б максимально безпечно і могла найбільшою мірою показати свої здібності.

На всіх етапах оцінювання фіксують емоційний стан дитини та його динаміку, особливості адаптації до нових умов, відображають результати спостереження за емоційним станом батьків, особливостями їхньої поведінки, а також особливостями взаємодії дитини з матір'ю та близькими дорослими.

Поглиблена оцінка розвитку дитини в системі раннього втручання .

Планування та визначення змісту й напрямків поглибленої оцінки проводять під час зустрічі з батьками. У зустрічі беруть участь батьки, один із фахівців, який проводив первинну оцінку, та команда, яка була сформована для роботи з

дитиною та родиною в подальшому. Ця зустріч має певну структуру та складалася з кількох етапів.

Спочатку фахівець, який проводив первинну оцінку, дає батькам інформацію щодо її результатів, обговорює з батьками питання, пов'язані з первинною оцінкою, та представляє членів команди як тих фахівців, що будуть працювати з родиною. Після цього він залишає батьків з командою для подальшого обговорення та планування спільних дій, озвучуючи завершення своїх функцій у взаємодії з родиною. Така «передача» є важливим компонентом побудови відносин з батьками, оскільки досить чітко визначала кордони відповідальності певних фахівців та завершення циклу їхньої взаємодії з батьками. У разі, коли фахівець, що проводив первинну оцінку, ставав членом команди для подальшої роботи, саме він стає фасілітатором зустрічі з батьками.

Наступний етап зустрічі з батьками передбачає визначення функціонального запиту. Ураховуючи, що основною характеристикою функціонального запиту є його відповідність контексту щоденного життя родини та відображення пріоритетів родини в розвитку дитини в контексті щоденного життя, визначення запиту роблять на підставі обговорення з батьками типового дня родини. Так, батьків просять докладно розповісти, яким чином проходить типовий день дитини, які труднощі виникають під час реалізації денних рутин – прийому їжі, умивання, гуляння, спілкування тощо. Ця інформація дозволяє виявити, реалізація яких щоденних рутин становить найбільші труднощі для батьків, та визначити, які із сфер розвитку і в якому напрямку потребують поглибленої оцінки для подальшого формування індивідуального плану раннього втручання.

Завершальна частина зустрічі з батьками має бути присвячена вибору та узгодженню зручного для батьків та дитини часу для проведення поглибленої оцінки, відвідування занять, обговоренню правил і меж відповідальності батьків та фахівців.

Поглиблену оцінку проведуть протягом 3-4 зустрічей тривалістю 50 хвилин кожна мультидисциплінарною командою фахівців, склад якої залежать від потреб дитини та включав за звичай лікаря, психолога, логопеда, фахівця з фізичної

реабілітації. Батьки завжди мають бути присутні в кімнаті з дитиною та фахівцями.

Формат зустрічей передбачає як формалізоване тестування тих чи інших навичок дитини, так й організацію взаємодії з дитиною та спілкування з батьками, яка б давала можливість оцінити особливості розвитку дитини та обмеження в її функціонуванні, унікальні можливості і ресурси дитини та батьків (так звані «сильні сторони»), потреби дитини в кожній зі сфер розвитку (фізичному, пізнавальному, соціально-емоційному, комунікативному), пріоритети родини щодо розвитку дитини, навчальні можливості середовища, у якому живе дитина, а також якість дитячо-батьківських відносин.

Для фіксації результатів поглибленої оцінки використовують розроблений під час дослідження «Профіль розвитку дитини», який базується, наприклад, на біопсихосоціальной моделі, що дає можливість міждисциплінарній команді фахівців змістовно описати та зафіксувати в одному документі обмеження в стані здоров'я, які заважають дитині нормально функціонувати, рівень її розвитку в різних сферах, потреби дитини, які не задовольняються на час оцінки, ступінь самостійної участі та необхідної підтримки з боку батьків у різноманітній діяльності, яка є нормативною для дитини, характер міжособистісної взаємодії дитини з іншими, систему соціально-психологічної підтримки родини, особливості розвиткового середовища.

Важливим етапом є досягнення батьками та фахівцями узгодженої думки про потреби дитини, її сильні сторони, уміння й перспективи оволодіння тими чи іншими навичками та ту міру допомоги, якої дитина поки що потребує, фактично зону найближчого розвитку дитини.

Важливим показником соціального розвитку дитини є її можливість взаємодіяти з дорослими, виявляти активність, ініціювати та підтримувати соціальну взаємодію, бути суб'єктом соціальних інтеракцій.

Програми, які додатково застосовують для роботи у напрямі раннього втручання

ПРОГРАМА “БАТЬКИ ДЛЯ БАТЬКІВ”.

Основною метою програми “Батьки для батьків” – є створення відповідної атмосфери для відкритого спілкування батьків дітей з особливими потребами. Спілкуючись між собою, батьки відчують особливу підтримку один одного; відчуття солідарності допомагає їм менш болісно переживати ті почуття, які виникають у батьків, коли в них народжується неповносправна дитина. В групах ділення (взаємопідтримки) батьки мають змогу звільнитись від душевного тягара, від негативних емоцій, які не дають їм можливості почуватися вільно, природно, заважають бути собою і тим самим впливають на атмосферу у сім’ї, а отже на дитину. За допомогою програми батьки зможуть подружитися між собою і ця дружба допоможе їм позбавитись самотності, зневіри, ненависті. А сім’ї будуть більш цікавіше та веселіше проводити дозвілля.

Спілкування в програмі “Батьки для батьків“ дає можливість батькам обмінюватись власним досвідом та поширювати інформацію, що стосується дитини та її сім’ї. Програма допомагає всім членам сім’ї відчути себе повноцінними членами суспільства, а відчуття потрібності іншим дає сили та впевненості в собі, що є важливим для розвитку дитини. Гуртуючись разом, батьки зможуть обговорювати та вирішувати різні питання для лобювання інтересів дитини.

Форми роботи програми “Батьки для батьків”:

1. Групи ділення /взаємопідтримки/, які проводяться два рази в тиждень, дають батькам можливість поділитись тим, що тяготить їхні душі, допомагають відчутти взаємопідтримку інших батьків та зрозуміти, що вони не одні.

2. Індивідуальна підтримка – форма роботи, в якій сім’ї, де виховується неповносправна дитина допомагають іншим сім’ям, подібним їм, користуючись власним досвідом. І ця підтримка може бути як психологічна, моральна так і фізична.

3. Організація різних свят, заходів, прогулянок тощо дає змогу більше згуртуватись всій сім'ї та сім'ям між собою, допоможе кожному члену родини відчувати себе потрібним, та відчувати свою потрібність іншим.

4. Семінари “Батьки для батьків” проходять в чудовому гірському містечку Славську на протязі трьох днів, де батьки мають змогу, під час відкритого спілкування, краще зрозуміти один одного, зрозуміти що вони разом можуть багато зробити для своїх дітей та сімей. І в них народжується бажання міняти цей світ – на світ довіри, любові, добра.

5. Літні табори дають змогу всій сім'ї, де виховується неповносправна дитина побувати разом 5-6 днів десь чи то в Карпатах, чи на березі річки або озера, чи просто за містом в гарній місцині. За програмою волонтери допомагають батькам з дітьми, і тому батьки можуть поспілкуватись з іншими батьками, почути багато корисної інформації, поділитись власним досвідом чи просто відпочити. Важливим етапом є ігри, конкурси, вечори художньої самодіяльності, карнавали в ході яких створюється атмосфера радості, довіри, відвертості, яка допомагає учасникам відчувати особливість та важливість кожного життя.

6. Розповсюдження літератури дає можливість батькам отримати більш повну інформацію щодо виховання дітей, розуміння їх потреб і можливостей та просто для життя.

Програма підтримки братів-сестер дитини з особливими потребами “мій брат - моя сестра”

Проблематика інших дітей в сім'ях, де є неповносправна дитина вкрай важлива, проте довгий час залишалась поза психолого-педагогічною увагою. Здорові брати, сестри можуть мати багато емоційних проблем і потребувати допомоги у їх вирішенні. Часто це діти які, з часу народження брата чи сестри з особливими потребами, залишаються сам-на-сам зі своїми проблемами, які стають самотніми і непомітними, тамуючи злість та образу до батьків, брата чи сестри; які переживають страх за власне здоровся, нічого не знаючи про особливі освітні потреби братів-сестер; в яких, з народженням неповносправної дитини в сім'ї,

закінчується дитинство, а з'являються лише обов'язки. Проте, народження дитини з особливими потребами може мати великий позитивний вплив на розвиток особистості її братів та сестер. Насамперед це залежить від батьківської позиції та психолого-педагогічної підтримки.

Програма підтримки для братів-сестер - це система надання послуг батькам та нормотиповим братам-сестрам дитини з особливими потребами. Вона передбачає:

1. Виявлення актуальності проблеми в процесі соціально-педагогічного супроводу сім'ї;
2. Групові зустрічі братів-сестер;
3. Індивідуальні консультації психолога з братами-сестрами, які відносяться до групи нормотипових;
4. Індивідуальні консультації психолога з батьками щодо взаєностосунків між дітьми;
5. Групові зустрічі з батьками для виявлення і подолання проблем взаєностосунків між дітьми, які мають і не мають особливі потреби;
6. Видавництво методичних рекомендацій для батьків щодо подолання проблем взаєностосунків між дітьми, які мають і не мають особливі потреби;

Мета групових зустрічей з нормотиповими братами-сестрами:

- 1) допомогти дітям зрозуміти особливості розвитку їх братів-сестер;
- 2) розуміти особливі потреби, з якими стикаються брати-сестри, які мають такі потреби;
- 3) навчитися визначати і обговорювати сильні сторони братів-сестер з особливими потребами;
- 4) обговорювати і пропрацьовувати емоційні реакції на стресові події, пов'язані з неповносправністю братів-сестер;
- 5) розвиваючи творчі здібності, сприяти кращому пристосуванню братів-сестер в соціумі;
- 6) підкріплюючи просоціальні, емпатійні якості у братів-сестер, сприяти формуванню позитивного соціального ставлення до неповносправних людей.

Групові зустрічі проводяться раз на тиждень, тривалістю до 1,5 год. за участю двох психологів. Максимальна кількість дітей в групі - 15 осіб, віком 4-6 (дошкільна група) і 7-10 років. Такі заняття відбуваються на основі адаптованої програми підтримки братів-сестер дитини з особливими потребами американських психологів D.Lobato і D.Meyer та тренінгів креативності (Andrzej Goralski). Тривалість одного марафону групових зустрічей - 10 тижнів.

Програма інтерактивного відео тренінгу (ІВТ)

ІВТ складається з Домашнього Відео Тренінгу (ДВТ) і Інтерактивного Відео Керівництва (ІВК). Це метод покращення сімейних стосунків, а ІВК- метод роботи з відносинами між працівниками служб опіки і клієнтами.

Суть методу полягає в аналізі характеру спілкування, виділенні та підтримці позитивних елементів комунікації. Наголос робиться на сильних сторонах і можливостях людей. Методика ІВТ виходить з усвідомлення того, що позитивні стосунки з батьками та іншими важливими в житті дитини людьми є життєво важливим для її розвитку.

ІВТ базується на принципах позитивного спілкування і на детальному аналізі елементів та моделей взаємостосунків в сім'ї. Цей аналіз спілкування дає можливість з іншої точки зору подивитися на проблемні ситуації в житті сім'ї та можливості і шляхи їх змін. Основне припущення методу полягає у тому, що батьки і діти хочуть добре жити один з одним, навіть, коли їхні відносини серйозно порушені. Це бажання ніколи не зникне. Доведено, що навіть у дуже важких виховних ситуаціях діти прагнуть позитивного контакту з батьками.

Досвід підтвердив, що, якщо батьки і діти здатні позитивно взаємодіяти, вони ніколи не оберуть протилежного шляху. Проблеми у вихованні полягають в нестачі необхідної інформації, яка б могла допомогти батькам підтримувати нормальні стосунки всередині сім'ї. Нестача позитивного контакту між батьками і дітьми зумовлює проблемну поведінку. Ще однією причиною проблемної поведінки є відсутність позитивного прикладу.

Тренер з самого початку концентрує увагу на побудові позитивного контакту і зміцненні стосунків між членами родини, а також допомагає розвивати їх контакти з суспільством. Тренер записує на відео ситуації, які трапляються щоденно (ігри, прийом їжі, сон тощо). Аналізуючи записані ситуації, він наголошує на тих моментах, де спілкування було успішним.

Ці ситуації демонструються сім'ї на наступній зустрічі і обговорюються з батьками. Таким чином батьки можуть бачити, що, навіть у дуже складних ситуаціях вони є успішними. Отже, вони дізнаються, що елементи спілкування створюють ефективний контакт та обирають кращий варіант спілкування з дітьми.

Основним завданням є досягнення цілі через маленькі конкретні кроки, а не негайна зміна усієї ситуації. Батьки і тренери мають підтвердження дієвості методу переглядаючи перші і останні відеозаписи. Паралельно з цим росте їх впевненість у власних здібностях і можливостях.

Вважається що ІВТ є короткотривалою ефективною терапією. Він потребує від 1 до 6 місяців часу . В середньому тренер відвідує сім'ю 1 раз на тиждень по 60-90 хв. Проте, при необхідності, він може приходити частіше. Цей вид допомоги є економічно вигіднішим ніж традиційний, особливо у закладах опіки над дітьми.

ІВТ може бути використаний як метод попередження негативної поведінки.

ІВТ може допомогти:

- сім'ям, де є діти з проблемами у поведінці;
- сім'ям, де є діти з психічними розладами;
- сім'ям, де є діти з проблемами у розвитку і особливими потребами;
- сім'ям з усиновленими дітьми;
- проблемним сім'ям;
- сім'ям, де є жорстоке ставлення або інші види скривдження дитини.

Використання ІВТ не потребує спеціальних умов або обмежень для використання. Він може бути використаний будь-де і є дієвим для зміцнення елементів позитивної комунікації.

Цей метод є високоефективним у таких галузях: взаємодії між вчителями та студентами; при аналізі і вдосконаленні спілкування між робітниками і клієнтами

різних галузей; в деяких відділеннях лікарень (ефективним є у відділеннях для недоношених дітей і пацієнтів, які знаходяться на тривалому лікуванні).

Метод ІВТ використовується у Чехії вже 8 років і 5 років у Польщі, завдяки проекту наданим Міністерством Закордонних справ Голландії (програма МАТРА).

Доказом ефективності методу ІВТ є проект його 5-річного використання у Польщі. Зростає кількість людей і міст для яких результати методу стали важливими. Люди які використовували ІВТ стверджують, що він розвиває здібності для створення турботливого, відповідального та безпечного середовища для тих, хто від цього залежить. ІВТ допомагає клієнтам покращувати самосприйняття та самоповагу і розвивати оптимальний шлях спілкування та самовираження. Професіонали соціальної сфери, які використовували ІВТ як інтенсивний тренінг, змінили свій підхід від авторитарного до клієнт-центрованого, який підтримує особистісний ріст клієнта та надихає його.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ В ПРОГРАМІ “РАННЄ ВТРУЧАННЯ”

Мета: Сприяти формуванню правильних рухових стереотипів на ранніх етапах розвитку дитини.

Завдання:

- зменшення впливу патологічних процесів та нормалізація м'язового тону;
- стимуляція розвитку реакцій випростовування та рівноваги;
- формування основних рухових функцій відповідно до еволюційного розвитку дитини;
- сприяння формуванню навичок самообслуговування;
- попередження виникнення вторинних явищ – контрактур, деформацій тощо;
- сприяння створенню відповідних умов для розвитку дитини в домашньому середовищі;
- навчання та консультування батьків або інших осіб, які доглядають за дитиною.

Основні *методичні принципи*: прагнення до формування правильних рухових стереотипів; основною формою навчання та опанування моторних функцій та навичок самообслуговування є ігрова діяльність; індивідуальний підхід до складання реабілітаційної програми; темп рухів та ступінь контролю за їх виконанням повинні сприяти максимальній активності дитини; багаторазове повторювання та використання в щоденному житті моторних функцій, опанованих дитиною; обов'язковою вимогою є тісна співпраця з батьками;

Зміст діяльності та основні напрямки фізичної реабілітації.

Зміст діяльності:

- проведення фізичного обстеження з метою визначення фізичного діагнозу;
- планування програми реабілітаційного втручання;
- виконання програми;
- аналіз результатів реабілітаційного втручання.

Перше обстеження фахівцями фізичної реабілітації проводиться в загально визначені консультативні дні за попереднім записом. Фахівець обстежує й дає своє заключення стосовно всіх дітей віком від 0 до 6 років, що поступають на програму «Раннє втручання».

Фізичне обстеження проводиться після обстеження та встановлення лікарем медичного діагнозу. В ході обстеження реабілітолог виявляє в дитини споріднені проблеми та, в разі необхідності, скеровує її до інших спеціалістів підрозділу фізичної реабілітації для продовження поглибленого обстеження та подальшого терапевтичного втручання.

Напрямки діяльності:

- розвиток основних моторних функцій;
- розвиток дрібної моторики, годування та формування інших навичок самообслуговування;
- підбір та забезпечення допоміжними засобами та пристосуваннями для прийняття дитиною правильних положень та сприяння розвитку функціональних умінь;
- виготовлення ортопедичних фіксуєчих засобів із метою зменшення впливу патологічного тонуусу м'язів уражених кінцівок на моторний розвиток дитини.

Залучення спеціалістів: фахівець фізичної реабілітації; заняттєвий терапевт; спеціаліст із підбору сидження та візків; спеціаліст з ортезування.

Способи реалізації програми фізичної реабілітації

Способи реалізації реабілітаційної програми залежать від індивідуальних можливостей та потреб дитини. Основна форма проведення занять – індивідуальна. Заняття передбачає роботу реабілітолога в безпосередньому контакті з дитиною та практичне навчання батьків. Частота занять залежить від цілей, які ставитиме фахівець перед дитиною та батьками. Планується проведення групових занять матері й дитини. Кількість – до 5 дітей і 5 батьків. Частота проведення – 1 раз на тиждень.

Діти формуються в групи відповідно за віком та рівнем психомоторного розвитку. Заняття з фізичної реабілітації проводяться в спеціально обладнаних реабілітаційних залах. Важливою формою навчання, закріплення та вдосконалення опанованих функцій є самостійна робота батьків удома. З метою пристосування домашнього середовища до потреб дитини консультаційні заняття можуть проводитися в домашніх умовах.

ТЕРАПІЯ ХАРЧУВАННЯ

Мета: досягти у дітей з проблемами розвитку максимально наближених до нормального навичок годування.

Принципи:

- Пригнічення патологічної рефлексорної діяльності, що перешкоджає розвитку навичок прийому їжі.
- Сприяння розвитку нормальної рефлексорної активності при опануванні відповідних навичок самообслуговування.

Методи:

- Контроль рота \підтримка нижньої щелепи\ під час годування і напування: особа, що годує дитину певним способом тримає підборіддя дитини, пригнічуючи таким чином неправильні рухи рота, як висолоплювання язика, а також сприяючи нормальним рухам.

- Способи впливу на оральну рефлексорність, і/або чутливість. Застосовуючи контроль і певну порцію тактильних стимулів і викликаючи правильні реакції моторики, терапевт намагається нормалізувати оральну рефлексорність і чутливість.

- Способи нормалізування тону у роті і навколо нього: постукування по щоках, по язика, стрясування щік і язика.

Ці методики застосовуються після повної нормалізації тону і його пози.

ПРОТОКОЛ ЗАПИСУ НА КОНСУЛЬТАЦІЮ В ПРОГРАМІ “РАННЄ ВТРУЧАННЯ”

1. Запис на консультацію здійснюється реєстратором по телефону або при відвідуванні сім'єю центру.

2. Процедура запису є дуже відповідальним процесом, оскільки для багатьох батьків це є мить першого контакту з центром і від характеру цього першого знайомства в значній мірі залежатиме подальший розвиток стосунків довіри та співпраці між сім'єю та командою програми Раннє втручання.

3. Процедура запису повинна відображати нашу привітність та повагу до батьків, відкритість та уважність до проблем та потреб сім'ї, наше бажання підтримати та допомогти.

4. Реєстратор повинен уважно вислухати батьків, не перебиваючи дати можливість висловити свої потреби, причину звернення, відповіді на запитання. У разі якщо реєстратор не може дати відповіді на запитання, він просить до телефону когось із фахівців, хто б міг дати більш вичерпну відповідь на питання батьків.

5. Ввічливість, яка проявлятиметься у таких простих фразах, як “центр Джерело, добрий день”, “Приходьте, ми вас чекаємо”, і в усьому стилі розмови є безумовною умовою процесу запису.

6. Оскільки для багатьох батьків звернення по телефону може бути доволі емоційним процесом і супроводжуватись такими емоціями, як страх, недовіра, смуток, сором та інші, реєстратор має бути уважним до цих почуттів і відповідно вести розмову.

7. Для допомоги та підтримки реєстратора у цьому нелегкому завданні з-поміж членів команди йому призначається супервізор.

8. Дані отримані в процесі розмови заносяться реєстратором у зошит попереднього запису відповідно граф реєстраційного листка.

9. Зошит попереднього запису зберігається в реєстратурі. Інформація фахівцю, який проводить прийом, подається на окремому бланку в день призначених консультацій.

10. В кінці розмови батькам необхідно вказати:

- Точну адресу центру та при потребі розповісти як доїхати до центру
- Точну годину консультації
- Про необхідність вчасного приходу на консультацію
- Про необхідність телефонічного попередження в разі запізнення чи неможливості приїзду

• Попросити взяти медичну картку дитини, дані про попередні обстеження та пройдені курси лікування

• Попередити про імовірну тривалість консультацій та необхідність при потребі взяти для дитини харчування.

11. Поточний запис до фахівців здійснюється реєстратором або самими ж фахівцями при відвідуванні сім'єю центру або по телефону за узгодженням з фахівцями.

СТАНДАРТИ ЯКОСТІ ПРОГРАМИ РАННЄ ВТРУЧАННЯ

1. Забезпечення сімейно-центрованого підходу.
2. Добра організація послуг.
3. Раннє поступлення дітей на програму.
4. Висока професійна якість послуг.
5. Якісна командна співпраця.
6. Забезпечення швидкої, комплексної діагностики.
7. Постійна праця над розвитком програми та її працівників.
8. Співпраця з громадою над розвитком мережі послуг для сімей дітей з особливими потребами.
9. Забезпечення “передачі” сім’ї по завершенню її участі у програмі.
10. Забезпечення науково-методичної діяльності програми.

ПРИНЦИПИ КОМАНДНОЇ СПІВПРАЦІ В ПРОГРАМІ РАННЄ ВТРУЧАННЯ

1. В основі роботи програми Раннє Втручання лежить командна форма праці.
2. До команди на рівних правах входять усі працівники програми.
3. Така особливість роботи вимагає від фахівців не тільки виконання своїх посадових обов'язків відповідно до професії, але ж у рівній мірі – командних зобов'язань.
4. Ефективність роботи програми напряду залежить від якості командної співпраці, а тому від кожного фахівця вимагається глибоке усвідомлення того, що він відповідає не тільки за свою ділянку праці, але й за успіх усієї програми.
5. Успішна робота в команді вимагає від кожного її члена певних людських рис, без яких така форма роботи є неможливою, і відповідно наявність чи відсутність цих рис є важливим фактором при розгляді кандидатів до праці в програмі.
6. У першу чергу від кожного члена команди вимагається з повагою ставитися до інших членів команди. Такі форми поведінки, як осудження та обмовляння інших членів, нешанобливе до них ставлення роблять неможливими командну роботу, руйнують атмосферу довіри.
7. Від кожного члена команди очікується його активна участь у роботі команди в усіх її формах – від активної участі в спільних зборах, дискусіях, сумлінного виконання власних обов'язків до активного волонтерства у вирішенні щоденних проблем та потреб у роботі програми.
8. Успіх командної праці неможливий без відповідального ставлення до своїх обов'язків кожного її члена, вчасного та належного виконання прийнятих на себе зобов'язань.
9. Спільна діяльність вимагає від кожного вміння слухати та розуміти один одного. Це вміння передбачає не тільки наявність елементарної культури слухання (такої як не перебивати, не вести паралельних розмов чи займатись сторонніми справами, коли хтось інший говорить), але й відкритість до думок та ідей відмінних від власних, вміння

бачити ситуацію з інших точок зору, толерантність.

10. Командна діяльність вимагає також від кожного її члена розвитку навичок участі у зборах команди, спільних обговореннях. Це включає в себе уміння ясновисловлювати власні думки та пропозиції, дотримуватись регламенту та порядку денного зустрічі, конструктивно вести дискусію, дбати про те, щоб кожен член зміг висловитись.

11. Кожен член команди несе відповідальність за психологічну атмосферу, яка існує між працівниками програми, і повинен усіляко сприяти, щоб вона була повною довіри, приязні та взаємопідтримки.

12. Розвиток програми є неможливий, якщо члени команди не будуть давати один одному зворотню інформацію щодо праці та дій кожного.

13. Така зворотня інформація може бути позитивною та вказувати на сильні сторони роботи і у такий спосіб додавати наснаги. Але може і повинна бути критичною, щоб допомогти фахівцю покращити свою працю, виправити допущені помилки.

14. Висловлення критичних зауважень повинно відбуватися у коректній формі, без осудження чи приниження. Таке відкрите спілкування є вкрай важливим, оскільки без нього в команді швидко наростатимуть образи, недовіра, осудження і врешті це може призвести до розпаду команди та падіння якості роботи програми.

15. Уміння робити коректно зауваження іншим повинно також супроводжуватись і умінням самому приймати конструктивну критику, визнавати власні помилки, відкритістю до навчання та прийняття зауважень інших.

16. Для повноцінної роботи в команді кожному її члену є вкрай важливо брати участь у спільних зборах, семінарах. Важливо є поважати час інших людей, вчасно приходити на збори та брати в них активну та продуктивну участь.

17. Усі важливі рішення, які стосуються діяльності програми, повинні прийматися лише на загальних зборах команди і бажано лише досягненням консенсусу.

18. При появі проблем та конфліктів у роботі команди її члени повинні відкрито представляти ці ситуації та спільно шукати їх вирішення. Приховування чи

ігнорування конфліктів вестиме лише до їх розростання та деструктивного впливу на роботу команди та програми.

19. Однією з найважливіших функцій команди є емоційна підтримка кожного її члена. Це обов'язок кожного. Під час спільних же зустрічей команди якийсь час завжди віддаватиметься наможливість кожному висловити свої пережиття пов'язані з працею в програмі – іншим же вислухати і підтримати.

20. Як і підтримувати один одного у труднощах, команда покликана і спільно переживати радощі та успіхи. Тому по завершенню кожного з етапів розвитку програми та спільному аналізі здобутків та нових завдань члени команди покликанні спільно святкувати успіхи програми, відзначити та подякувати кожному за його внесок [49].

Словник

Раннє втручання

Система різних заходів, спрямованих на розвиток дітей раннього віку з порушеннями розвитку або ризиком появи таких порушень, і заходів, орієнтованих на підтримку батьків.

Служба раннього втручання

Служба допомоги дітям раннього віку з порушеннями розвитку або ризиком їх виникнення та їх сім'ям, в якій працює міждисциплінарна команда фахівців.

Міждисциплінарна команда

Група професіоналів різних спеціальностей, робота яких будується на партнерських взаєминах між ними. Всі рішення, що стосуються програм втручання, приймаються ними спільно після обговорень, але при цьому кожен член команди несе відповідальність за свою професійну роботу.

Міждисциплінарна команда в програмах раннього втручання складається з наступних фахівців: педіатр розвитку, фізичний терапевт (фахівець з фізичної реабілітації), спеціальний педагог, фахівець з комунікації (логопед), психолог, фахівець із соціальної роботи, диспетчер. Також в команду можуть входити ерготерапевт, фахівці з оцінки зору і слуху та інші фахівці.

Міждисциплінарна команда характеризується наявністю формальних каналів комунікації, що заохочує членів команди ділитись інформацією і обговорювати власні результати. Регулярні зустрічі зазвичай заплановані в розкладі для обговорення спільних випадків. Члени команди розділяють загальні цілі, при цьому система роботи сприяє обміну інформацією між ними і дає можливість отримувати зворотний зв'язок.

Порушення розвитку

Порушення розвитку означає суттєві відхилення від нормальних (типових) зразків розвитку і є наслідком тих чи інших змін у стані здоров'я або несприятливого впливу середовища. Порушення може виражатися в формі відставання та\або порушення функцій фізичної, когнітивної або емоційно-афективної природи.

Дитина з порушеннями - це дитина, у якого є відставання або порушення функцій в одній або декількох областях:

- загальна моторика,
- дрібна моторика,
- сенсорне сприйняття,
- когнітивна область,
- комунікація,
- адаптивна поведінка (навички самообслуговування і соціальні навички).

Виходячи з моделі, де розвиток розглядається як процес, порушення розвитку також має розглядатися як динамічний процес, в якому безліч факторів грають кожен свою роль. Серед них такі, як відмінності в нормах між людьми, статтю та культурами.

Відставання в розвитку

Відставання в розвитку визначається за допомогою нормованих шкал, що дозволяють визначити рівень розвитку дитини. Відставання - це недостатній розвиток дитини в порівнянні з середнім розвитком дітей в даному суспільстві.

Ризик відставання розвитку

Коли йдеться про ризик відставання у розвитку, то припускають, що наявні очевидні докази високої ймовірності появи відставання. Відомі три типи чинників ризику, які, тим не менш, не виключають один одного:

- 1) встановлений ризик, пов'язаний з наявністю специфічного медичного діагнозу або синдрому, наприклад, м'язова дистрофія Дюшена чи синдром Дауна;
- 2) соціальний ризик, пов'язаний з оточенням, коли діти знаходяться в ситуації депривації, що обмежує їх можливості отримувати необхідний для розвитку досвід;
- 3) біологічний ризик, що полягає в пренатальних, перинатальних і неонатальних факторах, наприклад, в разі недоношеності чи порушень в період вагітності.

Скринінг (від англ. «To screen» – просівати) – швидкий, доступний, приблизно метод обстеження з метою виявлення дітей з підозрою на порушення, що потребує більш точної діагностики або допомоги.

Оцінка

Первинна чи повторювана процедура, яка проводиться кваліфікованими фахівцями для визначення:

- потреб дитини в програмах раннього втручання;
- рівня розвитку дитини в кожній з областей;
- сильних сторін і потреб дитини;
- необхідних послуг для задоволення цих потреб;
- ресурсів, переваг і потреб сім'ї;
- видів підтримки та послуг, необхідних для посилення можливостей сім'ї

задовольняти потреби в розвитку їх дитини з порушеннями.

Міждисциплінарна оцінка - оцінка, яка проводиться групою людей, що мають відношення до розвитку дитини, що включає батьків дитини і спеціалістів у відповідних областях розвитку.

Абілітація – розвиток у дитини функцій, початково у нього відсутніх або порушених, запобігання прояву у дитини з порушеннями обмежень активності (життєдіяльності) і участі в житті суспільства.

Фізична терапія – спеціальність, в якій застосовуються фізичні (природні) методи впливу на людину, засновані на русі та інших впливах. Фізична терапія, як функціональна спеціальність, спрямована на підвищення здатності людини до руху та функціонування.

Ерготерапія – напрям, що дає змогу поліпшити рухові, емоційні, інтелектуальні та психічні можливості людини за рахунок терапевтичного впливу, адаптації навколишнього середовища, а також цілеспрямованої діяльності самої дитини (або дорослої особи). Мета ерготерапевта – допомогти людині стати максимально незалежною у повсякденному житті (самообслуговування, продуктивна діяльність, відпочинок).

Супервізія – (від англ. «to supervise» – спостерігати і «supervision» – нагляд, спостереження) – вид професійної взаємодії спеціалістів. У практиці раннього втручання в процесі супервізії відбувається професійний розбір складних випадків та аналіз труднощів в роботі. Супервізія використовується також як спосіб взаємного навчання фахівців (підвищення кваліфікації).

Природне середовище - місце для дитини (домашні обставини і середовище життя), що є природним і нормальним для всіх дітей, які не мають особливих потреб.

Світовою спільнотою напрацьовано Стандарти організації діяльності служб раннього втручання. Ці стандарти передбачають охоплення всіх складників цілестриваного та послідовного процесу надання допомоги і підтримки дітям з особливими потребами та їхнім родинам, починаючи з народження.

Додатки

1. Анкета для батьків дітей з РАС.
2. Опитувальник взаємодії батьків з дитиною.
3. Шкали розвитку за ESDM.
4. Оцінка потреб дитини та її сім'ї (за програмою ЮНІСЕФ).

1. Анкета для батьків дітей з РАС

ПІБ дитини _____

вік _____

Стать _____

Обстежувалася дитина раніше? _____

Якщо так, то який діагноз? _____

Ким поставлений діагноз? _____

Коли? _____

Число, місяць, рік заповнення анкети _____

Відомості про дитину

1. Риси гіперрухливості (так-ні)
2. Утруднення з концентрацією уваги
 - Утримує увагу не більше, ніж на () хвилин
 - Не утримує увагу
3. Напади:
 - злості _____
 - крику _____
 - агресії _____
 - аутоагресії _____
 - безутішного плачу _____
 - ступор _____
4. Чи були під час плачу незвичайні звуки? (так-ні)
5. Слабкість вираження емоцій (так-ні)
6. Надмірність емоцій (так-ні)
7. Афективна сфера:
 - відстороненість
 - стурбованість (тривожність)
 - напруженість
8. Частий сміх без причини (так-ні)

9. Схильність до ейфорії (так-ні)
10. Чи наполягає до крику на тому, що хоче зробити? (та ні)
11. Сильні, вимогливі жести (так-ні)
12. Не використовує мова в процесі комунікації (так-ні)
13. Відсутність мови про себе в першій особі (так-ні)
14. Приймає дивні пози, постави (так-ні)
15. Вигинається, коли дитину беруть на руки (так-ні)
16. Чинить спротив тілесному контакту (так-ні)
17. Часто скиглить? (та ні)
18. Тримає плечі високо, долоні вперед (так-ні)
19. Часто ходить навшпиньки? (та ні)
20. Надає перевагу людям / іграшкам (так-ні)
21. Уникає людей (так-ні)
22. Наполягає на предметах, які занадто цікавлять? (так-ні)
23. "Тероризує" нешкідливі предмети (так-ні)
24. Чи ставить предмети в постійній послідовності? (так-ні)
25. Зауважує зміни в навколишньому оточенні? (так-ні)
26. Надзвичайна деригуальність і акуратність (так-ні)
27. Повторює завчені слова та речення (так-ні)
28. Зациклення на одній темі (так-ні)
29. Ігри "неігровими" предметами (так-ні)
30. Споживання їжі:
 - що дитина вимагає найбільш часто / їжу, напої /
 - який їжі віддає перевагу? _____
 - нетерпимість до якого виду продуктів? _____
31. Жує або ковтає неїстівні предмети? (так-ні)
32. Слухове сприйняття:
 - закриває вуха на гучні звуки? (так-ні)
 - подобаються галасливі іграшки? (так-ні)
 - реагує на ваші прохання? (так-ні)

- хворобливе сприйняття певних звуків \ яких? \ _____

33. Зорове сприйняття:

- уникає дивитися людині в обличчя \ "бічний зір" \ (так-ні)
- іноді \ на прохання \ дивиться в очі (так-ні)

34. Тактильне сприйняття:

- обмацування і вивчення поверхні за допомогою пальців (так-ні)
- близько підносить до очей їжу, предмети - обнюхує (так-ні)
- пильно розглядає власні руки (так-ні)
- дуже чутлива до деяких запахів (так-ні)
- залазить на дуже високі місця? (так-ні)

35. Колекціонує певні предмети (так-ні)

36. Чи може проводити години за заняттям, які не мають сенсу (так-ні)

37. Підбирає дрібні предмети \ крихти, висмикує траву і т.д. \ (так-ні)

38. Ехолалія (так-ні)

39. Не допускає до себе інших дітей (так-ні)

40. Чи здатна дитина зрозуміти правила гри (так-ні)

41. Не може підтримати розмову (так-ні)

42. Порушені тон і ритм мови (так-ні)

43. Не володіє символічною грою (так-ні)

44. Не розмовляє (так-ні)

45. Розмовляє придуманому мовою (так-ні)

46. Чим захоплюється дитина? \ її улюблене заняття \:

47. Чи потребує дитина постійного нагляду, навички самостійності ?:

48. Орієнтація в соціумі:

- повністю
- частково
- за допомогою родичів

49. Відомості про щеплення:

-

-

50. Вагітність і пологи:

- вагітність і пологи пройшли нормально _____
- проблеми під час вагітності і пологів _____
- проблеми під час вагітності, пологи нормальні _____
- проблеми під час пологів, вагітність нормальна _____
- інше _____

51. Чи страждав хтось із найближчих родичів психічними захворюваннями (найближчими родичами вважаються батьки, брати, сестри, дідусі та бабусі, дядьки й тітки.) _____

52. ДОДАТКОВІ ВІДОМОСТІ ПРО ДИТИНУ \ не ввійшли в опитувальник, які, як ви вважаєте, можуть допомогти в діагностиці порушення розвитку дитини \:

Відомості про батьків

ПІБ матері чи батька _____

Вік _____

Стать _____

Число, місяць, рік заповнення анкети _____

Е-mail або інший контакт:

1. Ваша сім'я:

- повна
- неповна
- багатодітна
- прийомна дитина (діти)

2. Склад сім'ї (батьки, дідусі, бабусі, інші родичі, що живуть з вами)

-
3. Чи є в сім'ї ще її члени з психофізичними відхиленнями (так-ні)
4. Хто здійснює основний догляд за дитиною _____
5. Чи завжди у вашій родині дотримується єдність вимог до дитини з боку всіх її членів?
- завжди;
 - іноді не дотримується;
 - частіше не дотримується, ніж дотримується;
 - не дотримується.
6. До яких методів виховання ви найчастіше вдаєтеся?
- намагаєтеся переконати дитину в чомусь;
 - впливаєте особистим прикладом;
 - даєте доручення і вимагаєте його виконати;
 - залучаєте до спільної праці;
 - учите, як вчинити в тому чи іншому випадку;
 - заохочуєте;
 - Караєте.
7. Які труднощі ви відчуваєте у вихованні дитини?
- вона вас не розуміє;
 - вона не приймає ваших вимог;
 - у вас не вистачає часу на спілкування;
 - ви не знаєте, як вчинити в тому чи іншому випадку;
 - ви не знаєте, як виконати рекомендації психолога.
8. Яка роль батька у вихованні дитини у вашій сім'ї?
- є головою сім'ї і користується незаперечним авторитетом;
 - є прикладом для дитини і об'єктом її любові і турботи;
 - практично не бере участі у вихованні дитини, так як зайнятий своїми справами;
 - нерегулярно займається з дитиною, рідко цікавиться її справами;

- грубий з нею, пригнічує його окремими своїми вчинками;
- вважає, що головна його турбота - матеріальне забезпечення сім'ї, а питаннями виховання повинна займатися мама і спеціальна установа.

9. Яка роль матері у вихованні дітей у вашій родині?

- всі турботи про дітей і всі питання сімейного виховання мати взяла на себе;
- є прикладом для дітей і об'єктом їх особливої любові і турботи;
- намагається підвищити авторитет батька в очах дітей і спирається на його думку у вирішенні питань виховання;
- вважає, що головна її турбота - нагодувати, одягнути, зберегти здоров'я дітей, а вихованням повинен займатися батько і спеціальна установа;
- у вільний від роботи і домашніх справ час вчить дітей корисним справам;
- не має вільного часу, щоб займатися дітьми;
- переклала певну частину турбот про дітей на бабусю і дідуся;
- практично не бере участь у вихованні дітей, так як зайнята своїми справами;
- надто сувора з дітьми, пригнічує їх окремими вчинками, негативно впливає на них.

2. Опитувальник «Взаємодія батьків з дитиною»

Інструкція. Відзначте вашу згоду з наступними твердженнями за 5-бальною шкалою. Оцініть твердження окремо для кожного з батьків в бланку відповідей: літера М - для матері, Б - для батька.

5 – безумовно, так (абсолютна згода);

4 – загалом, так;

3 – і так, і ні;

2 – швидше ні;

1 – ні (абсолютна незгода).

1. Якщо вже я щось вимагаю від нього (неї), то обов'язково доб'юся цього.
2. Я завжди караю його (її) за погані вчинки.
3. Він (вона) сам (а) зазвичай вирішує, який одяг надягти.
4. Мою дитину сміливо можна залишити без нагляду.
5. Син (дочка) може розповісти мені про все, що з ним (з нею) відбувається.
6. Думаю, що він (вона) нічого не доб'ється в житті.
7. Я частіше кажу йому (їй) про те, що мені в ньому (в ній) не подобається, ніж подобається.
8. Часто ми спільно виконуємо хатню роботу.
9. Я постійно турбуюся про здоров'я дитини.
10. Я відчуваю, що непослідовний (на) у своїх вимогах.
11. У нашій сім'ї часто бувають конфлікти.
12. Я б хотів (ла), щоб він (вона) виховував (ла) своїх дітей так само, як я його (її).
13. Він (вона) рідко робить з першого разу те, про що я прошу.
14. Я його (її) дуже рідко лаю.
15. Я намагаюся контролювати всі його (її) дії і вчинки
16. Вважаю, що для нього (неї) головне – це слухатися мене.
17. Якщо у нього (неї) трапляється неприємності, в першу чергу він (вона) ділиться зі мною.
18. Я не поділяю його (її) захоплень.
19. Я не вважаю його (її) таким розумним і здібним, як мені хотілося б.
20. Можу визнати свою неправоту та вибачитися перед ним (нею).
21. Я часто думаю, що з моєю дитиною може трапитися щось жахливе.
22. Мені важко буває передбачити свою поведінку стосовно нього (неї).
23. Виховання моєї дитини було б набагато кращим, якби інші члени сім'ї не заважали.

24. Мені подобаються наші з нею (з ним) стосунки.
25. Вдома у нього (у неї) більше обов'язків, ніж у більшості його друзів.
26. Доводиться застосовувати до нього (до неї) фізичні покарання.
27. Йому (їй) доводиться чинити так, як я кажу, навіть якщо він (вона) не хоче.
28. Думаю, я краще нього (неї) знаю, що йому (їй) потрібно.
29. Я завжди співчуваю своїй дитині.
30. Мені здається, я його (її) розумію.
31. Я б хотів (ла) в ньому (ній) багато чого змінити.
32. У прийнятті сімейних рішень завжди враховую його (її) думку.
33. Думаю, що я тривожна мама (тато).
34. Моя поведінка часто буває для нього (неї) несподіваною.
35. Буває, що коли я караю дитину, мій чоловік (дружина, бабуся і т.п.) починають дорікати мене в надмірної суворості.
36. Вважаю, що в цілому, правильно виховую свого сина (дочку).
37. Я висуваю до нього багато вимог.
38. За характером я м'яка людина.
39. Я дозволяю йому (їй) гуляти одному (одній) у дворі будинку.
40. Я прагну захистити його (її) від труднощів і неприємностей життя.
41. Я не допускаю, щоб він (вона) помічав (ла) мої слабкості й недоліки.
42. Мені подобається його (її) характер.
43. Я часто критикую його (її) за дрібниці.
44. Завжди охоче його (її) вислуховую.
45. Вважаю, що мій обов'язок захистити його (її) від будь-яких небезпек.
46. Я караю його (її) за такі вчинки, які здійснюю сама.
47. Буває, я мимоволі налаштовую дитину проти інших членів сім'ї.
48. Я втомлююся від повсякденного спілкування з ним (з нею).
49. Мені доводиться змушувати його (її) робити те, що він (вона) не хоче.
50. Я прощаю йому (їй) те, за що інші покарали б.
51. Мені б хотілося знати про нього (про неї) все: про що він (вона) думає, як ставиться до своїх друзів і т.д.
52. Він (вона) сам (а) обирає, чим займатися вдома у вільний час.
53. Думаю, що для нього (неї) я найближча людина.
54. Я схвалюю його (її) поведінку.
55. Я часто висловлюю своє невдоволення ним (нею).
56. Беру участь у справах, які придумує він (вона).

57. Я часто думаю, що хтось може образити його (її).
58. Буває, що докоряю і хвалю його (її) за одне і те ж.
59. Трапляється, що якщо я кажу йому (їй) одне, то чоловік (дружина, бабуся, і т.п.) спеціально говорить навпаки.
60. Мені здається, мої стосунки з дитиною кращі, ніж у сім'ях більшості моїх знайомих.

3. Шкали розвитку за ESDM

Шкали розвитку за ESDM (Денверською моделлю раннього втручання)

Інструкція: Використовуйте шкали розвитку для дітей віком від 12 до 42 місяців. Шкали потрібні щоб визначити найбільш сформовані навички дитини в кожній сфері розвитку, а також навички, які тільки починають з'являтися та навички, які є недоступні на даний момент для дитини. Використовуйте: знак «+» якщо дитина володіє навичкою, проявляє навичку; знак «+/-» для нестабільного володіння навичкою; знак «-» коли дитина не демонструє навички. Результат визначається наступним чином: А – дитина чітко демонструє навичку та батьки повідомляють, що дитина використовує навичку як слід; Р – дитина лише частково демонструє навичку чи потребує допомоги, та батьки/інші підтверджують це, чи дитина демонструє декілька або не всі компоненти навички; Н – дитина не може чи не хоче демонструвати навичку та батьки/інші повідомляють про труднощі в цій сфері. Визначте на якому із чотирьох рівнів знаходиться дитина у кожній із сфер розвитку: рецептивна комунікація, експресивна комунікація, соціальні навички, імітація, пізнання, гра, дрібна моторика, велика моторика та самостійність. На основі результатів визначте, який рівень розвитку притаманний дитині та які навички є пріоритетними для неї у кожній із сфер розвитку.

	Рівень 1: від 12 місяців до 18 місяців	Спостер.	По словам	Інших	Результа
--	--	----------	-----------	-------	----------



		під час діагност.	батьків	людей (вчит.)	т
Рецептивна комунікація					
1	Локалізує звуки, повертає голову в сторону джерела звуку.				
2	Дивиться на грайливі вокальні звуки (свист).				
3	Реагує на голос повертаючи голову в сторону людини.				
4	Дивиться на картинку в книжці на яку показує дорослий.				
5	Слідкує за вказівним жестом дорослого щоб поставити предмет на місце.				
6	Дивиться коли їй/йому показують на об'єкт і кажуть «Ім'я, дивись».				
7	Дивиться на партнера коли той називає її/його ім'я.				
8	Слідує вказівному жесту до об'єкта чи місця.				
9	Слідує віддаленому вказівному жесту щоб взяти іграшку.				
1 0	Дивиться, тягнеться, чи посміхається у відповідь на жести та голос дорослого в процесі соціальних ігор.				
1 1	Дивиться, тягнеться, посміхається та/або виконує жести у відповідь на мову/жести дорослого, який співає.				
1 2	Моментально зупиняється, як реакція у відповідь на стримуючі слова («неможна», «зупинись»).				
1 3	Подає предмети у відповідь на вербальне прохання, яке супроводжується витягнутою рукою.				
1 4	Виконує одинарні інструкції щодо рухів тіла, які подаються вербально та жестами («сядь», «підійди», «прибери»).				
1 5	Виконує одинарні інструкції щодо рухів тіла, які подаються тільки вербально («сядь», «підійди», «прибери»).				
Експресивна комунікація					
1	Тягнеться до бажаного об'єкта в якості прохання щоб його отримати.				
2	Використовує вокалізації для реалізації того чи іншого наміру.				
3	Подає дорослому об'єкт як прохання про допомогу.				
4	Використовує вокалізації в грі-по-черзі з дорослим.				
5	Висловлює відмову шляхом відштовхування об'єкта або передачі об'єкта іншій людині.				
6	Вказує на наблизений об'єкт коли хоче його отримати.				
7	Встановлює зоровий контакт для того щоб отримати бажаний об'єкт коли дорослий блокує доступ до нього чи забирає його.				
8	Використовує вказівний жест як засіб вибору між двома об'єктами.				
9	Використовує вокалізацію та погляд щоб отримати бажаний об'єкт.				
1	Вказує на віддалений бажаний об'єкт щоб його				

0	отримати.				
1 1	Вказує на один з двох віддалених об'єктів, як засіб вираження власного вибору.				
1 2	Використовує вокалізації схожі на склади (ГПГП)				
1 3	Вживає 5 чи більше приголосних звуків в процесі спонтанних вокалізацій.				
1 4	Вживає вокалізації з різноманітних приголосних та голосних звуків (variegated babbling).				
Соціальні навички					
1	Приймає нетривалі сенсорні соціальні активності та дотик.				
2	Використовує моторні дії для того щоб ініціювати чи продовжити сенсорно соціальні ігри.				
3	Утримує нетривалий зоровий контакт.				
4	Залишається активною в сенсорно соціальних іграх протягом 2 хвилин.				
5	Реагує на улюблені об'єкти/активність за допомогою погляду, усмішок, рухів.				

6	Дивиться та взаємодіє з дорослим, який імітує, протягом паралельних дій з іграшками.				
7	Має репертуар 5-10 сенсорно соціальних ігор.				
8	Реагує на привітання (дивиться, повертається та ін.).				
9	Реагує на привітання (жестом, вокалізаціями).				
10	Посміхається партнеру протягом координованої гри.				
Імітація					
1	Імітує 8-10 одно-крокових дій з об'єктами.				
2	Імітує 10 наочних моторних дій протягом гри/пісень.				
3	Імітує 6 невидимих моторних дій на обличчі, голові протягом гри/пісень.				
4	Імітує 6 орально-лицевих рухів.				
Пізнання					
1	Сортує/об'єднує ідентичні об'єкти.				
2	Сортує/об'єднує ідентичні картинки.				
3	Сортує/об'єднує картинки з об'єктами.				
4	Сортує/об'єднує об'єкти за кольором.				
Гра					
1	Поведінка відповідає п'ятьом різним об'єктам.				
2	Грає незалежно та правильно з 10-ма одно-кроковими іграшками.				
3	Грає незалежно з іграшками, які вимагають повторення однієї і тієї ж дій над різними об'єктами ().				
4	Демонструє відповідну ігрову поведінку над різноманітними одно-кроковими іграшками для дошкільників (кидає м'яч, складає блоки, вставляє кілочки в отвори, котить машинку).				
5	Грає незалежно з іграшками, які вимагають виконання двох різних моторних дій (витягнути, вкласти).				
6	Грає незалежно з іграшками, які вимагають виконання кількох різних моторних дій (вкласти, відкрити, зняти, закрити).				
7	Демонструє умовні дії над собою з різноманітними об'єктами.				
8	Завершує ігрові завдання та прибирає за собою.				
Дрібна моторика					
1	Кладе один – два об'єкти різної форми у відповідні формочки.				
2	Кладе кільце на жердину.				
3	Складає пазл із трьох деталей.				
4	Вкладає кілочки у дощечку з отворами.				
5	Натискає кнопки на п'ятьох різних типах іграшок «причина-наслідок».				
6	Розбирає на частини ряд із з'єднаних кульок.				
7	Використовує пінцет ний захват (двома пальцями) та захват трьома пальцями у відповідності до особливостей іграшкового матеріалу.				

8	Складає три великі блоки у башту.				
9	Робить позначки, лінії, мазки, крапки маркерами/крейдою.				
1 0	Вдаряє іграшковим молотком по кілочках/м'ячиках.				
1 1	Копає, розгрібає, пересипає пісок, воду рис та ін.				
1 2	Складає великим конструктором.				
Велика моторика					
1	Б'є ногою великий м'яч.				
2	Йде вниз та вгору по сходах з підтримкою.				
3	Залазить на одну – дві сходинки драбиною.				
4	Залазить та злазить з частин обладнання.				
5	Захищає себе коли втрачає рівновагу.				
6	Обходить об'єкти навколо – не наступає на них.				
7	Кидає м'яч та мішечки з горохом в будь-якому напрямку.				
8	Катає м'яч вперед та назад з іншою людиною.				
Поведінка					
1	Проявляє мінімальний рівень значних поведінкових труднощів.				
2	Без труднощів 1-2 хвилини сидить в кріслі чи розвернений до дорослого протягом присемних видів активності.				
3	Із задоволенням бере участь в простих іграх з дорослим в кріслі чи на підлозі протягом 5-ти хвилин.				
4	Витримує наближеність та взаємодію з дорослим без проблемної поведінки протягом 20-ти мінутного інтервалу.				
5	Взаємодіє адекватно з членами сім'ї.				
Самостійність: споживання їжі					
1	Їсть за столом.				
2	Їсть сам				
3	Використовує відкриту чашку.				
4	Використовує ложку.				
5	Використовує вилку.				
6	Їсть їжу різної текстури, типу, групи.				
7	Реагує нормально на нову їжу на тарілці.				
8	П'є через солімку.				
Самостійність: вдягання					
9	Знімає кожну частину одягу з допомогою.				
1 0	Вдягає кожну частину одягу із допомогою.				
Самостійність: догляд за собою					
1 1	Підставляє руки під кран з водою.				
1 2	Витирає руки рушником.				
1	Тре мочалкою по тілі, тре рушником по тілі.				

3					
1 4	Переносить зачісування волосся, витирання носу, чищення зубів.				
1 5	Допомагає зачісуватися.	Спостер. під час	По словам батьків	Інших людей (вчит.)	Резуль тат
1 6	Кладе зубну щітку в рот.	діагност.			
	Самостійність: прибирання				
1 7	Кладе брудний одяг в корзину				
1 8	Кладе папері в смітник.				

Рівень 2 (18-24)

Рецептивна комунікація					
1	Слідує інструкції «зупинись» чи «почекай» без додаткової допомоги чи жестів.				
2	Виконує 8-10 одно-крокових вербальних інструкцій відносно рухів тіла та дій над об'єктами.				
3	Ідентифікує вказівним жестом чи показує декілька частин тіла на собі чи іншій людині, коли їх називають.				
4	Реагує на вербальні інструкції покажи/дай 8-10 специфічних об'єктів в процесі гри, вдягання, прийняття їжі (напр., ляльку, стільчик, машинку, блок, чашку, мішку).				
5	Ідентифікує 3 картинки в книжці, які називають (чашка, машинка, кішка, лялька), за допомогою вказівного жесту та візуальної уваги.				
6	Розуміє раннє просторове відношення (напр., на, в).				
7	Дивиться на людей чи фото людей, коли їх називають – члени сім'ї, домашні тварини, вихователі.				
8	Приносить 8-10 предметів в кімнату, які лежать не перед дитиною (потрібно трохи пошукати), у відповідь на вербальне прохання.				
9	На вербальне прохання (з використанням жестової підказки) виконує дві дії над одним об'єктом.				
10	Вказує на названі частини тіла на картинці.				
Експресивна комунікація					
1	Використовує вказівний жест чи жести з вокалізаціями щоб виразити (прохання, завершення завдання, поділитися, протест).				
2	Вживає 6-10 одиничних слів (чи приблизно схожих за звучанням звуків) в контексті знайомих видів активності (соціальної гри, пісень).				
3	Спонтанно продукує багато слів пов'язаних з ігровою активністю (напр., котиться, йде, зупинився).				
4	Функціональне використання 20 чи більше наближених звуків до назв предметів та дій.				
5	Спонтанно називає об'єкти та картинки.				
6	Використовує вокалізації з різною інтонацією під час співання пісень.				
7	Просить та відмовляється за допомогою слова та погляду.				
8	Називає дії в контексті гри (рухів тіла, дій над об'єктами).				

9	Використовує імена (наближені звуки) трьох близьких людей (включаючи себе).				
10	Махає головою та говорить «ні» щоб відмовитися.				
11	Киває головою та говорить «так» щоб погодитися.				
12	Запитує (або наближені звуки) «Що це?» коли бачить щось незнайоме.				
Взаємна увага					
1	Реагує (спрямовує погляд, повертається) на «погляд» та запропонований об'єкт (дивиться на нього).				
2	Реагує на погляд та вказівний жест (спрямовує увагу на віддалений об'єкт чи людину).				
3	Дає чи бере об'єкт у іншої людини при цьому утримує зоровий контакт.				
4	Витягує руку з об'єктом дорослому у відповідь на прохання «покажи мені».				
5	Спонтанно «показує» об'єкти.				
6	Спонтанно слідує увагою за вказівним жестом чи поглядом (без вербальної підказки) щоб подивитися на те на що вказують.				
7	Спонтанно на цікаві для нього об'єкти.				
8	Посміхається дорослому та переключає увагу на нього під час приємної спільної гри з об'єктами.				
Соціальні навички: дорослі чи однолітки					
1	Ініціює та утримує зоровий контакт для комунікації.				
2	Вербально запитує чи фізично ініціює знайомі соціальні ігри.				
3	Проявляє взаємну поведінку до знайомих дорослих: обіймає, цілує.				
4	Використовує жести чи слова щоб привернути увагу дорослого.				
5	Відповідає на соціальні вітання словами «привіт» чи «па-па» тата імітує відповідні рухи (махає рукою).				
6	Просить про допомогу вербально чи жестами.				
7	Послідовно координує зоровий контакт з вокалізацією та/чи жестами щоб спрямовувати комунікацію.				
8	Танцює з іншим в кругових іграх під музику.				
9	Грає в гру дожени з іншим.				
10	Добивається уваги партнера по комунікації використовуючи його ім'я чи назву гри та ініціює соціальну гру чи активність.				
Соціальні навички з однолітками					
11	Дає предмети коли одноліток його просить.				
12	Приєднується до знайомих ігор в умовах групи.				
13	Продовжує свою активність коли одноліток приєднується до нього (паралельна гра)				
14	Адекватно відповідає на вітання однолітка.				
15	Грає в гру «по черзі» з однолітком простими іграшками з діями, коли одноліток просить; дає і бере назад.				

16	Сидить в групі з однолітками та слухає як дорослий дає знайомі інструкції.				
17	Бере предмети у однолітка коли він/вона подає їх.				
18	Передає предмети одноліткам за столом чи в групі коли його/її про це просять.				
19	Час від часу імітує поведінку однолітків під час ігрової діяльності.				
20	Грає в гру «підбирання картинок» сам та з однолітком.				
Імітація					
1	Імітує різноманітні голосні та приголосні звуки під час вербально наближеної до комунікації активності.				
2	Імітує звуки тварин та інші звуки.				
3	Часто та спонтанно імітує зрозумілі одиничні слова.				
4	Імітує рухи до п'ятьох різних пісень; імітує принаймні 10 різних дій.				
5	Імітує/приблизно повторює нові дії в піснях.				
6	Імітує дії над об'єктами – багатокрокові ігрові дії.				
7	Імітує символічні дії над собою та партнером.				
8	Імітує ланцюги із двох послідовних дій під час пісні / гри.				
9	Імітує фрази із двох слів.				
Пізнання					
1	Сортує/об'єднує за формою.				
2	Сортує/об'єднує за розміром.				
3	Сортує/об'єднує малюнки-креслення.				
4	Сортує подібні об'єкти в схожі групи				
5	Сортує пов'язані загальноповживані об'єкти до функціональних груп.				
6	Шукає/запитує об'єкт, якого не вистачає.				
7	Сортує/об'єднує в двох вимірах (за двома ознаками).				
8	Об'єднує за кількістю від одного до трьох.				
Гра: репрезентаційна					
1	Об'єднує пов'язані об'єкти в грі (чашка з блюдцем, тарілку з ложкою).				
2	Імітує/продукує звукові ефекти в грі (звуки машини, звуки тварин).				
3	Здійснює з підказкою одноразові дії над лялькою чи твариною.				
4	Об'єднує функціонально пов'язані дії на ігрову тему (годує та дає пити, кладе в ліжко та накриває).				
5	Демонструє використання методу «спроб та помилок» у вирішенні проблем обумовлених ігровими матеріалами (схеми дій повинні бути гнучкими та неповторювальними).				
Гра: самостійна гра					
6	Демонструє відповідну та гнучку гру протягом 10 хвилин – не потребує частої уваги з боку дорослого.				
7	Може сам себе адекватно зайняти багатофункціональними ігровими матеріалами				

	протягом 10 хвилин – при цьому потребуватиме лише незначну допомогу дорослого.				
8	Отримує ігрові матеріали, проносить їх до столу, завершує ігрові завдання, та відносить матеріали на місце.				
Дрібна моторика					
1	Вставляє три чи більше фігурок за формою у відповідні отвори.				
2	Складає один на одного 8-10 блоків (2-х сантиметрових).				
3	Будує за прикладом три чи більше конструкції з блоків.				
4	З'єднує п'ять чи більше частинок конструктора різноманітними способами.				
5	Імітує п'ять чи більше простих дій над пластиліном (тістом): розкручувати, стискати, нажимати, розтискати та ін.				
6	Кладе багато стікерів на листок паперу.				
7	Відкриває та закриває різноманітні контейнери (включаючи закрутки).				
8	Защіпає та розщіпає великий замок-блискавку.				
9	Нанизує великі об'єкти на мотузку.				
10	Змальовує/імітує лінії, закарлючки та крапки фломастером чи крейдою.				
11	Надрізає папір ножицями.				
12	Вставляє монети в роз'єм.				
13	Нанизує різноманітні об'єкти на різні мотузки.				
14	Складає пазли з 4-х – 6-ти деталей, які вставляються окремо.				
Велика моторика					
1	Імітує моторні рухи в різних позиціях тіла (сидячи, сточи, рухаючись).				
2	Зістрибує та переступає через перешкоди на підлозі.				
3	Використовує деякі прилади на ігровому майданчику (вилазить, з'їзжає).				
4	Сидить на трьохколісному велосипеді, відштовхується ногами чи починає крутити педалі.				
5	Тягне вагон чи штовхає тачанку.				
6	Штовхає ногою м'яч в ціль.				
7	Копає лопаткою.				
Самостійність: споживання їжі					
1	Використовує салфетку коли кажуть.				
2	Сам їсть з тарілки із використанням приладдя посуду.				
3	Передає контейнери коли просять.				
4	Приносить тарілку, чашку, виделку, ложку до мийки.				
5	Залишається застолом в компанії інших протягом встого процесу прийняття їжі.				
6	Їсть та поводить відповідно в ресторані швидкої їжі.				

7	Попробує нову їжу, яка була запропонована кілька разів				
	Рівень 3 (24-36)	Спостер. під час діагност.	По словам батьків	Інших людей (вчит.)	Результат
8	Їсть всі групи їжі.				
9	П'є воду самостійно.				
Самостійність: вдягання					
10	Знімає весь одяг сам і кладе його в ящик (без заціпок).				
11	Справляється сам з деякими діями вдягання кожного із видів одягу (потребує допомоги із заціпками).				
12	Знімає куртку та головний убір (бе заціпок) та вішає на вішак.				
Самостійність: догляд за собою					
13	Виконує інструкцію «Витерти обличчя рушником».				
14	Витерає ніс коли інструктують.				
15	Бере участь у свіж послідовних діях миття рук.				
16	Дозволяє стригти та мити волосся.				
17	Грає адекватно з п'ятьма іграшками для купання.				
18	Кладе грашки в сторону в кінці купання якщо про це запитують.				
19	Допомагає з нанесенням ластйону.				
20	Чистить зуби щіткою.				
21	Засипає самостійно після виконаних ритуалів перед сном.				
22	Демонструє знання послідовних дій підготовки до сну.				
Самостійність: прибирання					
23	Сотрує столові знаряддя на місце.				
24	Витягує одяг із сушилки в корзину.				
25	Оєднує шкарпетки в пари.				
26	Насипає воду/ їжу в миску домашньому улюбленцю.				

Рецептивна комунікація					
1	Протягом 5-10 хвилин приділяє увагу та з інтересом долучається коли дорослий читає знайомі книжки з використанням простих речень.				
2	Виконує одно-крокові нові команди, які стосуються знайомих об'єктів/дій.				
3	Ідентифікує загальних об'єктів та їх зображень: предмети одягу та їжі, предмети пов'язані з прийняттям їжі, гігієною, грою.				
4	Правильно відповідає на «так/ні» запитання, які стосуються вподобань.				
5	Ідентифікує п'ять чи більше дій на картинках чи в книжці.				
6	Слідує двом чи більше інструкціям, які надаються в межах буденних видів активності (вкладання спати: візьми книжку та лягай у ліжко; чищення зубів: візьми свою щітку та зубну пасту).				
7	Розуміє просторові відношення об'єктів (напр., під, біля).				
8	Має початкові уявлення про розмір – великий/малий.				
9	Розрізняє щонайменше чотири різні кольори на вимогу.				
10	Ідентифікує 20 об'єктів по звуку (напр., тварини, телефон; «Яка тварина каже мяу-мяу»).				
11	Розуміє функції загальних предметів (їхати, різати, їсти, спати, вдягати на ноги, пити).				
12	Розуміє займенникові звернення «мій» та «твій».				
13	Ідентифікує 10 дій через картинки, вибір, їх виконання.				
14	Слідує двом чи більше окремим інструкціям в новому контексті.				
Експресивна комунікація					
1	Продукує комбінації із двох-трьох слів для різноманітних комунікативних намірів (прохання, вітання, привернення уваги, протест).				
2	Продукує висловлювання із двох чи більше слів щоб прокоментувати для іншої людини.				
3	Називає дії на картинках та в книжках.				
4	Коментує та запитує стосовно місця розташування (вверху, внизу, в, на).				

5	Коментує та запитує використовуючи ранні форми присвійних займенників (мій/твій).				
6	Показує жестом чи говорить «я не знаю» в контексті.				
7	Стабільно використовує імена інших людей щоб привернути їхню увагу.				
8	Передає просте повідомлення іншій людині (Йди скажи мамі «привіт!»).				
9	Говорить «привіт» та «па-па» правильно; як ініціює так і відповідає.				
10	Використовує займенники для себе та інших (мені, тобі)				
11	Використовує прості слова та жести для опису власного досвіду.				
12	Називає один два кольори.				
13	Правильно відповідає на запитання «Що?».				
14	Правильно відповідає на запитання «Де?».				
15	Правильно відповідає на запитання «Хто?»				
16	Запитує прості «так/ні» запитання з інтонацією (можуть бути однослівними).				
17	Запитує «Що?» та «Де?» запитання.				
18	Дає відповідь на прості інформаційні запитання: ім'я, вік, колір футболки та ін.				
Соціальні навички: дорослі та однолітки					
1	Грає прості велико моторні ігри (напр., м'яч, хованки, ...).				
2	Ділиться та показує предмети коли просять.				
3	Імітує та виконує пісні/пальчикові ігри в групі.				
4	Реагує правильно на прості запити/інструкції від ровесників.				
5	Ініціює взаємодію та імітує однолітків.				
6	Грає в знайомі драматичні ігри з однолітками в паралельній грі.				
7	Дотримується черги в простих настільних іграх				
8	Використовує ввічливі слова: «будь ласка», «дякую», «вибачте».				
9	Імітує різноманітні нові велико-моторні дії коли стоїть та рухається (напр., різні тварини ходять).				
10	Бере участь в ігровій активності яка передбачає вербальні ролі.				
11	Часто привертає увагу інших до об'єктів вербально та за допомогою жестів для того щоб прокоментувати, показати, поділитися та попросити.				
12	Реагує (дивиться та коментує) на ініціацію взаємної уваги іншими.				
13	Рецептивно ідентифікує емоції (веселий, сумний, злий, наляканий) на фотографіях, людях, та/або лінійних картинках.				
14	Експресивно ідентифікує емоції на фотографіях, людях, та/або лінійних картинках.				
15	Робить емоції на своєму обличчі (веселий, сумний,				

	злий, наляканий).				
Пізнання					
1	Розкладає правильно літери свого імені.				
2	Знає букви.				
3	Сортує слова.				
4	Сортує цифри.				
5	Рецептивно та експресивно ідентифікує деякі літери, цифри, форми та кольори.				
6	Грає в ігри на пам'ять про сховані об'єкти.				
7	Категоризує об'єкти/картинки на вісім класів.				
8	Розуміє співвідношення між кількістю та числовими символами до 5.				
9	Рахує правильно кількість об'єктів до п'яти.				
10	Розкладає по порядку три чи більше картинки та описує послідовність з використанням мовленнєвих конструкцій «спочатку – потім».				
Гра					
1	Ігри які передбачають послідовні комплексні схеми з множиною координованих об'єктів (напр., вантажівки на дорозі, блоки для будівництва, бусинки роблять намисто).				
2	Об'єднує три чи більше пов'язані дії в ігрову послідовність.				
3	Виконує дві чи більше пов'язані дії над лялькою чи тваринкою коли інструктують.				
4	Фізично садить іграшкових героїв на мініатюрну мебелю, транспорт та ін., коли це доречно.				
5	Спонтанно виконує дії над лялькою чи м'якими іграшками.				
6	Розташовує реквізити відповідно до теми гри.				
Дрібна моторика					
1	Справляється з пазлами із п'яти-шести деталей				
2	Змальовує коло, хрестик, квадрат, діагональну лінію.				
3	Імітує та будує різні конструкції із різних матеріалів (блоки, леги, та ін.).				
4	Нанизує шнурівку.				
5	Проводить пальцем чи олівцем/ручкою по лініям та поворотам.				
6	Може використовувати інструменти (вилка, щипці) для того щоб піднімати та відпускати об'єкти.				
7	Обводить різноманітні форми.				
8	Правильно тримає та використовує ножиці, використовує вільну руку щоб підтримувати та повертати папір.				
9	Ріже по лінії – прямій та звивистій.				
10	Виконує прості двох-складні арт проекти (вирізати та вставити, розмалюй; склади папір та різ по лініях).				
11	Виконує кілька різних процедур з ігровим тістом – використовує різноманітні інструменти для цього.				

Велика моторика					
1	Добре вміє їхати на трьох-колісному велосипеді (крутить педалі та рулить, слідує маршруту).				
2	Добре б'є ногою (тримає рівновагу).				
3	Використовує із допомогою всі прилади на ігровому майданчику.				
4	Гра в гру «дожени» з дорослими та однолітками, біжить плавно, змінює напрям та тримає рівновагу.				
5	Імітує велико-моторні дії під пісню та музику.				
6	Кидає з під руки в ціль.				
7	Стрибає вперед ногами разом.				
8	Стрибає на одній нозі.	Спостер.	По словам	Інших	Результат
	Самостійність	під час	батьків	людей	
		діагност.		(вчит.)	
1	Використовує ложку, вилку, чашку акуратно без розливань.				
2	Поводиться відповідно в ресторані з місцями для сидіння.				
3	Використовує самостійно (якщо потрібно вдома, та школі) картинки із символами для вибору, розкладів та ін.				
4	Переміщає свої речі із дома, машини, школи.				
5	Відкриває та закриває рюкзак самостійно; кладе та доставляє з нього об'єкти коли просять.				
6	Вдягається та роздягається коли потрібно (розщипає гудзики, блискавки та закліпки).				
Самостійність: догляд за собою					
7	Використовує туалет самостійно.				
8	Справляється з роздяганням в туалеті.				
9	Справляється з всіма діями миття рук самостійно.				
10	Витирає обличчя коли дають рушник.				
11	Зачісує волосся.				
12	Закриває рот коли кашляє чи чхає.				
13	Допомагає себе мити та сушитися після купання.				
14	Чистить зуби зубною щіткою, хоча б кілька раз проводить щіткою.				
Самостійність: робота по дому					
15	Годує/поїть домашнього улюбленця.				
16	Допомагає прибрати зі столу.				
17	Допомагає мити посуд.				
18	Кладе чистий одяг на місце.				
19	Прибирає свої речі коли просять.				

Рецептивна комунікація					
1	Розуміє різноманітні концепції описових фізичних відносин.				
2	Витягує 10-15 предметів використовуючи дві – три підказки (напр., розмір, кількість, колір, ярлик об'єкта).				
3	Розуміє статові займенники.				
4	Розуміє порівняння: більший, коротший, менший, найменший, найбільший, мало, багато та ін.				
5	Розуміє просторові відношення включаючи об'єкти та prepositions: за, позаду, спереду.				
6	Розуміє негативні (напр., коробка без м'ячів, хлопчик який не сидить).				
7	Розуміє прийменники та відношення частина-ціле.				
8	Демонструє уважність до коротких історій та розуміння частин історії коли відповідає на прості запитання (хто та що).				
9	Відповідає на «так/ні» запитання для ідентифікації.				
10	Відповідає на запитання про фізичні стани.				
11	Відповідає на запитання стосовно персональної інформації.				
12	Розуміє «такий самий» та «відмінний».				
13	Розуміє концепції кількості.				
14	Ідентифікує риси об'єктів.				
15	Відповідає на запитання стосовно приналежності до категорії об'єктів/картинок.				
16	Розуміє минулий та майбутній час.				
17	Розуміє речення в пасивному часі.				
18	Розуміє часові відношення.				
19	Слідує інструкції із трьох частин непов'язаних між собою.				
Експресивна комунікація					
1	Відповідає на складні запитання (чому?, як?).				
2	Описує функції об'єктів у відповідь на запитання (напр., Що ти робиш з ложкою?).				
3	Часто вживає висловлювання із трьох чотирьох слів.				
4	Використовує різноманітні іменникові фрази.				
5	Використовує prepositional фрази (напр., під, поряд, за, позаду, попереду).				
6	Використовує різноманітні дієслівні фрази (напр., він плаче, вона любить його, він впав, він був веселий, він є веселим, може, буде, слід).				
7	Демонструє правильне продукування що найменше 80% всіх приголосних звуків та приголосних звукосполучень в процесі мовлення.				
8	Описує недавній досвід використовуючи речення із трьох – чотирьох слів.				
9	Запитує дозволу на певну ту чи іншу активність.				
10	Використовує форму множини.				
11	Використовує присвійні форми (напр., його, її, мамина шапка).				

12	Використовує минулий час.				
13	- (артиклі в англ. мові)				
14	Використовує слова порівняння та «превосходства» (напр., найбільший та ін.).				
15	Використовує слова заперечення.				
16	Використовує дієслівні форми теперішнього часу.				
17	Використовує слова щоб описати фізичні стани.				
18	Відповідає на запитання про фізичні стани: «Що ти робиш коли ти...?»				
19	Використовує імена категорій для знайомих об'єктів.				
20	Описує риси об'єктів.				
21	Використовує займенники (про себе).				
22	Відповідає правильно на телефонний дзвінок, включаючи те що кличе до телефону іншого.				
23	Бере участь в розмові, ініційовану дорослим, протягом двох-трьох послідовних висловлювань за своєю чергою, які виконують різноманітні функції (напр., взаємне коментування, реагує на інформацію та запитує інформацію).				
24	Ініціює та підтримує розмову стосовно власної теми з дорослим.				
25	Описує послідовність активності із двох – трьох подій (напр., відвідування бабці).				
26	Висловлює «я не розумію» з відповідним жестом.				
27	Запитує про роз'яснення коли не розуміє що було сказано.				
28	Включається у розмову на різноманітні теми.				
29	Виправляє своє мовлення коли слухач не розуміє.				
30	Відповідає на запитання про себе та інших.				
Соціальні навички					
1	Запрошує однолітків до гри.				
2	Використовує форми ввічливості такі як «вибачте мене» «пробачте».				
3	Долучається до інших для комфорту у груповій ситуації.				
4	Виражає власні переживання правильно.				
5	Самостійно в процесі неформальної гри дотримується своєї черги.				
6	Описує подію чи власний досвід для однолітків.				
7	Ідентифікує що його/її робить веселим, сумним, злим, наляканим.				
8	Ідентифікує емоції інших на основі ситуацій.				
9	Починає розвивати стратегії керування коли почувається засмученим, злим чи наляканим.				
Пізнання					
1	Рахує (rotely) до 20.				
2	Рахує об'єкти у співвідношенні 1:1 до 10.				
3	Дає один предмет, декілька, багато, всі, більше, найбільше.				
4	Дає кількість предметів до 10.				

5	Знає терміни для понять кількості.				
6	Знає терміни для понять просторових співвідношень.				
7	Підбирає 5-10 асоціацій слово/об'єкт.				
8	Може читати деякі слова.				
9	Може ідентифікувати написане слово із п'яти інших.				
10	Читає знаки та символи.				
11	Ідентифікує цифри та букви.				
12	Стверджує протилежність між об'єктами та аналогічність.				
Гра					
1	Виконує дії героїв в грі.				
2	Використовує предмети символічно в грі.				
3	Називає ігрові дії та символічні предмети у грі.				
4	Спонтанно пов'язує три чи більше поведінки в ігровій темі.				
5	Інструктує партнера в грі.				
6	Розігрує декілька життєвих подій (напр., день народження, макдональдс, доктор) із використанням вербальних скриптів.				
7	Розігрує декілька тем у грі.				
8	Обирає героя та грає його роль під час гри.				
9	Слідує ініціативі іншого у процесі гри.				
Дрібна моторика					
1	Акуратно розмальовує картинки використовуючи різні кольори.				
2	Змальовує трикутник, літери використовуючи відповідні засоби для писання.				
3	Малює лінії та форми, пише деякі літери та цифри із пам'яті.				
4	Копіює різноманітні літери, цифри та форми.				
5	Пише своє ім'я без моделі.				
6	Обводить форми та літери.				
7	Ніжнік,				
8	З'єднує крапки за допомогою засобів для креслення.				
9	Креслить лінії від і до відповідної картинки, слова, чи цифри.				
10	Копіює різноманітні прості малюнки (напр., обличчя, дерево, дім, квітка).				
11	Саладає аркуш паперу в двоє та кладе в конверт.				
12	Вистригає кути, прямі та криві лінії.				
13	Вирізає ножицями прості форми.				
14	Справляється із трьох кроковим проектом – вирізати пофарбувати приклеїти.				
15	Використовує кісточку, наклейки, маркери, олівці, гумки для того щоб виконувати образотворчі авдання.				
16	Використовує захват із трьох пальців щоб тримати засоби для малювання.				
17	Може створювати конструкції із різноманітних				

	матеріалів за власним дизайном та копіює прості моделі – малюнки чи 3D моделі.				
18	Збирає пазли.				
19	Правильно використовує скотч, скребки, ключі.				
Велика моторика					
1	Грає в гру «злови м'яч» з ровесником.				
2	Кидає тенісний чи бейзбольний мяч прицільно іншій людині (рука зверху м'яча).				
3	Використовує всі снаряди на ігровому майданчику				
4	Б'є ногою м'яч, який рухається.				
5	Грає в різноманітні ігри з м'ячом: кидає в кільце, б'є по м'ячу биткою, набиває м'яч від землі, грає в гольф.				
6	Впевнено їде на велосипеді із допоміжними колесами: здатен контролювати швидкість, повертати та гальмувати.				
7	Біжить голопом та підстрибуючи.				
8	Йде не втрачаючи рівноваги по балці, бордюрі та ін.				
9	Грає в типові моторні ігри (напр., «зелене світло – червоне світло», стінка на стінку).				
Самостійність					
1	Самостійно виконує всю послідовність дій в туалеті на рівні з однолітками.				
2	Сам йде в туалет.				
3	Самостійно мие руки на рівні із однолітками.				
4	Самостійно мие обличчя				
5	Самостійно причісує волосся.				
6	Активно допомагає себе мити у ванні, сушить себе після ванни.				
7	Виконує всю послідовність дій чищення зубів самостійно. (незважаючи на те що дорослий може чистити зуби після для контролю якості).				
8	Заціпає свій власний одяг - гудзики, заклепки та блискавки.				
9	Вміє висякати ніс коли скажуть, використовує серветку коли чхає.				
10	Зупиняється перед тим як перейти дорогу, дивить в одну сторону та в іншу (супроводі із дорослим).				
11	Незалежно та безпечно ходить поруч із дорослим в магазині, по вулиці,				
12	Допомагає із підготуванням столу до їжі.				
13	Використовує ніж щоб розмазувати.				
14	Прибирає за собою якщо розлив.				
15	Наливає собі напитек із маленького контейнеру.				
16	Відносить брудний посуд до посудомийки				
17	Може приготувати за рецептом просту їжу (із двох дій).				
18	Допомагає в приготуванні їжі.				

4. ОЦІНКА ПОТРЕБ ДИТИНИ ТА ЇЇ СІМ'Ї (за програмою ЮНІСЕФ)

Важливим елементом стандартів надання соціальних послуг, які розвиваються в Україні, є оцінювання, що розглядається як фундаментальна технологія, орієнтована на визначення потреб отримувачів послуг, системний моніторинг процесу надання послуг (допомоги, підтримки тощо) і досягнутих результатів, аналіз фінансових витрат і прогнозування економічного ефекту, а також як певний процес визначення базових даних, необхідних для подальшого планування результативної роботи з клієнтом з метою подолання його складних життєвих обставин.

Компонентами оцінювання є різні види оцінки, які одночасно виступають як його інструмент, тобто як сукупність методів, за допомогою яких визначаються нагальні потреби індивіда, групи, громади, суспільства, так і частина циклу оцінювання. Розрізняють: оцінку потреб, оцінку процесу, оцінку результатів (впливу), економічну оцінку. Зазначені оцінки взаємообумовлюють одна одну, ігнорування або відсутність хоча б однієї з них порушує процес оцінювання.

Оцінка потреб – проводиться для того, щоб мати вичерпну інформацію щодо рівня задоволення потреб отримувача послуг, картини його життєвих обставин та у правильному руслі скерувати процес визначення необхідного типу втручання.

Оцінка процесу – передбачає дослідження відповідності заходів, що проводяться з отримувачем послуг, індивідуальному плану дій, відстеження послідовності їх виконання. *Оцінка результатів роботи (впливу)* – у ході її здійснення визначаються наслідки втручання, вплив заходів, що проводились, на якість життя клієнта, його безпосередні здобутки, чи відбулись позитивні зміни в поведінці отримувача послуг, чи вдалося подолати складні життєві обставини; наскільки успішним було втручання тощо. *Економічна оцінка* – проводиться для аналізу ефективності витрат, щоб переконатися у доцільності розподілу і використання ресурсів на соціальну допомогу отримувачу послуг .

Оцінка – обов'язкова складова ведення випадку отримувача послуг центру матері та дитини. При цьому, у процесі безпосередньої соціально-педагогічної роботи з клієнтом особливого значення набуває оцінка потреб дитини та матері. Її можна розглядати як: інструмент для надання якісних послуг; складову і

першооснову ведення випадку; дії зі збору, обробки, систематизації, аналізу, узагальнення та порівняння даних за певними стандартами. Зокрема, як інструмент надання соціальних послуг оцінка потреб допомагає визначити та обґрунтувати: потреби отримувача послуг та здатність його найближчого оточення сприяти їх задовільненню; складні життєві обставини, які матір (клієнт) не може подолати самотійно; межі втручання соціальних працівників; перелік необхідних послуг тощо.

Надзвичайно важливою умовою якості соціальних послуг, наданих у соціальному центрі матері та дитини, є оцінка потреб дітей. Надзавдання оцінки – визначення потенціалу матері, її найближчого оточення, ресурсів громади для створення чи відновлення можливостей дитини зростати у сімейному середовищі.

Оцінка потреб дитини проводиться для того, щоб мати вичерпну інформацію щодо рівня задоволення потреб дитини та у правильному руслі скерувати процес визначення необхідного типу втручання, надання соціальних послуг матері та дитині. Окрім зазначеного, вона має на меті:

- допомогти матері (сім'ї) зрозуміти свої цінності, життєві орієнтири, мотиви поведінки;
- готувати матір (сім'ю) до труднощів виховання і розвитку дитини, а також знайомити зі шляхами їх подолання;
- ініціювати у матері (батьків) прагнення до навчання і «самодослідження»;
- допомогти матері (батькам) виявити власні сильні сторони;
- розвинути стосунки співпраці і взаєморозуміння між матір'ю (батьками) і соціальним працівником;
- підвищити самооцінку отримувача послуг і його самоповагу, допомогти йому усвідомити і реалізувати право вибору;
- підвищити імідж центру, соціального працівника.

Принципами оцінки потреб є: комплексність; розуміння людини та її потреб в контексті її соціальних зв'язків і життя в громаді; проведення оцінки на ранньому етапі виникнення проблеми або розвитку ситуації з метою запобігання

їх погіршення; активна участь матері (батьків) у процесі оцінки й ухваленні рішень тощо.

При цьому оцінка потреб має зосереджуватися на сильних сторонах та потребах особи, оскільки тільки такий підхід сприяє досягненню позитивних результатів як в оцінці, так і в плануванні й проведенні подальшої роботи. Зокрема, сильними сторонами матері – отримувача послуг у центрі матері та дитини – можуть бути: оптимістичне сприйняття життя, почуття гумору, вміння переживати життєві негаразди, вміння стримувати власні негативні емоції за різних обставин, навички самостійного вирішення проблем, підтримка з боку чоловіка, друзів або членів сім'ї, реалістичні особисті цілі, зацікавленість у здобутті знань про розвиток дитини, розуміння та повага потреб дитини тощо.

Здійснюючи оцінку потреб новонародженої дитини чи дитини раннього віку, соціальному працівникові потрібно враховувати: провідну діяльність дитини (а саме – предметно-маніпуляційну); особливості вікової кризи та характер її перебігу (криза новонародженості (2 місяці – 1 рік) та кризи 1 та 3-х років); вчасність вікових новоутворень, їх стійкість; специфіку розвитку безпосередньо-емоційного та інтимно-особистісного спілкування дитини; нюанси ситуації соціального розвитку дитини (формування базисної довіри іншим, надія, воля, самостійність); радіус та якість значущих стосунків дитини (немовлячий період – мати, ранній вік – батьки).

Чільне місце у теоретичній базі здійснення оцінки потреб дитини і її сім'ї посідає теорія прив'язаностей.

Глибокі емоційні зв'язки із значущими людьми є життєвою необхідністю дитини раннього віку, коли домінуючою стає потреба в емоційно-позитивному спілкуванні. Особливо інтенсивно почуття прив'язаності формується у дитини першого року життя. Так звана первинна прив'язаність є базовою, оскільки закладає основу для подальшого розвитку дитини і самої прив'язаності. Сила і якість прив'язаностей багато у чому залежать від поведінки матері (батьків) щодо дитини. Дитина прив'язується до тих, хто швидко і позитивно реагує на її активність й ініціативу, вступає у спілкування, що відповідає настрою дитини.

Сприяють розвитку прив'язаності увага, ніжність матері, її доброзичливість, підтримка та підбадьорювання дитини тощо.

Коли матір знаходиться поруч, діти зі сформованою прив'язаністю проявляють більш виражену схильність до рухової активності, до вивчення оточуючого. Натомість неможливість постійного емоційного спілкування і відсутність прив'язаностей до дорослих у ранньому віці обертається для дитини замкненістю, нездатністю встановлювати і підтримувати щирі й доброзичливі стосунки у старшому віці. Соціальний працівник, який здійснює оцінку, має вміти виявляти ознаки порушення прив'язаностей, усвідомлювати наслідки їх втрати для подальшого становлення особистості дитини. Саме раннє діагностування слабких прив'язаностей чи їх відсутності, зосередження на емоційному розвитку дитини та здатності батьків оточити дитину емоційним теплом, пошук значущих для дитини людей, з якими збереглися прив'язаності, тощо, може стати відправною точкою у соціальній роботі, спрямованій на зміну ситуації клієнта на краще, подолання складних життєвих обставин матері, сім'ї.

Врахування загальних закономірностей розвитку особистості є ключовою умовою 130 результативної оцінки потреб дитини. Тому, насамперед, соціальний працівник центру має повною мірою володіти інформацією щодо особливостей розвитку дитини першого, другого і третього років життя; знати основні параметри її фізичного розвитку, специфіку когнітивного та емоційного розвитку дитини.

Узагальнена інформація щодо потреб дитини буде загалом ґрунтуватися на даних: медичного огляду; спостережень за реакціями та поведінкою дитини та діями матері; співбесід з матір'ю фахівцями різного профілю та обслуговуючим персоналом центру. Найпоширенішими методами оцінки в умовах соціального центру матері та дитини є спостереження та співбесіда (інтерв'ю) з матір'ю. Соціальний працівник має комбінувати методи і прийоми проведення співбесід (активне слухання, прояснення, резюмування, конфронтація та ін.), щоб отримати широкий спектр інформації про потреби дитини та здатність матері реагувати на них. Доцільно давати жінкам (членам сім'ї) невеличкі домашні завдання – анкети

чи шкали, які допоможуть з'ясувати нюанси тієї чи іншої інформації, уточнити суперечливі моменти оцінки.

Основу концепції оцінки потреб дітей та їхніх сімей, які опинилися в складних життєвих обставинах, становить модель оцінки, що базується на трьох основних компонентах: потреби дитини для розвитку; батьківський потенціал (здатність батьків піклуватися про дитину, виховувати і розвивати її, задовольняти потреби); фактори сім'ї та середовища. Ідея побудови моделі полягає у такому: лише у разі повного врахування потреб дитини, високого батьківського потенціалу, сприятливого впливу сім'ї і умов довкілля дитина захищена й забезпечена усім необхідним для повноцінного розвитку.

Компонент моделі «Потреби дитини для розвитку» складається з таких показників: здоров'я, освіта, соціальна презентація, емоційний розвиток та поведінка, самоусвідомлення, сімейні і соціальні стосунки, навички самообслуговування.

Надзвичайно важливим компонентом для становлення особистості та здоров'я дитини раннього віку є здатність матері (батьків) задовольняти потреби дитини – батьківський потенціал. Показниками компонента «батьківський потенціал» є: елементарний догляд, гарантія безпеки, емоційне тепло, стимулювання, життєві орієнтири та обмеження, стабільність.

Стан дитини та інших членів сім'ї значною мірою залежить від системи взаємозв'язків, взаємозалежності умов, що мають місце у середовищі, в якому проживає сім'я, дитина. Широкий спектр навколишніх факторів можуть як сприяти, так і перешкоджати функціонуванню сім'ї та розвитку дитини. Отож, показниками компонента «фактори сім'ї та середовища» є: історія сім'ї і її функціонування, родичі, житлово-побутові умови, зайнятість, доходи, соціальна інтеграція сім'ї, ресурси громади.

Здійснюючи за даною моделлю оцінку потреб дитини раннього віку, потрібно враховувати, що основними потребами дитини цього віку (у спрощеному тлумаченні) є: потреба в любові та турботі, потреба в спілкуванні з люблячим дорослим, потреба у безпеці (безпечне середовище), потреба в харчуванні

(своєчасно отримувати грудне молоко), потреба в теплі, потреба в чистоті (чисте приміщення, чистота тіла).

Таким чином, відповідно до вищезазначеної моделі, потрібно оцінювати такі потреби дитини раннього віку: здоров'я та фізичний розвиток, освіта (когнітивний розвиток), емоційний розвиток, соціальний розвиток (самоусвідомлення, самопрезентація, навички самообслуговування).

У ході оцінки потреб дитини соціальні працівники мають мати чітке уявлення, за допомогою яких індикаторів (характеристик, врахування яких є необхідним для успішного виховання і розвитку дітей) можна проаналізувати рівень задоволення тієї чи іншої потреби, а також яких успішних результатів дитина раннього віку може досягати стосовно кожного показника. Загальний аналіз показників та індикаторів потреб дитини раннього віку подано нижче, проте у кожному конкретному випадку потрібно враховувати індивідуальність та неповторність становлення особистості дитини.

Здоров'я та фізичний розвиток

Дитина раннього віку для повноцінного розвитку має потреби в належному догляді 131 день третій за здоров'ям; адекватному і калорійному харчуванні; достатньому і спокійному сні; регулярних відповідних гігієнічних процедурах. Тому індикаторами стану здоров'я дитини раннього віку є: відповідність її ваги і зросту визначеним нормам розвитку людини певного віку; проведені щеплення, їх своєчасність; наявність/відсутність хвороб, захворювань, встановлених діагнозів (в т.ч. хронічних); загальне самопочуття дитини; наявність у дитини симптомів/ознак зловживання матір'ю під час вагітності алкоголем/наркотиками тощо.

За інформацією про здоров'я дитини соціальний працівник може звернутися до медсестри, лікаря центру матері та дитини. Оцінка здоров'я дитини здійснюється на основі огляду дитини, розмови з фахівцями; вивчення медичної документації, аналізу даних лабораторних, клінічних та інших досліджень. У цьому блоці ми оцінюємо фізичний розвиток дитини за визначеними параметрами, розвиток її моторики.

Когнітивний розвиток

Десь близько трьох років у дитини відкриваються можливості для формування однієї з найважливіших потреб – потреби у досягненні успіху. Дитина починає розрізняти завдання різного ступеня складності. І нарешті, показником розвитку її когнітивної сфери є вміння розрізняти задатки, здатності й зусилля, що прикладаються для виконання тієї чи іншої дії. У дитини цього віку формується потреба у спілкуванні, у схваленні й лідерстві. Більш помітними стають прояви волі. Розвиток психіки й особистості дитини раннього віку – складне явище. Досі проблемою залишається питання: якою мірою активне чи пасивне мовлення дитини відображає досягнутий нею рівень розвитку. І все ж, на думку Р.С.Немова, висновки під час оцінки потреб дитини раннього віку потрібно робити на основі того, що розуміє і як поводить себе дитина.

Оцінка потреби дитини в освіті передбачає вивчення всіх аспектів її когнітивного розвитку. У ракурсі цього показника досліджується рівень розвитку інтересу дитини до пізнання чогось нового, досвід досягнення позитивних результатів (успіху) тощо. Для дитини раннього віку важливими є: можливості для гри і взаємодії з дорослими; розвиток когнітивних навичок та інтересів.

Тому здійснюючи оцінку потреби дитини в когнітивному розвитку, соціальний працівник з'ясовує інформацію про те, чи дитина: досягає очікуваних успіхів у мові та мовленні; належним чином реагує на звуки і голоси; виявляє зацікавленість до її оточення, людей, іграшок; бавиться відповідно до свого віку; реагує на прохання, вказівки (інструкції) протягом 2-го року життя тощо.

Емоційний розвиток

Оцінюючи емоційний розвиток дитини, необхідно вивчити позитивні якісні зміни у відображенні її психікою оточуючого світу, що проявляється у переживаннях, прив'язаностях. Даний показник розкриває особливості емоційного стану дитини. Соціальному працівникові необхідно вивчити типові та особливі емоційні реакції дитини у стресових ситуаціях, адекватність емоцій дитини відповідно до віку за певних обставин тощо.

При цьому, чим молодша дитина, тим складніше проаналізувати її емоційний розвиток. Отож, важливо оцінити: чи, взаємодіючи з оточуючими, дитина намагається привернути до себе увагу; чи її поведінка не дратівлива, вередлива, нетерпляча тощо; який апетит, сон у дитини; яким є рівень її тривожності і самоконтролю, прив'язаності і самостійності.

Потрібно простежити: чи дитина, зазвичай, радісна; чи, коли вона плаче, її можуть, зазвичай, легко заспокоїти; чи дитина часто неспокійна; чи щоденні крики/ вередлива поведінка тривають більше 15 хв.; чи дитина охоче приєднується до гри з дорослими; чи може тихо бавитися протягом коротких періодів часу; чи прийоми їжі і вкладання спати відбуваються без криків і суперечок; чи матір охоче пригортає дитину тощо. До обстеження емоційного стану дитини за потребою залучаються педіатр, психіатр, психолог.

Соціальний розвиток

Навички самообслуговування дитини перебувають ще тільки на стадії зародження, вони починають формуватися в кінці першого року життя дитини (у контексті навичок самообслуговування досліджується рівень розвитку самостійності дитини; вміння одягатися, їсти, користуватися столовими приборами тощо).

Самоусвідомлення

Формування особистості дитини у ранньому віці тісно пов'язане з розвитком її самоусвідомлення як окремої особистості. Свої можливості і якості дитина починає більш-менш усвідомлювати з півтора року. Дитина пізнає себе у дзеркалі, відгукується на власне ім'я, активно користується займенником «Я». З появою самоусвідомлення розвивається емпатія – розуміння емоційного стану іншої людини.

У дітей 2,5-3 років поступово формується самооцінка, виражене прагнення відповідати вимогам, що їх висувають дорослі. У цей період з'являється потреба у самостійності (я – сам). Тому індикатори даного показника такі: чи дитина першого року життя відгукується на власне ім'я; чи у два роки може назвати своє

ім'я; чи дитина йде на руки до знайомих людей; чи у колі однолітків/братів та сестер дитина дворічного віку наполягає на своєму; чи знає свою стать тощо.

На початковій стадії розвитку перебуває потреба дитини раннього віку у соціальній презентації (вона проявляється у прагненні виразити саму себе й отримати від оточуючих відповідне визнання). Основні запитання, відповіді на які дозволять визначити рівень соціальної презентації дитини, такі: яке враження дитина справляє (її зовнішній вигляд); чи часто звертає на себе увагу тощо. Шанси дітей досягти оптимальних результатів розвитку значною мірою залежатимуть від здатності батьків (батьківського потенціалу) належним чином реагувати на їхні потреби на усіх стадіях життя.

Соціальні працівники мають знати, що може перешкоджати батькам виконувати свої обов'язки, і якими є наслідки цього для дітей раннього віку. Враховуючи зазначене, аналізуючи показник елементарний догляд, соціальному працівникові потрібно з'ясувати: як батьки задовольняють потреби дитини в їжі, одязі, відпочинкові, грі; гігієнічні потреби; наскільки вони можуть та готові любити та піклуватися про дитину у разі її поганого здоров'я, інвалідності, важких захворювань, проблем у емоційному розвитку тощо. Індикаторами елементарного догляду також будуть: чи підгузник дитини регулярно міняють; чи матір намагається забезпечити умови для того, щоб дитина достатньо спала і її не турбували під час сну.

Гарантія безпеки

Цей показник визначає спроможність матері (батьків) створити безпечне середовище для дитини. У ході його оцінки важливо простежити: чи можуть (вміють) батьки створити безпечне середовище для дитини раннього віку; гарантувати їй адекватний захист від завдання шкоди; чи дитина має багато безпечних іграшок/ об'єктів для гри; чи батьки допомагають дитині відрізнити знайомих людей, яким можна довіряти, від незнайомих; чи здатні вони розпізнавати ризики і небезпеки як в помешканні, так і за його межами.

Емоційне тепло

Виховний потенціал батьків значною мірою залежить від їх здатності передавати дитині емоційне тепло. Дорослі мають гарантувати дитині раннього віку задоволення її потреби в теплих стосунках з дорослими, які делікатно і чутливо реагують на запити, емоційний стан маленької особистості. Для цього батькам необхідно якомога частіше проявляти свою любов до дитини. Тому, аналізуючи даний показник, соціальному працівникові варто простежити: як матір (батьки) характеризує дитину; чи пригортає, обіймає, заспокоює дитину; чи виявляє почуття турботи, уваги і як часто це робить; чи використовує у розмові з дитиною пестливі слова; чи є прояв матер'ю емоційного тепла традиційним.

Індикаторами цього показника можуть також бути відповіді на питання: чи матір загалом доброзичливо реагує на спроби дитини спілкуватися/говорити; чи подобається їй спілкуватися з дитиною; чи матір виказує захоплення досягненнями дитини, чи демонструє, що пишається нею; чи проявляє спонтанну (імпульсивну) любов до дитини; чи любить її такою, якою вона є.

Стимулювання

Стимулювання дитини – це допомога їй у розвитку шляхом впливу на формування навичок спілкування, інтересу до ігрової діяльності; розширення соціальних можливостей; взаємодії з дитиною, реагування на її мовлення, запитання; активної участі в іграх дитини тощо. Індикаторами цього показника є з'ясування: чи стимулюють дитину раннього віку під час гри; чи завжди вислуховують дитину і відповідають на її запитання; чи розмовляють, співають і бавляться з дитиною; чи здатні батьки створити умови, щоб дитина прагнула досягти успіху у власній діяльності; чи батьки сприяють, щоб дитина долала посильні для неї труднощі і не намагаються робити все замість дитини (спонукають її до самообслуговування); чи до спроб дитини бути самостійною ставляться з повагою; чи читають/розглядають книжки разом з дитиною; чи дитина має певну свободу для індивідуального пізнання того, що її оточує; чи дитину заохочують бавитися з іншими; чи з нею поводяться у спосіб, що стимулює розвиток міцних, позитивних стосунків, прив'язаності між матер'ю (батьком) і дитиною тощо.

Життєві орієнтири і обмеження

Цей показник окреслює, яким чином батьки допомагають дітям у розвитку вмінь та навичок управління власними емоціями і поведінкою: демонструють і моделюють позитивну поведінку, взаємодію з іншими людьми; здійснюють контроль за власними емоціями, визначають певні кордони у поведінці тощо. Особливостями поведінки дитини раннього віку можуть бути прагнення знайти чи створити перешкоди власним діям і долати їх. Все це свідчить про те, що у дитини починають формуватися сила волі, наполегливість і цілеспрямованість. Важливою потребою дітей раннього віку є потреба у пізнанні оточуючого. Спостереження за поведінкою оточуючих людей і копіювання їх у ранньому віці стає одним з основних джерел соціалізації дитини. У випадку заборон з боку дорослих, дитина може пручатися, бунтувати, плакати, що є ознакою кризи і, водночас, готовності перейти на вищий рівень розвитку. Дитиною віком півтора–два роки вже засвоюються норми поведінки, зокрема необхідність бути акуратною, слухняною, стримувати власну агресію. Враховуючи зазначене, соціальний працівник має проаналізувати: які методи, стиль виховання використовує матір (сім'я) і чи відповідають вони віку, потребам, характеру дитини; якою матір уявляє модель позитивної поведінки дитини, що, на її думку, можна, а що не можна робити дитині раннього віку. Індикаторами цього показника можуть також бути питання: чи іграшки/ігри відповідають віковій і стадії розвитку дитини; чи дитину «занадто стимулюють», напр., дають забагато іграшок відразу; чи, коли дитина чимось захоплена, її відволікають; чи навчають дитину діяти (робити щось), дочекавшись своєї черги тощо.

Стабільність

Важливими умовами середовища, сприятливого для дитини є: збереження стабільного середовища, у якому панують любов; гарантія безпечних зв'язків; надання послідовного емоційного тепла протягом тривалого періоду часу; реагування схожим чином на схожу поведінку, а також довго тривалість зв'язків дитини з дорослими членами сім'ї. Отож, потрібно з'ясувати: чи має матір

стабільні правила; традиції; чи передбачувана її поведінка; чи дотримується матір режиму дня; чи існує стабільна модель щоденного догляду за дитиною тощо.

Індикаторами оцінки цього показника також можуть бути свідчення: чи матір постійно заохочує дитину дізнаватися про щось нове; чи завжди доглядає за іграшками дитини; чи дитину заспокоюють, якщо їй доводиться короткий час побути без матері (батьків). Аналізуючи здатність матері піклуватися про дитину, важливо простежити: її 134 реакцію на дитину, її поведінку чи обставини; розуміння потреб дитини і її розвитку; розуміння батьківських завдань і відповідності цих завдань потребам дитини; вплив будь-яких життєвих труднощів на здатність виконувати батьківські завдання (вміння відрізнити реалізацію від сильного бажання); вплив попереднього досвіду на виконання батьківських обов'язків; здатність усвідомлювати труднощі і долати їх; прагнення скористатися підтримкою і приймати допомогу.

Соціальному працівникові важливо постійно простежувати зв'язок кожної потреби дитини з батьківським потенціалом матері. Наприклад, оцінюючи здоров'я дитини, соціальний працівник, проаналізувавши індикатори задоволення цієї потреби, визначені відповідно до віку і фізичного стану дитини раннього віку, виявляє й уточнює сильні сторони матері (батьків) чи наявні проблеми у виконанні батьківських функцій, спрямованих на забезпечення умов для збереження чи покращення здоров'я дитини.

Він з'ясовує, як впливає на задоволення потреби дитини щодо здоров'я елементарне піклування матері (батьків); як вона гарантує їй безпеку; передає емоційне тепло, що є чинником емоційного здоров'я; які життєві орієнтири мати (батьки) формує у дітей щодо здоров'я і які обмеження, правила встановлює; чи стабільними є дії матері під час догляду за дитиною, дотримання її режиму харчування, сну, купання, що є неодмінною умовою забезпечення її здоров'я.

Родичі можуть стати значним джерелом підтримки матері з дитиною раннього віку, які опинилися у складних життєвих обставинах, і навпаки, іноді родичі не завжди можуть/хочуть підтримати матір, дитину. Щоб детально простежити вплив факторів сім'ї і середовища на потреби дитини і на здатність

матері (батьків) реагувати на них, необхідно проаналізувати цілу низку індикаторів. Так, індикаторами оцінки потенціал сім'ї (історія сім'ї та її функціонування) є: значні зміни в складі сім'ї; досвід дитинства батьків; хронологія важливих подій в житті і їхнє значення для членів сім'ї; характер функціонування сім'ї, включаючи стосунки між братами/сестрами та їхній вплив на дитину; сильні і слабкі сторони батьків. У ході дослідження цього показника з'ясовується: якою є життєва історія матері, батька; чи переживали батьки насильство; яка хронологія важливих сімейних подій; як члени сім'ї переживали смерть когось із рідних тощо.

Соціальному працівникові у аналізі цього фактору допоможе складання разом з матір'ю генограми сім'ї, яка є формою запису сімейного родоводу. У ній доступно фіксується інформація про усіх членів родини протягом, принаймні, трьох поколінь. Генограма графічно зображує взаємостосунки членів сім'ї, наявність пережитих втрат у зв'язку зі смертю родичів і дозволяє проаналізувати, як це впливає на розвиток дитини, сім'ї. Важливо відмітити, що генограму можна будувати як на момент знаходження матері та дитини в центрі, так і після вибуття з нього (з метою кращого вивчення зміни потреб, тривог, планування соціального супроводу тощо).

Хорошим інструментом для дослідження «життєвої території матері та дитини» є еко-карта, яку називають також соціограмою. Соціальні працівники, котрі проводять оцінку, мають знати, що історія сім'ї і кожного її члена зокрема може відчутно впливати на дитину і її матір (батька). Опис сімейних історій і досвіду допомагає зрозуміти, що в даний момент відбувається з сім'єю. Здатність дорослого доглядати і дбати про дитину може бути безпосередньо пов'язаною з його дитячим досвідом сімейного життя. Розуміння того, як сім'я функціонує зазвичай і як ведуть себе члени сім'ї в стресових ситуаціях, сприяє у визначенні тих факторів, які допомагатимуть і заважатимуть батькам виконувати свої функції.

До найбільш ефективних методик діагностування сім'ї відносять: - визначення сімейного простору (Е. Coppersmith), сімейну скульптуру (Р. Papp, О. Silverstain і Е. Carter) і сімейну хореографію (D. Kantor, В. Duhl, F. Duhl, Р. Papp),

що дають можливість визначити актуальні внутрішні сімейні проблеми, конфлікти; - сімейну реконструкцію за фотографіями (С.Anderson и E. Malloy), роботу третій з образами-спогадами (W. Morris), що дозволяють вивчити вплив минулого на сучасний стан сімейних стосунків; - системно-структурне розташування (Insa Sparrer и Matthias Varga von Kibed), за допомогою якого можна визначати проблеми, сумніви, «темні» плями сімейної історії, переконання, сімейні цілі тощо.

Родичі (родина)

Суттєву емоційну, моральну, фінансову підтримку, практичну допомогу матері (батькам) і дитині, у разі потреби, можуть надати члени родини. За умов такої консолідації ресурсів сім'я нерідко власними зусиллями долає складні життєві обставини, виходить з кризи, прогнозує своє майбутнє. Тому соціальному працівникові потрібно з'ясувати: хто родичі дитини; хто входить до кола найближчого оточення батьків, їх родичів; де вони проживають; як часто родичі підтримують стосунки з матір'ю дитини раннього віку; чи сприятимуть родичі, у разі необхідності, вихованню і розвитку дитини; хто з родичів першим відгукнеться і допоможе у випадку гострої потреби.

Житлово-побутові умови

Під час аналізу житлово-побутових умов сім'ї з'ясовується наскільки сприятливим для дитини є (буде) житло, й оцінюються: елементарні комунальні умови (гаряча вода, опалення тощо), інтер'єр, зовнішній вигляд помешкання, його облаштованість, чистота. Це також аналіз переваг та слабких сторін місця проживання матері (сім'ї) – міста, села, селища, регіону. Зайнятість Надзвичайно важливими для соціального працівника є результати оцінки зайнятості батьків, а саме: інформація про місце роботи батьків, рівень їх зайнятості, умови праці. При цьому потрібно виявити: хто в сім'ї працює; який вплив має робота батьків на дитину, на стосунки з нею; який графік роботи батьків.

Доходи

Оцінюючи доходи сім'ї, необхідно проаналізувати ті фінансові надходження чи заощадження, на які можна розраховувати протягом тривалого періоду. Отож,

соціальний працівник вивчає: чи вистачає реальних доходів матері (сім'ї) для піклування про дитину, забезпечення її потреб у захисті, вихованні та повноцінному розвитку; чи стабільний прибуток матері (сім'ї); чи отримує вона всі належні їй допомоги, виплати; яким чином використовує всі ресурси, розподіляє бюджет тощо.

Соціальна інтеграція

Цей показник характеризує ступінь інтеграції жінки, її сім'ї у соціум, громаду. Його індикаторами є інформація про те, чи є у матері друзі, чи прагне вона налагодити дружні контакти з іншими людьми; чи дружить її сім'я з іншими родинами; чи відчуває себе членом територіальної громади; чи відвідує громадські заходи, масові свята; яку позицію (активну, нейтральну чи пасивну) у житті громади займає тощо.

Ресурси громади

У ході аналізу цього показника оцінюється наявність, доступність, рівень ресурсів і їх вплив на матір (сім'ю). Соціальний працівник має з'ясувати: чи володіє громада необхідними ресурсами та резервами для підтримки та допомоги матері, котра виховує дитину раннього віку; чи є за місцем проживання матері (сім'ї) кінотеатр, школа, будинок творчості, поліклініка, лікувальні, розважальні заклади, соціальна служба, неурядові організації, що працюють з дітьми і для дітей тощо; чи користується сім'я зазначеними ресурсами, чи має до них доступ.

Потрібно пам'ятати, що у ході оцінки потреб може з'явитися низка труднощів. Серед факторів, які перешкоджають проведенню повноцінної і правильної оцінки потреб дитини та її сім'ї, – відсутність досвіду в проведенні оцінки; несформованість навичок слухання, співбесіди; недостатність важливої інформації; відсутність наполегливості тощо. Під час проведення оцінки необхідно: враховувати залежність всіх видів оцінки 136 від реалій соціальної роботи, надання соціальних послуг у соціальному центрі матері та дитини; співвідносити потреби отримувача послуг та можливості центру; постійно дбати про розвиток стосунків між тими, хто здійснює оцінку, і надавачами послуг.

Зазначене слід враховувати, здійснюючи підготовку до процесу оцінювання та його супервізію.

Велике значення має точний, детальний і зрозумілий запис отриманої інформації. Проте не потрібно здійснювати документування багатослівно, щоб не доводилося серед численних фактів вишукувати справді суттєву інформацію.

На особливу увагу заслуговує оцінка потреб самої матері, яка теж потребує підтримки та допомоги. Оцінюючи потреби клієнтки соціального центру матері та дитини, ми аналізуємо стан її здоров'я, рівень освіти (когнітивного розвитку) та соціальний розвиток (навички самообслуговування, соціальної презентації, самоусвідомлення).

Таким чином, можна окреслити певні стандарти проведення якісної оцінки отримувачів послуг соціального центру матері та дитини, а саме:

- кожний отримувач послуг центру має право на оцінку;
- на перебіг оцінки та її результати не впливає дискримінація щодо віку, особи, її статі, культури або раси;
- жінка, яка проходить оцінку, має право на власний погляд стосовно ситуації, складних життєвих обставин, в яких вона опинилась, і це потрібно враховувати у роботі з нею;
- під час здійснення оцінки соціальні працівники мають дотримуватися етичних норм та принципів оцінки;
- отримувачі послуг центру мають право на доступ до інформації про себе та свою дитину, бути вільними від примушення у ході оцінки;
- усі соціальні працівники центру, які проводять оцінку, мають пройти відповідну підготовку та регулярно підвищувати професійну кваліфікацію;
- оцінювання і саму оцінку потреб проводить мультидисциплінарна команда, до складу якої можуть входити фахівці зацікавлених організацій, установ, закладів;
- для проведення оцінювання і оцінки мають бути забезпечені відповідні матеріальні ресурси тощо.

За умов дотримання окреслених стандартів оцінювання, оцінка потреб користувачів послуг центру перетвориться у дієвий механізм забезпечення прав як дитини, так і її матері.

Література

1. Авдеева Н.Н. Раннее вмешательство и эмоционально-личностные нарушения в раннем возрасте /Н.Н.Авдеева // Психологическая наука и образование. – 2010. – № 5. – С. 108-112.
2. Авдеева Н.Е., Мещерякова С. Ю. Вы и младенец: у истоков общения /Н.Н.Авдеева – М.: Педагогика, 1991. – 160 с.
3. Айвазян Е.Б., Павлова А. В., Одинокова Г. Ю. Проблемы «особой» семьи / Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2008. – № 2. – 61-67.
4. Азаров Ю.П. Семейная педагогика. Воспитание ребенка в любви, свободе и творчестве – СПб.: Питер, 1991. – 610 с.
5. Акимова Н.Н. Раннее вмешательство и эмоционально-личностные нарушения в раннем возрасте / Н.Н.Акимова // Психологическая наука и образование. – 2010. – № 5. – С. 140-147.
6. Аксенова Л.И. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии как одно из приоритетных направлений современной специальной (коррекционной) педагогики /Л. И. Аксенова // Дефектология. – 2002. – № 3. – С. 11-12.
7. Алексеева Е.Е. Психологические особенности семейного воспитания ребенка с проблемами в развитии // Дошкольная педагогика. – 2010. – № 3. – С. 56-57.
8. Ахметзянова А.И. Становление и развитие ранней помощи детям с нарушениями в развитии в России и за рубежом / А.И. Ахметзянова // Неврологический вестник. – 2015. – Т. XLVII, вып. 1. – С.73-79.
9. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15, № 1. – С. 3–18.

10. Арсенова Л.А. Зависимость психического развития детей с особыми потребностями от семейных отношений /Л.А.Арсенова // Коррекционная педагогика. – 2006. – № 5. – С. 71-73.
11. Бастилова Т.А. Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложным сенсорным или множественным нарушением /Т.А.Бастилова. // Дошкольное воспитание детей с ограниченными возможностями. – 2002. – № 4. – С. 12-14.
12. Богданова Т.Г., Жилина А.В. Психологические проблемы семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии /Т.Г.Богданова, А.В.Жилина // Специальная психология. – 2004. – № 1. – С. 72-76.
13. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: Избранные психологические труды. /Л.И.Божович. / Под ред. Д.И. Фельдштейна ; Рос. акад. образования, Моск. психол.-соц. ин-т. – 3-е изд. – М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2001. – 349 с.
14. Бортов Р.В. Семейные отношения. / Р.В.Бортов – М.: Проспект, 2000. – С. 48-60.
15. Боулби Д. Привязанность / Д. Боулби. – М.:Гардарика, 2003. – С. 10-20.
16. Брехман Г.И. Пути многоуровневого взаимодействия матери и ее неродившегося ребенка / Г.И. Брехман // Перинатальная психология и медицина. – Иваново, 2001. – Ч. 1. – С. 164-179.
17. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. / А.Я. Варга. – СПб.: Речь, 2001. – 144 с.
18. Винникотт Д.В. Маленькие матери и их дети / Д.В. Винникотт – М.: Класс, 1998. – 80 с.
19. Выготский Л.С. Психология развития ребенка / Л.С. Выготский – М.: Эксмо, 2003. – 513 с.
20. Добряков И. В. Заширинская О. В. Психология семьи и больной ребенок: учеб. пособие: Хрестоматия. / И.В. Добряков, О.В. Заширинская – СПб: Речь, 2007. – 400с.

21. Дружинин В.И. Психология семьи. / В.И. Дружинин – М.: Владос, 1999. – 295 с.
22. Душка А.Л. Родители особого ребенка: пути помощи / А.Л. Душка // Вісник Одеського нац. ун-ту. Психологія. – 2010. – 15, вип. 4. – С. 67-73.
23. Жиянова П.Л. Семейно-центрированная модель ранней помощи детям с синдромом Дауна / П.Л. Жиянова. – М.: Благотворительный фонд "Даунсайд Ап", 2006. – 281 с.
24. Жукова О.С. Воспитание и обучение ребенка раннего возраста с проблемами развития: вопросы взаимодействия родителей и специалистов // Дошкольная педагогика. – 2005. – № 3. – С. 51-56.
25. Заборина Л.Г. Изучение состояния психологической напряженности и эмоциональных переживаний у родителей, воспитывающих детей-инвалидов // Сибирский психологический журнал. – 2007. – № 26. – С. 136-141.
26. Зверева І.Д., Кияниця З.П., Кузьмінський В.О., Петрочко Ж. В. Оцінка потреб дитини та її сім'ї: від теорії до практики: Навч. посіб.: У 2-х част. / І.Д. Зверева, З.П. Кияниця, В.О. Кузьмінський, Ж.В. Петрочко — К.: «Кожній дитині», 2010. — Част. I. — 224 с.
27. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Нисевич Т.А. Как помочь «особому» ребенку. Книга для педагогов и родителей. / Т.Д.Зинкевич-Евстигнеева, Т.А. Нисевич – СПб: Речь, 2000. – 96 с.
28. Исаева Е.Р. Защитно-совладающий стиль личности: анализ взаимоотношений копинга и психологической защиты. / Е.Р.Исаева // Российский научный журнал. – 2009. – № 3 (10). – С. 40-46.
29. Кожанова Н.С. Коммуникативная компетентность родителей как важное условие коррекции коммуникативной деятельности детей с нарушениями зрения в семье / Н.С.Кожанова // Специальное образование. – 2008.– № 11. – С. 28-34.
30. Крайс Г. Психология развития / Г.Крайс – СПб.: Питер.– 2000. – С. 299-320.

31. Краузе М. П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь родителям. / М.П.Краузе. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 208 с.
32. Кукуруза А.В. Раннее вмешательство – семейно-центрированная модель помощи семьям, воспитывающим детей раннего возраста с нарушениями развития /А.В. Кукуруза // Психология. – №9. – 2013. – С. 99-102.
33. Кукуруза Ганна Володимирівна. Психологічна допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку. – Автореф. дис. д-ра психол. наук: 19.00.04, Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. – Х., 2013. – 35 с.
34. Кукуруза Г.В. Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку: монографія [Текст] /Г.В.Кукуруза. – Х.:, Планета-принт, 2013. – 244 с.
35. Кукуруза Г.В. Ефективність програм раннього втручання для дітей з порушеннями психічного розвитку [Текст] / Г.В. Кукуруза // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н.Каразіна: зб. наук. праць. – Х., 2013. – Вип. 1046. – С.184-187. – (Серія психологія).
36. Лангмейер И. Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. /И. Лангмейер, З. Матейчек. – М., 1984. – 467 с.
37. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. / В.В. Лебединский – М.: Изд-во МГУ, 1985.
38. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Метод. пособие. / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. – М.: Просвещение. – 2008. – 239 с.
39. Малофеев Н.Н. О развитии службы ранней помощи семье с проблемным ребенком в Российской Федерации / Н.Н.Малофеев, Ю.А.Разенкова, Н.А.Урядницкая // Дефектология. – 2007. – №6. – С.60-68.
40. Малофеев Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Европа: учеб. пособие для студентов пед. вузов / Н.Н. Малофеев. – М.: Просвещение, 2009. – 319 с.

41. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь. – 2006. – 400 с.
42. Марценковський І.А. Возможности профилактики, особенности диагностики и лечения расстройств из спектра аутизма / И.А. Марценковський // Здоров'я України. – 2012. – С. 66-68.
43. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина /Под ред. В.И.Селиверстова. – М.:Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
44. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов– СПб.,2003. – С. 157-171.
45. Овчарова Р.В. Психологическое сопровождение родительства / Р.В.Овчарова. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2003. – 319 с.
46. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи: навчально-методичний посібник. / За ред. В. Ю. Мартинюка, С. М. Зинченко – К.: Інтермед, 2005.
47. Оцінка потреб дитини та її сім'ї. / За заг. ред. І.Д.Зверєвої. Авт.: І.Д.Зверєва, З.П.Киянця, В.О.Кузьмінський, Ж.В.Петрочко, І.Самон. – К.: Держсоцслужба, 2007. – 144 с.
48. Пескова Г. И. (2012). Процесс раннего вмешательства в детское развитие: история Чикагского лонгитюдного исследования [Текст] / Г. И. Пескова // Молодой ученый. – 2012. – №5. – С. 480-482.
49. Печникова Л.С. Особенности взаимодействия матери с ребенком, больным ранним детским аутизмом (РДА). / Л.С. Печникова // Материалы международной научно-практической конференции памяти К.С. Лебединской. – Москва, 1995. – С. 100-102.
50. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию / Т. Питерс. – М.: Владос, 2003. – 240 с

51. Разенкова, Ю. А. Начальный этап становления системы ранней помощи в США: исторический экскурс / Ю. А. Разенкова // Дефектология. – 2012. – № 4. – С. 3-5.
52. Радченко М.І. Роль матері у подоланні аутичної відчуженості дитини / М.І. Радченко // Безпека життєдіяльності. – 2004. – С. 34-36.
53. Риндер І.Д. Модель психомоторного розвитку дітей з розладами аутичного спектра / І. Д. Риндер // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. – 2012. – Вип 3(1). – С.134-139.
54. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві. — Львів, 2008.
55. Селигман М. Обычные семьи, особые дети: системный подход к помощи детям с нарушениями развития / М.Селигман, Р.Дарлинг – М.: Терезин, 2007. – 386 с.
56. Скрипник Т.В. Феноменологія аутизму / Т.В. Скрипник. – К.: Видавництво «Фенікс», 2010. – 388 с.
57. Скрипник Т.В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра: навч.-метод. посіб. / Т.В. Скрипник. – К.: Педагогічна думка, 2013. – 56 с.
58. Скрипник Т.В. Психологічна допомога дітям з аутизмом та їхнім батькам: навч.-метод. посіб. / Т.В. Скрипник. – К.: Вид. група «Шкільний світ», 2016. – 160 с.
59. Сухіна І.В. Родинно-орієнтований підхід у контексті комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом / І.В.Сухіна // Особлива дитина: навчання і виховання. – № 4. – 2014. – С. 28-32. с.182-191.
60. Ткачева В.В. Психолого-педагогическое изучение семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями развития / В.В. Ткачева // Психолого-педагогическая диагностика. М.: Академия, 2003. – С. 280-290.
61. Управління статистики України / Населення України 1998-2015, дата останньої модифікації: 13/08/115 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/ds/nas_rik/nas_u/nas_rik_u.html (дата звернення: 28.09.2015).

62. Шестопалова Л.Ф. Типи захисно-копінгової поведінки батьків, які виховують дітей раннього віку із порушеннями психомоторного розвитку [Текст] / Л.Ф.Шестопалова, Г.В.Кукуруза // Медицинская психология. – 2011. – № 1. – С.14-17.
63. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия. / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. Учебное пособие для врачей и психологов. / Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, – 2006. – 352 с.
64. Beckwith L. Adaptive and maladaptive parenting: Implications for intervention // Meisels S. J., Shonkoff J. P. (eds). Handbook of early childhood intervention. Cambridge; -N. Y.: Cambr. Univ. Press, 1990. P. 53—77.
65. Chasson G. S. Cost comparison of early intensive behavioral intervention and special education for children with autism. / Chasson G. S., G. E. Harris, W. J. Neely // J Child Fam Stud. – 2007. – V. 16. – P. 401–413.
66. Data and statistics of Autism spectrum disorder [Електронний ресурс] / Center for Disease Control. – Режим доступу: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> (дата звернення: 04.06.2015).
67. Data and statistics of Autism spectrum disorder [Електронний ресурс] / Center for Disease Control. – Режим доступу: <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> (дата звернення: 04.06.2015).
68. Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement / S. J. Rogers, G. Dawson. New York: 2010, Guilford. – 297 p.
69. Estes A. Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder / A. Estes, J. Munson, S. J. Rogers, J. Greenson, J. Winter, G. Dawson // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2015.
70. Field T.M. Infancy. Cambridge, 1990. – P. 260.
71. Gerdt J. The broader autism phenotype and its implications on the etiology and treatment of autism spectrum disorders / J. Gerdt, R. Bernier // Autism Research and Treatment. – doi: 10.1155/2011/545901.

72. Guralnick M. The Effectiveness of Early Intervention / M.Guralnick - Paul H. Brookes Publishing Co., 1997 – 661p.
73. Jones W. Attention to eyes is present but in decline in 2–6 month old infants later diagnosed with autism / W. Jones, A. Klin // Nature. – doi: 10.1038/nature12715.
74. Jones W. Attention to eyes is present but in decline in 2–6 month old infants later diagnosed with autism / W. Jones, A. Klin // Nature. – doi: 10.1038/nature12715.
75. Kolb B. Brain plasticity and behavior in the developing brain / B. Kolb, R. Gibb // Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2011. – V. 20. – №4. – P. 265–276.
76. Lyall K. Parental social responsive and risk of autism spectrum disorder in offspring / K. Lyall, J. N. Constantino, M. G. Weisskopf, A. L. Roberts, A. Ascherio, S. L. Santagelo // JAMA Psychiatry. – 2014. – V. 71. – №8. – P. 936–942.
77. Peters-Scheffer N. Cost comparison of early intensive behavioral intervention and treatment as usual for children with autism spectrum disorder in Netherlands / N. Peters-Scheffer, R. Didden, H. Korzilius, J. Matson // Res Dev Disabil. – 2012. – V. 33. – P. 1763 – 1772.
78. Rogers S. J. Evidence-based comprehensive treatments for early autism / Rogers, S. J. & Vismara, L. A // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. – 2008. – V. 37. – P. 8–38. doi:10.1080/15374410701817808
79. Rogers S. J. Autism treatment in the first year of life: a pilot study of infant start, a parent-implemented intervention for symptomatic infants / S. J. Rogers, L. Vismara, A. L. Vagner, C. McCormick, G. Young, S. Ozonoff // Journal of Autism and Developmental Disorders. – doi: 10.1007/s10803-014-2202-y.
80. Rogers S. J. Early Start Denver Model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement / S. J. Rogers, G. Dawson. New York: 2010, Guilford. – 297 p.

81. Smith T. Evidence base update for autism spectrum disorder / T. Smith, S. Iadarola // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. – 2015. – 44(6). – P. 897-922.
82. What Is Autism? What is Autism Spectrum Disorder? / Autism Speaks – Режим доступа: <https://www.autismspeaks.org/what-autism> (дата звернення: 04.06.2015).
83. Zwaigenbaum L. Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: recommendations for practice and research / L. Zwaigenbaum et al. // Pediatrics 2015; 136;S60. – doi: 10.1542/peds.2014-3667E.