***МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ***

***по проведению занятий в кабинете ранней помощи***

***КГКОУ Школа 4***

***Актуальность***

Создание кабинета ранней помощи актуально в связи с тенденцией к увеличению числа детей-инвалидов.

Рождение ребёнка-инвалида долгое время воспринималось как фатальность. Родители очень тяжело переживают сообщение о наличии у ребёнка врожденной патологии или нарушения развития. Все исследования

подтверждают: понимание того, что их ребёнок не такой, как они себе представляли, является для родителей тяжелым потрясением. В этот момент

они испытывают чувства несправедливости, отчаяния и вины. Нарушение функций у ребёнка влекут за собой изменения психологического климата в

семье.

Инвалидность в детском возрасте – это не только наличие значительных нарушений в состоянии здоровья и ограничение жизнедеятельности, но и одна из форм социального неблагополучия ребёнка и семьи. Отсюда становится понятной необходимость социального, медицинского, психологического сопровождения детей-инвалидов, а также

членов их семей для того, чтобы оказать помощь семьям, испытывающим

страдание, чтобы обеспечить гуманное отношение окружающих к «проблемным» детям, чтобы максимально обеспечить медицинскую, психологическую и социальную безопасность для их полноправной интеграции в общество.

Раннее начало проведения лечебных и реабилитационных мероприятий позволит обеспечить профилактику необратимых изменений в организме, предупредить инвалидизацию и, следовательно, улучшить социальную адаптацию ребенка к обучению, труду, жизни в семье и обществе.

Специалисты кабинета ранней помощи выявляют детей, нуждающихся в ранней помощи и определяют методологические подходов к созданию регистра детей, нуждающихся в реабилитационных мероприятиях, обеспечивающих психологическую и социальную поддержку семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, в рамках программ кабинета ранней помощи.

Теоретико-методологическое обоснование

необходимости организации кабинета ранней помощи.

Необходимость оказания ранней медико-социальной, психолого-педагогической помощи детям младенческого и младшего возраста с нарушениями развития научно обоснована работами как российских, так и зарубежных авторов:

– гетеро логический подход в философской антропологии (Н.А. Бердяев,

Э. Брейзах, А. Камю, Ж. Сартр, М. Хайдеггер, К. Ясперс и др.);

– системный подход (С.Л. Рубинштейн, П.К. Анохин, В.П. Зинченко, Б.Ф. Ломов, В.Ф. Венд и др.).

Основоположниками системного подхода в изучении ребенка с нарушениями в развитии в отечественной науке являются Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, В.В. Ковалев, В.В. Лебединский, А.Р. Лурия. Л.С. Выготский дает описание моделей ребенка с ограниченными возможностями в зависимости от разнообразия видов нарушения и структуры дефекта, предупреждает о корректном понимании единства законов развития нормального и аномального ребенка и необходимости учета индивидуальных особенностей развития каждого ребенка при разработке системы оказания специальной помощи;

– теория единства законов развития нормального и аномального ребенка (Т.А. Власова, Л.С. Выготский, А.Н. Граборов, Г.М. Дульнев, В.П. Кащенко, В.И. Лубовский, А.Р. Лурия, М.С.Певзнер, В.Г. Петрова, Т.В. Розанова, Е.А. Стребелева, Ж.И. Шиф и др.);

– общефилософские, общепсихологические и специальные основы реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья (Э.А. Абгарян, К.М. Астахова, Л.И. Божович, Л.В. Василенко, Т.А.

Добровольская, М.А. Егорова, Т.В. Жданова, М.Н. Коган, А.В. Кротова, В.В.

Линьков, А.А. Осипова, Л.Ф. Сербина, В.Ф. Стан, Е.М. Старобина, И.В.

Цукерман, Н.Б. Шабалина, Л.М. Шипицина);

– медицинские принципы, методы, базовые методики комплексной реабилитации детей (Л.О. Бадалян, С.А. Бортфельд, Л.Т. Журба, В.Т. Кожевникова, Е.Т. Лильин, К.А. Семенова, Т.И. Серганова, Е.Г. Сологубов,

О.В. Тимонина, Г.П. Бертынь);

– социальная модель реабилитации инвалидов, включая социальную

работу с детьми-инвалидами и их семьями, их социальное обслуживание и

т.п. (Е.И. Холостова, Е.Р. Ярская-Смирнова, В.П. Романов, В.А. Петросян,

Н.Ф. Дементьева, И.В. Мкртумова, И.В. Малофеев, Л.И. Кононова, Т.В.

Зозуля, Л.П. Храпылина, Л.Ю. Савина и др.).

Период раннего детства (от рождения до 3 лет) является уникальным и

имеет ряд психофизиологических особенностей, отличающих его от последующих возрастных этапов и требующих создания для детей специальных условий окружающей среды, всего уклада жизни, воспитания

(Н.М. Аксарина, Н.М. Щелованов, К.Л. Печора, Г.В. Пантюхина, Э.П. Фрухт).

Этот период характеризуется наиболее интенсивным темпом развития ребенка, это сензитивный период для развития его моторики, психики, речи. Для раннего детства свойственны скачкообразность и неравномерность развития, высокая пластичность высшей нервной и психической деятельности, легкая обучаемость; большие потенциальные, компенсаторные возможности развития; единство и взаимосвязь физического и психического развития; ведущая роль взрослого в развитии ребенка.

***Понятийный аппарат***

***Ранняя помощь*** (ранее вмешательство, прямой перевод англ. «early

intervention») – система помощи детям раннего возраста с нарушениями

развития или риском появления таких нарушений и их семьям.

***Нарушение развития*** – последствия тех или иных изменений в состоянии здоровья или неадекватного воспитания ребенка в семье (сиротском учреждении). Нарушения развития у ребенка двигательных,

когнитивных, коммуникативных, сенсорных или иных функций.

***Дети группы риска*** – дети, имеющие риск появления нарушений в развитии (медицинский, социальный или биологический) и требующие

дальнейшего наблюдения.

***Дети с нарушениями развития*** – дети, у которых по сравнению с их

сверстниками, выявлено отставание в развитии или имеются нарушения

двигательных, когнитивных, коммуникативных, сенсорных или иных

функций.

***Скрининг*** (от англ. «to screen» – просеивать) – быстрый, доступный,

ориентировочный метод обследования с целью выявления нуждающихся в более точной диагностике или помощи.

***Скрининг развития*** – это повторяющееся обследование группы детского населения определенного возраста с целью выявления факторов риска и проблем, связанных с нарушением этапного развития в организации и регуляции различных свойственных данному возрасту видов деятельности и поведения для последующего уточнения причин их возникновения и оказания адекватной помощи.

***Технология скрининга*** – это комплекс методов, направленных на выявление нарушений развития или риска по их формированию.

***Методы скрининга*** – это диагностические действия, направленные на

выявления конкретных проблем, они должны быть просты, доступны и

надежны.

***Реабилитация*** – восстановление (или компенсация) нарушенных функций или структур организма, а также предотвращение прогрессирования у ребенка ограничений активности (жизнедеятельности).

***Абилитация*** (лат. habilis-быть способным к чему-либо) – развитие у ребенка функций, изначально у него отсутствующих.

***Кабинет ранней помощи*** – помощь детям раннего возраста с особыми потребностями и их семьям.

***Команда специалистов*** – группа профессионалов (педагогов,

Психологов, логопедов и др.), работающих в кабинете ранней помощи и оказывающих помощь конкретному ребенку и его семье. Работа в команде строится на партнерских взаимоотношениях между специалистами, все решения принимаются ими совместно после обсуждений, но при этом каждый член команды несет ответственность за

свою профессиональную работу.

***Коммуникация*** – это процесс обмена информацией, мыслями, чувствами между людьми.

***Ранняя коммуникация*** – процесс обмена информацией, в который

включается ребенок, еще не владеющий или только начинающий овладевать языком.

***Педагог***  – специалист по ранней коммуникации – это специалист, имеющий базовое высшее специальное педагогическое образование (логопед, учитель-дефектолог) и прошедший дополнительную подготовку по работе с детьми раннего возраста.

***Супервизор*** (от англ. «to supervise» – наблюдать и «supervision» –

надзор, наблюдение) – вид профессионального взаимодействия

специалистов. В практике ранней помощи в процессе супервизии происходит

профессиональный разбор сложных случаев и анализ трудностей в работе. Супервизия используется также как способ взаимообучения специалистов (повышения квалификации).

***ОРГАНИЗАЦИЯ КАБИНЕТА РАННЕЙ ПОМОЩИ***

***Цели и задачи*** ***кабинета ранней помощи***

Кабинет ранней помощи – это служба длительной семейно-ориентированной социальной и психолого-педагогической помощи детям младенческого и младшего возраста с нарушениями развития, а также детям, имеющим риск возникновения таких нарушений в более старшем возрасте, и их семьям.

Помощь, оказываемая в рамках кабинета ранней помощи, носит комплексный характер, осуществляется в постоянной беспрерывной форме на основе результатов динамического мониторинга состояния ребенка и включает социально-психолого-педагогическую поддержку родителей и других членов семьи.

Основными целями деятельности кабинета ранней помощи является:

- профилактика инвалидности у детей раннего возраста, имеющих нарушения развития или риск их появления в более старшем возрасте, предоставление комплексной социальной и психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим таких детей в целях содействия их оптимальному развитию, социальной адаптации и интеграции в общество;

- сохранение кровной семьи для ребенка инвалида.

***Основными целями деятельности кабинета ранней помощи является:***

1. Раннее и своевременное выявление детей раннего возраста с отставанием в двигательном, когнитивном, коммуникативном и социально-эмоциональном развитии, а также детей, входящих в группы социального и биологического риска возникновения перечисленных нарушений.

2. Комплексная оценка основных областей развития ребенка (познавательной, социально-эмоциональной, двигательной, речевой,

области самообслуживания), определение состояния психического и

физического здоровья ребенка, качественных особенностей его отношений

с родителями и другими членами семьи, выявление основных потребностей

ребенка и семьи. Разработка и реализация совместно с семьей индивидуальной программы реабилитации.

3. Реализация программ ранней помощи в отношении ребенка и его семьи:

- долгосрочное ведение ребенка и его семьи специалистами в соответствии с разработанной программой;

- систематическая оценка в динамике уровня психа-физического развития ребенка, отслеживание эффективности ранней помощи и, в случае необходимости, внесение дополнений и изменений в разработанную программу.

4. Информационная, социально-психологическая и эмоциональная поддержка родителей и других членов семьи, обеспечение связи с другими

ресурсами в сообществе и их ближайшем окружении:

- социально-психологическое сопровождение и поддержка родителей и членов семьи при воспитании ребенка с особыми потребностями, проведение социального мониторинга и патронажа;

- консультирование родителей по вопросам, связанным с индивидуальными особенностями ребенка и условиями его оптимального развития с целью повышения их компетентности в вопросах обеспечения ухода за ребенком и его оптимального развития;

- возможность использования семей или одним из родителей социальной передышки во время получения ребенком реабилитационной помощи;

- предоставление информации о законодательных актах, защищающих права ребенка и семьи, о социальных гарантиях, об общественных и государственных организациях, оказывающих необходимую помощь и услуги.

5. Координация, взаимодействие и обеспечение преемственности между кабинетом ранней помощи и другими службами, обеспечивающими услуги для ребенка и семьи: детскими дошкольными учреждениями, учреждениями системы здравоохранения и социальной защиты.

6. Информирование родительских, общественных и профессиональных организаций о работе кабинета ранней помощи, ее целях и задачах.

7. Организация групп поддержки для семей (работа Школы родителей).

***Кадры кабинета ранней помощи***

Мощность КРП определяется индивидуально в зависимости от потребности населения в данном виде помощи и возможностей учреждения, на базе которого создан кабинет.

Работу кабинета ранней помощи осуществляют специалисты по коррекционной психолого-педагогической работе: педагоги-психологи, учителя-логопеды, учителя-дефектологи, социальный педагог, школьный врач.

В команду КРП могут также входить музыкальный работник и юрист.

Основными принципами командного взаимодействия являются:

- ведение единой документации (персональная карта);

- функциональный принцип построения диагноза (три составляющих –медико-биологический, психолого-педагогический, социальный);

- синергизм подходов - тесное сотрудничество специалистов команды;

- семейно-центрированный подход к оказанию реабилитационной помощи - семья ребёнка-инвалида – полноправный член команды;

- активное взаимодействие специалистов с различными учреждениями, организациями и частными лицами.

***Материально-техническое оснащение кабинета ранней помощи***

Материально-техническое оснащение кабинета ранней помощи обеспечивает возможность оказания, социальных, психолого-педагогических услуг, доступную («безбарьерную») среду помещения кабинета и прилегающих к нему территорий для свободного доступа всех категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья, обеспечивающих видео- и фото-фиксацию работы с детьми и членами их семьи для проведения консилиумов и супервизии.

Деятельность специалистов регламентируется Уставом Организации,

при которой сформирован кабинет, должностными инструкциями,

Положением о кабинете ранней помощи при школе.

***Основные направления деятельности кабинета ранней помощи***

- проведение индивидуальной комплексной диагностики ребенка (включая скрининг);

- консультирование родителей по результатам проведенного обследования, по организации коррекционно-развивающей работы с ребенком;

- разработка и реализация индивидуальной программы реабилитации (абилитации) ребенка, имеющего проблемы в развитии;

- разработка и реализация комплексных программ сопровождения ребенка и его семьи;

- организация работы детско-родительских групп;

- оказание консультативно-практической помощи родителям (в том числе через домашнее визитирование);

- проведение тренингов для родителей (законных представителей);

- создание школы для родителей группы с целью повышения их компетентности в вопросах развития и воспитания ребенка с ограничением жизнедеятельности, выработке психолого-педагогической устойчивости.

- информирование населения об услугах оказываемых кабинетом.

***Формы работы специалистов с детьми и семьями***

***в кабинете ранней помощи***

«Первичный прием» – это первое посещение кабинета ранней помощи ребенком и членами его семьи.

Первичный прием осуществляют члены школьной медико-психолого-педагогической службы.

Для детей, получающих помощь в кабинете ранней помощи, на первичном приеме оформляется «Карта ребенка», в которую входит вся документация на ребенка и его семью.

***На первичном приеме обязательны к заполнению следующие документы:***

- журнал регистрации детей и членов их семей;

- протокол первичной консультации ребенка;

- протокол обследования ребенка.

Другие документы (диагностические опросники, анкета для родителей и др.) могут быть оформлены как на первичном, так и на повторных приемах.

***Медико-социальная реабилитация включает в себя:***

- диагностическую оценку физического и психического развития ребенка,

- составление и реализацию индивидуально-ориентированной реабилитационной программы,

- профилактику вторичных нарушений, а также помощь в решении психологических проблем ребенка и его семейного окружения,

- нормализацию поведенческих проблем ребенка,

консультационную работу психолого-педагогических работников с родителями (законными представителями) по вопросам развития, обучения и воспитания детей.

Результаты обследования и реабилитационных мероприятий заносятся в «Реабилитационную карту ребенка».

Продолжительность курса реабилитации 28 дней, кратность 2 раза в

год.

«Повторный прием» – все последующие посещения ребенка и семьи кабинета ранней помощи, включает в себя диагностическую, консультативную, коррекционную, развивающую, профилактическую, просветительскую помощь, отвечающую на запрос родителей (законных представителей).

Основные цели повторного приема – динамическая оценка и поддержка физического и психического развития ребенка, групповые и индивидуальные консультации родителей по вопросам развития, обучения и воспитания детей, групповые и индивидуальные занятия родителей с психологом, просветительская помощь, игровые сеансы с детьми и др.

Частота посещения ребенком кабинета не реже 1-2 раз в неделю.

***Пролонгированное медико-социальное и***

***психолого-педагогическое сопровождение ребенка и его семьи***

Это основная форма оказания услуг ребенку и его семье, направленная на длительное (на протяжении двух и более лет), динамическое наблюдение за физическим и психическим развитием ребенка, регулярную оценку его психологического состояния, решение медицинских, психологических и социальных проблем ребенка, профилактику вторичных нарушений, преодоление поведенческих проблем ребенка, нормализацию детско-родительского взаимодействия, улучшения психологического климата в семье ребенка с ограничением жизнедеятельности.

Основная задача длительного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения ребенка и его семьи – реализация

индивидуально-ориентированной программы Ранней помощи, составленной специалистами кабинета совместно с родителями по результатам всестороннего обследования ребенка и утвержденной на школьной медико-психолого-педагогической службе.

Реализация пролонгированного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения ребенка и его семьи осуществляется через

повторный прием кабинета ранней помощи и домашнее визитирование.

«Домашнее визитирование» – важный элемент пролонгированного

сопровождения семьи ребенка с нарушением развития, позволяющий специалистам, работающим с ребенком, патронируемым кабинетом ранней помощи, иметь более четкое и наглядное представление о том, в каких условиях живут семья и ребенок, какие существуют проблемы и конфликты, а, следовательно, сделать вывод о том, какие виды помощи необходимо в данном случае предоставить. Домашние визиты - часть мониторинга ситуации в семье, позволяющие фиксировать положительные или негативные изменения.

***Функции оценки, мониторинга и контроля*** дополняются функцией семейной терапии на дому, которая является обязательной составной частью программы комплексной работы с семьей.

Частота домашнего визитирования специалистами кабинета - 1-2 раза в месяц.

«Дистанционная реабилитация» - это технология, позволяющая использовать современные информационно-компьютерные средства для дистанционного проведения пролонгированного медико-социального и психолого-педагогического сопровождения не только ребенка с нарушением развития, но и членов его семьи.

Зачислении ребенка на дистанционную реабилитацию осуществляется на основании решения школьной медико-психолого-педагогической службы. На ребенка заводится специальная карта, состоящая из 3-х частей:

- анкетная часть,

- часть «результаты диагностических исследований»

- часть «динамическое сопровождение».

***В анкетную часть включаются:***

- анамнестические данные о пациенте и его семье,

- заявление законного представителя ребенка на имя директора школы о включении ребенка на проведение дистанционной реабилитации,

- договор безвозмездного пользования материальными средствами,

- акт приема-передачи материальных средств.

***В часть «результаты диагностических исследований»*** вносятся результаты тестирования по оценочным шкалам (оценки пластичности по шкале Ashfort, оценки уровня двигательной активности по шкале GMFCS, анализ психологического тестирования по программе RCDI-2000)

-исходные (до начала реабилитации), промежуточные (по потребности, но не реже 1 раза в 3 месяца всего курса реабилитации), заключительные (после

окончания реабилитационного курса).

***В часть «динамическое сопровождение»*** вносятся данные о ходе проведения реабилитационных мероприятий (отдельно для медицинской и психолого-педагогической коррекции), этапные эпикризы (каждые 3 месяца), заключения медико-психолого-педагогической комиссии (каждые 3 месяца.

Шкала RCDI - это адаптированный к условиям России вариант Шкалы оценки развития ребенка (Child Development Inventory; CDI), разработанной доктором Г. Айртоном (Миннеаполис, США). Шкала представляет собой вопросник, состоящий из 216 пунктов. Каждый пункт шкалы отнесен к одной из 6 областей (социальная, самообслуживание, крупные движения, тонкие движения, развитие речи, понимание языка). Используется эта программа для детей в возрасте от 1,2 года до 3,5 лет. В случаях грубого нарушения психофизического развития до 4-лет.

***Критерии включения и порядок зачисления детей***

***в кабинет ранней помощи***

Целевую группу составляют дети (инвалиды или имеющие временные

или постоянные ограничения жизнедеятельности), жители г. Амурска в возрасте от 1,5 до 4 лет, имеющие хотя бы один из нижеперечисленных критериев:

***Биологические критерии:***

- дети, рожденные с очень низкой или экстремально низкой массой тела

(менее 1500 грамм),

- дети, рожденные на сроках менее 33 недель,

- серьезные трудности в контакте с ребенком, подозрение на ранний детский аутизм.

***Медицинские критерии:***

- дети, имеющие нарушения (отставание) в развитии, выявленные с помощью нормированных шкал;

- дети с выявленными нарушениями, которые с высокой степенью вероятности приведут к отставанию в развитии (церебральные и спинальные параличи любой этиологии; генетические синдромы и хромосомные аберрации; наследственно-дегенеративные заболевания нервной системы; врожденные аномалии развития ЦНС и других органов и систем; тяжелые органические поражения ЦНС (любой этиологии), атрофии мозга, гидроцефалия.

***Социально-педагогические критерии:***

- дети, рожденные от родителей (одного родителя) моложе 16 лет;

- дети, рожденные от родителей, имеющих инвалидность (ограничение жизнедеятельности);

- дети, рожденные от родителей, страдающих психическими нарушениями,

алкоголизмом, принимающих наркотические или психотропные препараты;

- дети, которые хотя бы один раз подверглись насилию в семье;

- серьезные изменения в поведении у ребенка в результате пережитого

стресса.

***Зачисление детей, имеющих нарушения*** (риск возникновения нарушений)

производится приказом директора на основании письменного заявления

родителей (законных представителей) и решения медико-психолого-педагогического консилиума школы.

Для записи на медико-психолого-педагогический консилиум родители

(ответственный представитель) ребенка предоставляют следующий пакет документов:

- заявление на имя директора школы, при которой сформирован кабинет ранней помощи, с просьбой включить ребенка в программу развития, коррекции и т.д.;

- копию свидетельства о рождении ребенка;

- копию паспорта одного из родителей, в котором вписан ребенок;

- справку о регистрации по месту жительства (форма 4);

- копию СНИЛС;

- копию справки МСЭ об инвалидности (при наличии);

- копию ИПР;

- копию последних выписок из истории болезни (стационарной);

-заключение ЛПУ, в котором постоянно наблюдается ребенок, о состоянии здоровья и отсутствии медицинских противопоказаний к включению в программу ранней помощи в школе.

После прохождения консилиума ребенком и его семьей специалисты, проводящие консилиум, в течение 10-ти рабочих дней разрабатывают и утверждают на заседании МППк план сопровождения ребенка и его семьи, а также индивидуально -ориентированную программу работы с ребенком.

С родителями ребенка проводят вводный семинар, на котором их знакомят с планом сопровождения ребенка и его семьи, а также индивидуально -ориентированной программой работы с ребенком. Совместно с родителями выбирается дата зачисления ребенка на реабилитационный курс, выбирается форма проведения реабилитации – стационарная (нестационарная).

***Порядок ведения детей специалистами кабинета ранней помощи*** осуществляется специалистами: врачами -специалистами: невролог, педиатр, травматолог-ортопед, хирург, врач ЛФК, физиотерапевт, инструктор-методист ЛФК, медицинская сестра по массажу, педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-дефектолог, социальный педагог.

***Содержание индивидуально-ориентированной реабилитационной***

***программы работы с ребенком***, разработанной специалистами кабинета с

учетом особенностей психофизического развития и возможностей ребенка, утвержденной на медико-психолого-педагогическом консилиуме может корректироваться в ходе динамического наблюдения за ребенком.

***Объем лечебно-оздоровительных мероприятий (***массаж, ЛФК, кинезотерапия, водолечение) и коррекционной психолого-педагогической помощи детям (методики и продолжительность занятия с учителем -логопедом, педагогом-психологом и т.д.) регламентируется индивидуально в соответствии с рекомендациями медико-психолого-педагогического консилиума.

***Коррекционно-развивающие занятия с детьми*** проводятся с обязательным участием родителей (законных представителей). Возможно одновременное участие в занятии различных специалистов кабинета, если это определяется целью реализуемой программы.

Продолжительность занятия регулируется СанПиН 2.4.1.2660 -10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях» (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22 июля 2010 г. N 91).

Для детей в возрасте:

- от 1,5 до 3-х лет - продолжительность одного занятия не должна превышать 8-10 минут, допустимо проведение занятий в первую и вторую половину одного дня, максимальный допустимый объем недельной образовательной нагрузки – 10 занятий;

- 4-х лет - продолжительность одного занятия – не более 15 минут, допускается проводить 2 занятия в первой половине дня, максимальный допустимый объем недельной образовательной нагрузки – 11 занятий.

- 5-ти лет - продолжительность одного занятия – не более 20 минут, допускается проводить 2 занятия в первой половине дня, максимальный допустимый объем недельной образовательной нагрузки – 12 занятий.

***На каждого ребенка ведется документация***.

«Карты ребенка», рабочие материалы специалистов, осуществляющих работу с детьми и родителями (программа, журнал групповой работы и др.) отражают основное содержание работы специалистов кабинета ранней помощи: с отдельным ребенком, группой детей, родителями и членами семьи, другим педагогом и т.д.

Рабочие материалы заполняет специалист, оказывающий соответствующую услугу. Эта группа документов хранится в железном шкафу в помещении подразделения логистики, социального мониторинга и патронажа.

Рабочие материалы педагогов-психологов являются закрытой группой документов и хранятся в сейфе.

Права и обязанности родителей (законных представителей) детей, определяются Уставом школы, при которой сформирован кабинет, договором,

определяющим взаимоотношения между школой, при которой

сформирован кабинет, и родителями (законными представителями).

***ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ,***

***ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОЛОНГИРОВАННОГО***

***МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ***

***ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ***

***Психологическое сопровождение семьи***

Работа психолога кабинета ранней помощи направлена на работу как с

ребенком, так и с семьей в целом.

Одна из основных задач психолога – помощь родителям в поисках ресурса для преодоления ими трудностей, возникших при появлении в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья. При этом решаются важные вопросы внутрисемейных отношений.

Каждая семья, в которой появляется ребенок с «особыми потребностями», проходит стадии горевания. Принято выделять следующие стадии процесса «горевания» (Миллер):

1. Стадия шока

2. Стадия печали

3. Стадия возмещения потери

4. Стадия идентификации с объектом или с его целями и желаниями

5. Стадия замещения объекта.

Процесс «горевания» протекает в семьях по-разному и в разные сроки: у одних этот процесс происходит быстро, у других медленно, а некоторые застревают на одной стадии и не имеют собственного ресурса для выхода.

Как раз в том, чтобы найти ресурс для преодоления этих трудностей состоит

помощь психолога. Психолог курирует каждую семью по индивидуальной программе. Психологическое сопровождение направлено «на развитие самосознания личности» и позволяет активизировать собственные ресурсы

человека, запустить механизмы саморазвития. Для этого специалист создает условия и оказывает необходимую и достаточную, но не избыточную поддержку для умения справляться со своими жизненными трудностями. То есть создаются условия для перехода личности и семьи к самопомощи.

***Основными характеристиками психологического сопровождения являются:***

- процессуальность (то есть непрерывный процесс овладения знаниями и умениями, где каждый этап вытекает из предыдущего и непрерывно с ним взаимосвязан);

- пролонгированность (то есть длительность во времени);

- недирективность (то есть побуждение к самостоятельному размышлению и поиску решения проблемы);

- погруженность в реальную повседневную жизнь человека, отношения в семье.

***Задача психолога*** – сформировать у родителей реальную картину личности ребенка. Очень часто родители проецируют на ребенка свои, часто неоправданные ожидания, т.е. запросы родителя к ребенку очень часто не соответствуют его возможностям (либо слишком завышенные, либо слишком заниженные). Родители не могут удержаться от искушения сравнивать своего ребенка с другими детьми, нередко делая неверные выводы из подобных сравнений. Это приводит к фрустрации ребенка, повышению тревожности у родителей. Поэтому очень важно приблизить картину личности ребенка, сформированную у родителя, к существующей реальности.

Кроме того, при работе с семьей, в которой воспитывается ребенок с нарушением в развитии, психолог сталкивается с дополнительными трудностями: во-первых, родители часто находятся в состоянии растерянности и не знают, как строить свои взаимоотношения с особым ребенком, а во-вторых, как правило, семьи с детьми, имеющими нарушения в развитии, являются, в большей части, замкнутой и изолированной системой, им сложно подбирать адекватные механизмы взаимодействия с обществом. Поэтому основная задача психолога в этой ситуации – подвигнуть семью к выходу из порочного круга неконструктивных форм реагирования, найдя необходимый ресурс,

позволяющий легче взаимодействовать как с ребенком, так и с окружающим миром в целом.

Это длительная, многоэтапная работа, в которой большая роль отводится именно пролонгированному сопровождению. Имея постоянную возможность обратиться за советом к специалисту, родитель чувствует поддержку и готов включаться в активную работу. Регулярное общение с семьей позволяет своевременно вносить необходимые изменения в программу ее психологического сопровождения. Таким образом, пролонгированное сопровождение является динамичной структурой, которая, постоянно изменяясь, способна отвечать актуальным запросам со стороны семьи.

***Основные направления работы психолога в рамках пролонгированного***

***сопровождения являются:***

- регуляция механизмов взаимодействия родителя с ребенком;

- регуляция механизмов взаимодействия между родителями,

определение внутрисемейных ролей;

- регуляция поведения ребенка;

- преодоление возрастных кризисов у ребенка;

- помощь в переживании горя у родителей.

***Эффективность работы психолога целесообразно оценивать с помощью диагностической программы RCDI-2000 по следующим критериям:***

социальная сфера, самообслуживание, двигательная активность, мелкая

моторика, речевая активность, понимание (речи, ситуации).

Главным положительным аспектом раннего начала пролонгированного сопровождения является то, что уже на ранних стадиях дезадаптации родителей, имеющих ребенка с нарушением развития, имеется возможность начать коррекционную работу. Чем раньше начинается психологическое взаимодействие с семьей ребенка, имеющего нарушения в психофизическом развитии, тем больше сенситивных периодов в развитии ребёнка будет задействовано.

На первом этапе работы с семьей психолог устанавливает контакт с ребенком и его родителями. Вопреки бытовому убеждению, что первое впечатление самое верное, первый контакт может не состояться. Для этого может быть ряд причин. Ребенок боится специалиста, не доверяет ему, родитель не готов раскрыться перед новым человеком, включаются все механизмы психологической защиты, доступные индивиду. И это с психологической точки зрения нормально. Часто родители готовы воспринимать рекомендации от специалиста только после того, как увидят результаты работы у ребенка. И поэтому именно на этом этапе особенно важную роль играет деликатность. Нельзя предъявлять в «лоб» травмирующую информацию. Необходимо подбирать нужные слова, чтобы не нанести ему психологическую травму. Нередко родители сами способны адекватно оценить состояние ребенка, но услышать категоричные прогнозы со стороны специалиста всегда бывает страшно. Поэтому здесь должно работать правило: важно не то, что сказать, а как это сказать. Даже проведение интенсивной коррекционной работы не сразу приводит к определенным результатам. Задача психолога объяснить родителю, что процесс психолого-педагогической коррекции должен быть длительным и непрерывным, замотивировать родителя, найти в нем внутренний ресурс для самостоятельной работы с ребенком. При разработке тактики коррекционной работы с ребенком в домашних условиях нужно не давать родителю конкретный способ решения задач, а предложить варианты, выводящие личность на самопомощь.

Именно оперирование к самостоятельности – основное направление в работе психолога как с ребенком, так и с его родителями. Почему это важно? Чем чаще мы предлагаем готовые варианты, тем меньше у человека формируется мотивация к самостоятельной деятельности, а у ребенка может сформироваться состояние выученной беспомощности. Он становится потребителем услуг, а не активным участником реабилитационного процесса. Без внутренней мотивации родителей ребенка, специалист не может ничего сделать. Нужно, чтобы все члены семьи ребенка с особенностями развития занимали активную позицию.

Только в случае заинтересованности родителей, готовности их к длительной, самостоятельной работе с детьми в домашних условиях будет наблюдаться положительная динамика в развитии ребенка в эмоциональной, поведенческой и когнитивной сферах. И наоборот, при низкой мотивации родителей к работе с ребенком, отсутствии активности самого родителя в поиске специалиста и выходе с ним на связь, динамика в развитии детьми, как правило, отсутствует.

***Коррекционно-педагогическая работа с детьми***

***Задачи учителя-дефектолога*** кабинета ранней помощи заключается в раннем выявлении отставаний и нарушений развития ребенка, предупреждении и профилактики вторичных отклонений, разработке индивидуального образовательного маршрута развития и воспитания ребенка, направленного на развитие компенсаторных механизмов становления психики и деятельности ребенка, социальную адаптацию с учетом особых образовательных потребностей, оказание психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих ребенка с особенностями развития.

Работа ведется по следующим направлениям:

- индивидуальные консультации по вопросам развития и воспитания ребенка – 1 раз в месяц;

- контроль выполняемых рекомендаций, промежуточное тестирование ребенка - 1 раз в месяц;

- оценка эффективности применяемых методик- не реже 1 раза в 3 месяца.

Так как у подавляющего большинства детей отмечается задержка психа-речевого и моторного развития разной степени тяжести (от задержки темпов развития до грубого недоразвития психических функций), то целесообразно разделять их на группы по уроню нервно-психического развития:

1 группа - дети с крайне низким познавательным интересом к окружающему или вовсе отсутствующим, с недоразвитием слухового и зрительного восприятия, с грубым недоразвитием или отсутствием развития речи, с грубыми двигательными нарушениями.

2 группа – дети со сниженным познавательным интересом и мотивацией к предметно-игровой деятельности, недоразвитием когнитивной сферы, выраженной задержкой речевого развития, задержкой формирования продуктивных видов деятельности.

3 группа – дети с высокой познавательной активностью, сформировавшимися представлениями об основных сенсорных эталонах, элементарных математических представлениях, в разной степени владеющие речью.

***Коррекционно-педагогическая работа строится по следующим блокам:***

***I блок*** – диагностика нервно-психического развития ребенка

В диагностическом блоке ведущей задачей является организация комплексного педагогического обследования ребенка. При обследовании эффективно использовать методики, разработанные: Э.Л. Фрухт, Н.М. Щеловановым, Н.М. Аксариной, Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печора и др.

Крайне важно определить изначальный уровень нервно-психического развития, выявить особые образовательные потребности ребенка, определить зоны ближайшего развития и оценить его потенциальные возможности. Обследование ребенка необходимо проводить только на очной консультации в рамках первичного или повторного приема в присутствии его родителей (законных представителей).

***II блок*** – составление индивидуальной коррекционно-развивающей программы

На основе результатов обследования определяются цели, задачи и содержание коррекционно-развивающей индивидуальной программы развития. Ключевой позицией при ее составлении является создание условий для системного развития возможностей ребенка с особыми образовательными потребностями в целях обогащения его социального опыта, формирования у него системы знаний и обобщенных представлений об окружающей действительности, развитие познавательной активности, формирование всех видов детской деятельности, характерных для каждого возрастного периода с учетом индивидуальных особенностей ребенка.

***Для реализации, поставленных задач используются адаптированные программы:*** Н.Е. Вереска «От рождения до школы», М. Питерси «Маленькие ступени», «Каролина», Е.А. Стребелева «Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта», Е.Ф. Архиповой «Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом», Миридонова Е.И., Лопская Р.Ю., Ляш А.И., Гусева Н.А. «Образовательная коррекционно-развивающая программа для детей раннего возраста с синдромом Дауна» и др. Параллельно осуществляться обучение родителей отдельным педагогическим приемам(демонстрация приемов коррекционной работы, демонстрация коррекционно – развивающих заданий, игр и упражнений), повышающим эффективность взаимодействия с ребенком, стимулирующим его активность в повседневной жизни, укрепляющим его веру в собственные возможности.

***III блок*** – промежуточная диагностика нервно-психического развития и оценка эффективности применяемых методик

Для оценки эффективности применяемых методик систематически, не реже 1 раза в месяц, необходимо проводить промежуточную диагностику-мониторинг динамики нервно-психического развития ребенка как в рамках

очных консультаций, так и дистанционно, в режиме «обратной связи» (родителю ребенка по электронной почте или через «Личный кабинет пациента» высылается тест-опросник, который должен заполнить).

Анализ полученных результатов позволяет своевременно корректировать содержание индивидуальной программы развития, планов занятий, разрабатывать рекомендации к индивидуальному образовательному маршруту.

Внесение в коррекционную программу любых изменений должно обязательно обсуждаться с родителями в рамках очных плановых консультаций. Полученные результаты, отражающие реализацию образовательной программы обучения, воспитания, коррекции нарушений развития, социальной адаптации, заносятся в разделы «результаты диагностического обследования», «психолого-педагогическая коррекция» «Карту ребенка кабинета ранней помощи».

***IV-й блок*** – заключительная оценка эффективности коррекционно-педагогической работы с детьми

Заключительная оценка эффективности психолого-педагогической коррекции ребенка осуществляется по достижению им возраста 3-х при выраженных психо-речевых нарушениях - 4-х лет. Для этого ребенок в сопровождении родителей направляет на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПК) для определения образовательного и социального маршрута.

***МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ***

***ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ***

***КАБИНЕТА РАННЕЙ ПОМОЩИ***

Методы оценки медико-социальной эффективности деятельности кабинета ранней помощи

Этапная (промежуточная) и окончательная оценка эффективности комплексных реабилитационных мероприятий осуществляется специалистами только при проведении очной консультации с обязательным присутствием родителей ребенка.

Каждый специалист докладывают об успехах ребенка и его семьи, при необходимости проводят дополнительное тестирование.

Учитель-дефектолог совместно с психологом сообщают о динамике нервно-психического развития ребенка и эффективности коррекционного обучения.

После обсуждения полученных результатов, специалисты делают коллегиальное заключение о эффективности\не эффективности реализуемой индивидуальной программы, и, при необходимости, корректируют индивидуальную программу помощи.

***Средства контроля и обеспечения достоверности результатов***

Контроль за обеспечением достоверности полученных результатов осуществляется коллегиально на постоянной основе.

***Методы осуществления контроля:***

- ежеквартальное проведение рабочих совещаний с участием специалистов кабинета ранней помощи, специалистами организаций, занимающихся проблемами оказания ранней помощи с нарушениями развития.

- привлечение экспертного сообщества к оценке промежуточных и конечных результатов деятельности кабинета ранней помощи (семинары, дискуссионные площадки, круглые столы);

- обсуждение полученных результатов на научно-практических мероприятиях, подготовка и издание научных трудов (статьи, сборники, методические рекомендации, аналитические справки, брошюры и т.д.).

***ЗАКЛЮЧЕНИЕ***

Работа кабинета ранней помощи позволяет:

1. Обеспечить эффективную, непрерывную и длительную медико-социальную и психолого-педагогическую помощь семьям, имеющим детей раннего возраста с нарушением развития.

2. Повысить доступность и качество медико-социальных и психолого-педагогических услуг, предоставляемых детям-инвалидам и членам их семей.

3. Работать с родителями по повышению их компетентности и формированию адекватной оценки состояния своего ребенка, консультированию по вопросам выбора образовательного маршрута, обучению специальным методам и приемам в педагогическом процессе, коммуникации в условиях семейного воспитания, социальной адаптации ребенка, а так же нормализации эмоционально-положительного климата в семье.

4. Кабинет ранней помощи является эффективным методом профилактики инвалидности у детей младенческого и раннего возраста, имеющих нарушения развития или риск их возникновения, в более старшем возрасте, позволяет уменьшить количество детей, которые по достижении школьного возраста нуждаются в специализированном обучении.

5. Наиболее выраженного результата от проведения комплексной пролонгированной реабилитации добиваются родители с высокой степенью мотивации на работу с ребенком в домашних условиях.