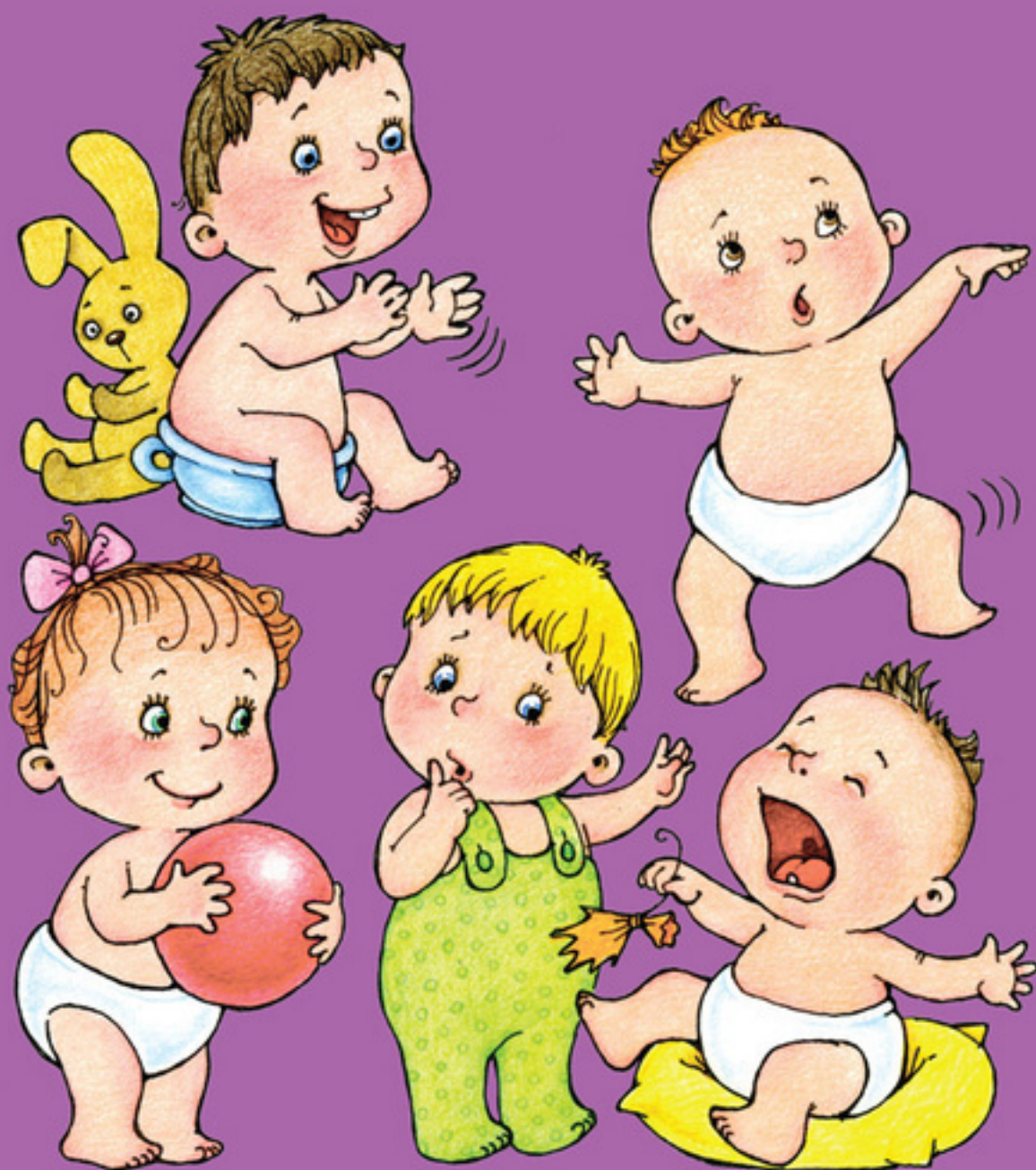


Ю.А. Разенкова

# Система ранней помощи:

поиск основных векторов развития



Издательский Дом «КАРАПУЗ»

Юлия Разенкова

**Система ранней помощи: поиск  
основных векторов развития**

«Карапуз»

2011

УДК 376  
ББК 74.3

**Разенкова Ю. А.**

Система ранней помощи: поиск основных векторов развития /  
Ю. А. Разенкова — «Карапуз», 2011

Многими исследователями важнейшей задачей совершенствования отечественного специального образования признается задача создания и становления системы ранней помощи семье с проблемным ребенком. Подчеркивается, что наличие этой системы в отечественном образовании позволяет более эффективно предупреждать, корригировать и компенсировать отклонения в психическом развитии ребенка, предоставляет исключительную возможность «сгладить» недостатки и проблемы в развитии, а, в ряде случаев, предупредить или устранить их, обеспечив тем самым полноценное развитие малыша. Предполагается, что организация системы ранней помощи повысит способность семей удовлетворять особые образовательные потребности ребенка, увеличит возможность нормализации их жизни и уменьшит вероятность отказа родителей от воспитания ребенка-инвалида. Описание ценностно-смысловых и целевых ориентиров ранней помощи, ее концептуальных моделей, научно-методического и ресурсного обеспечения, программ, технологий и результатов деятельности позволит педагогам, психологам, дефектологам и организаторам управления образованием по-новому взглянуть на основные тенденции развития системы ранней помощи, создающейся в отечественном образовании.

УДК 376  
ББК 74.3

© Разенкова Ю. А., 2011

© Карапуз, 2011

# Содержание

Введение	7
Глава 1. Ранняя помощь в современном мире как предмет анализа	11
О понятии «ранняя помощь»	11
Общеметодологические основания анализа феномена «ранняя помощь»	14
Глава 2. Ранняя помощь в США: ответы на вызовы времени	20
Исторический контекст	21
Конец ознакомительного фрагмента.	30

# **Ю.А. Разенкова**

## **Система ранней помощи: поиск основных векторов развития**

Книга издана при финансовой поддержке Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям в рамках Федеральной целевой программы «Культура России»

Рекомендовано Ученым советом учреждения РАО «Институт коррекционной педагогики».

Рецензия главного научного сотрудника учреждения РАО «Институт коррекционной педагогики» доктора психологических наук, профессора Е.Р. Баенской

Рецензия главного научного сотрудника учреждения РАО «Институт коррекционной педагогики» доктора педагогических наук, члена-корреспондента РАО О.И. Кукушкиной

© ООО Издательский дом «Карапуз», 2011

© Ю.А. Разенкова – автор, 2011

## Введение

Несомненным приоритетом развития специального образования исследователи отечественной научной школы считают создание системы раннего выявления и ранней коррекционной помощи (Е.Р. Баенская, Н.Н. Малофеев, О.С. Никольская, Р.Ж. Мухамедрахимов, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, Н.Д. Шматко, Т.В. Пельмская и др.).

Система ранней помощи осмысливается как новый фундамент отечественного образования, создание которого позволит принципиально более эффективно корректировать и, что еще важнее, предупреждать развитие дальнейших отклонений в психическом развитии ребенка. Именно ранняя помощь предоставляет исключительные возможности для нормализации темпа и хода психического развития ребенка. Уникальную роль играет ранняя помощь и в жизни особой семьи, родители научаются удовлетворять особые образовательные потребности ребенка, вследствие чего возрастает вероятность нормализации жизни семьи и снижается вероятность отказа родителей от воспитания ребенка-инвалида.

Представления отечественной научной школы о роли ранней коррекционной помощи в жизни ребенка и семьи согласуются с зарубежными исследованиями в сфере «early intervention» – «раннего вмешательства» (в буквальном переводе с английского языка), начатыми в середине 60-х гг. в странах Европы и США. Они также продемонстрировали уникальное влияние ранней помощи на развитие проблемного ребенка и на качество адаптации его в социуме, на взаимодействие ребенка с близкими взрослыми (М. Guralnik; R.B. Darling, J. Darling, Dunst, Johanson, Trivette, Hambry и др.).

Используя предложенный Н.Н. Малофеевым метод сравнительного анализа практик специального образования разных стран мира в системе социокультурных координат, мы понимаем, что первые попытки создания программ ранней помощи приходятся на разные годы, но всегда соотносятся с одним и тем же этапом в жизни страны – этапом перехода к строительству открытого гражданского общества. В Европе и США этот переход пришелся на 60–70-е гг. XX в., именно под влиянием новых социально-культурных детерминант в этих странах осуществляется эволюционный переход сразу нескольких социальных систем – социального обслуживания населения, здравоохранения и специального образования – на качественно новый этап развития.

Ведущими тенденциями социального обслуживания населения и здравоохранения становятся социальная поддержка и охрана здоровья ребенка, осуществляемая в семейном контексте (R.B. Darling, J. Darling, W.J. Doherty, A. Hartman, J. Laird и др.). Что же касается образовательной системы, то под влиянием лозунга «социальной интеграции меньшинств» возникает устойчивая тенденция перехода от институализации к интеграции, вследствие чего впервые начинают рушиться границы между общим и специальным образованием (Н.Н. Малофеев).

Становление системной практики ранней помощи в отечественном специальном образовании начинается так же, как и в других странах, при переходе от унитарного общества к открытому гражданскому, но происходит это значительно позже, в начале 90-х гг., в неординарных политических и экономических условиях, при смене всего контекста жизни страны, т. е. не эволюционно, а революционно (Н.Н. Малофеев).

Подчеркнем, что к началу 90-х уже существовали и прекрасно «работали» отдельные практики ранней помощи, например, детям с нарушенным слухом, однако построение системы ранней помощи для одной категории детей не приводило к развитию системы ранней помощи для всех.

Становление системы ранней помощи в России подтверждает справедливость утверждения о том, что исторические контексты науки и практики связаны между собой, но развиваются под влиянием разных факторов (Н.Н. Малофеев). Научные успехи отечественных исследовате-

лей в 70–80-е гг. не были подкреплены социальным заказом на раннюю помощь. К началу 90-х гг. повсеместная практика ранней помощи разным категориям детей отсутствовала, в то время как дефектологическая наука располагала комплексом теоретических и экспериментальных исследований в области нейро-психо-физиологии зрения и слуха детей начиная с младенческого возраста (Л.А. Новикова, Н.Н. Зислина, Л.П. Григорьева, Л.И. Фильчикова, З.С. Алиева и др.), в области комплексной помощи отдельным категориям детей первых лет жизни с проблемами в развитии (Л.И. Солнцева, С.М. Хорош, Т.В. Пельмская, Н.Д. Шматко; Ю.А. Разенкова и др.). Результаты исследований по детям с нарушенным слухом стали основой для создания единой системы раннего выявления и коррекции нарушенной слуховой функции у детей первых трех лет жизни<sup>1</sup>.

В сложных условиях переходного периода в развитии специального образования в начале и середине 90-х гг. намечается два принципиально различных подхода к созданию отечественной системы ранней помощи: один из них возникает под влиянием западного опыта, другой основан на результатах исследований отечественной научной школы дефектологии.

Экспериментам в области внедрения западного опыта организации ранней помощи сегодня без малого 20 лет, и уже самым активным и инициативным сторонникам этого подхода становится очевидным бесперспективность прямого заимствования и калькирования опыта, подходов, технологий, созданных в других социально-культурных условиях, научных традициях и иной культуре организации помощи нуждающимся детям и их семьям. «Опыт этого международного обмена, конечно, обогатил нас, но оказался в известном смысле парадоксальным, – пишет Е.В. Кожевникова, руководитель Института раннего вмешательства (ИРАВ) в С.-Петербурге. – С самого начала российские специалисты почти слепо верили в то, что технологии, разработанные на Западе, можно использовать и в России, приспособив их к специфической социальной ситуации, сложившейся в нашей стране... Вывод заключается в том, что, с одной стороны, западный опыт в области раннего вмешательства бесценен для России. С другой же стороны, очень трудно, если вообще возможно, перенести эти методы на российское общество» (Е.В. Кожевникова, 2007. – С. 30).

В рамках отечественного подхода за те же 20 лет описаны социально-культурные детерминанты перехода от институализации к интеграции в системе специального образования, разработаны параметры системы специального образования нового типа, ориентированной на идеи интеграции, индивидуализации, максимального включения родителей в процесс оказания помощи, признания приоритета задач развития над задачами усвоения знаний, умений и навыков (Н.Н. Малофеев).

Показано, что ценностно-смысловыми ориентирами формирующейся системы специального образования нового типа становятся особые образовательные потребности конкретного ребенка с проблемами в развитии, начиная с ранних этапов онтогенеза (Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина). Доказана необходимость построения системы ранней помощи в контексте развития отечественной научной школы дефектологии. Такая система основывается на понимании законов целостного развития ребенка и направлена на предупреждение возможных и коррекцию уже имеющихся нарушений непременно в контексте общего развития ребенка, создание условий для полноценного развития в семье и максимально возможную на каждом этапе онто-

---

<sup>1</sup> Утверждена Указаниями Минздрава России № 103 от 05.05.92 г. «О внедрении единой системы раннего выявления нарушений слуха у детей, начиная с периода новорожденности, и их реабилитации», Приказом Минздравмедпрома России № 108 от 23.03.96 г. «О введении аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни» и Приказом Минздрава России № 108 от 29.03.96 г., позднее Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию были внесены дополнения и изменения и утвержден универсальный аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни (Приказ Минздравсоцразвития № 2383-РХ от 01.04.2008 г. «О проведении универсального аудиологического скрининга детей 1-го года жизни») в период 2008–2010 гг..



генеза долю интеграции в обычную среду. (Е.Р. Баенская, Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, О.С. Никольская, Ю.А. Разенкова, Н.Д. Шматко и др.).

Отечественная научная школа специальной психологии осмысливает сопровождение детей младенческого и раннего возрастов как особый тип профессиональной деятельности, считая ее субъектом общность проблемного ребенка и взрослого (Е.Л. Гончарова).

Отечественная научная школа дефектологии располагает значительным опытом разработки научно-методических подходов к диагностике нарушений развития у детей раннего возраста и к содержанию ранней комплексной помощи<sup>2</sup>. Создано методическое обеспечение информационно-просветительской поддержки «особой» семьи в системе ранней помощи<sup>3</sup>. Разработаны методические основы развития непрерывного профессионального образования специалистов системы ранней помощи (Е.Р. Баенская, И.А. Выродова, Е.П. Микшина, О.С. Никольская, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, Н.Д. Шматко и др.). Представлены новые организационные формы оказания ранней и дошкольной помощи (Л.А. Головчиц, Е.А. Стребелева, Н.Д. Шматко и др.).

Развивается опыт отдельных инициатив по созданию практики ранней помощи в сфере образования, социальной защиты населения на базе неправительственных, негосударственных организаций и учреждений.

Предметом внимания исследователей становятся модели оказания ранней помощи: детям с нарушениями слуха (Л.М. Кобрин, Э.И. Леонгард, Т.В. Пельмская, Н.Д. Шматко и др.); детям с детским церебральным параличом (ДЦП) (О.Г. Приходько и др.); детям с психофизическими нарушениями в развитии в группах кратковременного пребывания (Е.А. Стребелева и др.); детям с синдромом Дауна (П.Л. Жиянова, Н.Ф. Ригина и др.); детям с последствиями органического поражения ЦНС в учреждениях системы здравоохранения (Е.Ф. Архипова, С.Б. Лазуренко и др.); детям с речевыми проблемами в системе дошкольной логопедической помощи (О.Е. Громова, Г.В. Чиркина и др.).

Развиваются новые формы организации ранней помощи: группы кратковременного пребывания, группы «Особый ребенок» (Л.И. Плаксина, Е.А. Стребелева, Н.Д. Шматко и др.), лекотека (А.М. Казьмин и др.), служба ранней помощи на базе психолого-медико-социальных центров сопровождения и специальных дошкольных учреждений (Р.Ж. Мухамедрахимов, Ю.А. Разенкова и др.). Сегодня действуют различные модели служб ранней помощи в более чем 60 регионах России.

Реализуются или готовятся к реализации региональные программы развития образования и эксперименты во многих субъектах Российской Федерации (Москва, С.-Петербург, Ленинградская область, Калининградская область, Самарская область, Красноярский край, Республика Марий Эл, Новгородская область, Нижегородская область и др.).

Пройден важный этап становления системы ранней помощи в некоторых регионах страны, связанный с проектированием, изучением потребностей населения, анализом качества первичной медицинской и социальной помощи, изучением медицинской, социальной и образовательной инфраструктур регионов (Москва, С.-Петербург, Калининградская область, Самарская область, Красноярский край, Республика Марий Эл, Новгородская область). Проведен анализ и отбор учреждений, в которых наиболее целесообразно открывать службы ранней помощи, сформированы штаты сотрудников, определены нормативно-правовые аспекты деятельности, проведено обучение специалистов, службы оснащены современными техно-

---

<sup>2</sup> З.С. Алиева, Е.Ф. Архипова, Е.Р. Баенская, Т.А. Басилова, М.В. Браткова, И.А. Выродова, Л.А. Головчиц, О.Е. Громова, Э.И. Леонгард, Г.А. Мишина, Р.Ж. Мухамедрахимов, Т.В. Николаева, О.С. Никольская, Т.В. Пельмская, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, Л.И. Солнцева, Е.А. Стребелева, С.М. Хорош, Г.В. Чиркина, Н.Д. Шматко, Л.И. Фильчикова и др.

<sup>3</sup> Н.А. Александрова, О.С. Аршатская, Е.Р. Баенская, Т.А. Басилова, М.В. Браткова, И.А. Выродова, Л.А. Головчиц, О.Е. Громова, А.В. Закрепина, Э.И. Леонгард, Г.А. Мишина, Р.Ж. Мухамедрахимов, Т.В. Николаева, О.С. Никольская, Т.В. Пельмская, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, Л.И. Солнцева, Е.А. Стребелева, С.М. Хорош, Г.В. Чиркина, Н.Д. Шматко и др.

логиями коррекционной помощи. Результаты мониторинга, проведенного в 2007–2008 гг. в рамках Федеральной целевой программы развития образования, свидетельствуют о высокой социально-экономической эффективности работы служб ранней помощи в этих регионах и подтверждают выводы, сделанные в научных исследованиях ранее:

- ранняя помощь обеспечивает максимально широкий охват детей с проблемами в развитии на ранних этапах онтогенеза (помощь оказывается не только детям с уже выявленными отклонениями в развитии, но и детям группы риска младенческого и раннего возрастов, у которых могут чаще, чем у их сверстников, возникать те или иные проблемы в развитии);

- ранняя помощь позволяет преодолевать разрыв между моментом определения первичного нарушения в развитии ребенка и началом оказания комплексной медико-психолого-педагогической помощи, а также консультативной помощи родителям;

- ранняя помощь позволяет предупреждать возникновение вторичных по своей природе нарушений в развитии у детей, обеспечивает максимальную реализацию реабилитационного потенциала и, тем самым, максимально возможное снижение уровня риска социальной недостаточности ребенка;

- система ранней помощи позволяет максимально раскрыть реабилитационный потенциал семьи в оказании помощи и поддержки ребенку;

- ранняя помощь открывает для значительной части детей с ограниченными возможностями здоровья возможность достичь того уровня развития, который недостижим при более позднем начале обучения;

- ранняя помощь делает возможным включение в общий образовательный поток (интегрированное обучение) на более раннем этапе возрастного развития (в дошкольном возрасте), что исключает для этих детей необходимость дорогостоящего специального школьного образования;

- система ранней помощи обладает не только высокой социальной, но и экономической эффективностью: вложения в раннюю помощь окупаются экономией к началу обучения детей в школе.

В настоящее время происходит переход от отдельных экспериментов к проектированию муниципальных и региональных систем ранней помощи, что требует анализа всего массива научных данных и практического опыта, накопленного разными странами. Думается, что всесторонний анализ истории ранней помощи в США и некоторых странах Европы, осмысление ее сложного пути – предыстории, причин возникновения, философских и содержательных характеристик, структурно-функциональных компонентов – позволит специалистам и в первую очередь организаторам образования составить более полное и точное представление об основных тенденциях и рисках развития этой системы в отечественном образовании. История системы ранней помощи рассматривается нами в контексте развития европейской христианской цивилизации. Представлена попытка осмыслить феномен ранней помощи в контексте политических, экономических и культурных детерминант развития разных стран мира, раскрыть систему ранней помощи как неотъемлемую часть мирового процесса социальной и образовательной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья.

# Глава 1. Ранняя помощь в современном мире как предмет анализа

## О понятии «ранняя помощь»

Любое исследование требует анализа и описания центральных понятий, так как в них фиксируются основные, важнейшие знания о соответствующих объектах, явлениях и процессах. Указанное имеет существенное значение в связи с тем, что предписывает еще до начала любого исследования провести анализ значения и содержания объекта исследования, в нашем случае – ранней помощи семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

В понятии, как это принято в логике и философии, может быть представлено два составляющих компонента. Один из них – это объем понятия или его значение, определяемое как класс предметов, который подходит под данное значение, другой – содержание, или смысл, представляющий совокупность общих и существенных признаков понятия, соответствующих этому классу. По меткому определению отечественного культуролога Ю.С. Степанова, содержание понятия – «это как бы сгусток культуры в сознании человека; то, в виде чего культура входит в ментальный мир человека... – это то, посредством чего человек – рядовой, обычный человек, не “творец культурных ценностей” – сам входит в культуру...» (Ю.С. Степанов, 2001. – С. 43).

В связи с этим центральным понятием нашего исследования является понятие «ранняя помощь» («early intervention»).

Не рассматривая этимологию этого словосочетания в английском и русском языках, перейдем сразу к возможности прояснения его содержания, или основных смыслов.

В странах Запада при всей распространенности и, казалось бы, устойчивости основных признаков понятия «ранняя помощь» (или «раннее вмешательство») многие годы не прекращается дискуссия о его важнейших сущностных характеристиках.

В зависимости от различных научных школ и подходов, от того или иного исторического периода, отражающего в понятии опорные узловые знания о соответствующем явлении, исследователи выделяют различные его аспекты.

На этапе возникновения и начального становления ранняя помощь рассматривалась как комплекс служб по медико-социальному и психолого-педагогическому обслуживанию детей младенческого и раннего возраста (J.H. Cooper, 1981).

Далее это понятие расширяется и дополняется, и уже Dunst определяет раннюю помощь как комплекс услуг социальных сетей, обеспечивающих поддержку семей с маленькими детьми и влияющих направленно и/или косвенно на функционирование семьи с ребенком в целом.

С ним солидарны Shonkoff & Meisels, рассматривающие раннюю помощь как многомерную и иерархически организованную систему, состоящую из мультидисциплинарных служб для детей от рождения до 5 лет и нацеленную на выполнение следующих задач: содействие здоровью и благополучию детей; минимизация задержек развития у детей младенческого, раннего и дошкольного возраста; содействие полноценному родительству и семейному функционированию в целом; предотвращение возможных нарушений, уменьшение имеющихся или формирующихся отклонений в развитии у ребенка.

R.A. McWilliam считает, что более предпочтительно рассматривать раннюю помощь не как набор служб и услуг, а как систему предоставляемых ресурсов (термин «ресурсы» понимается очень широко и включает в себя имущество семьи, финансовую помощь, предоставление оборудования, социальной, медицинской и других видов помощи, к которым семья потен-

циально может получить доступ) в связи с тем, что такой подход позволяет рассматривать не только службы, но и все компоненты жизни семьи.

К середине 90-х гг. прошлого века сформировался взгляд на раннюю помощь, или раннее вмешательство, как на идеологию и концептуальную модель психологической и социальной помощи, когда предупреждение проблем в развитии ребенка преобладает над коррекцией, имеющихся нарушений. В связи с этим взглядом Blackman видит раннюю помощь как междисциплинарный комплекс технологий, направленный на предотвращение или минимизацию физических, когнитивных, эмоциональных или ресурсных ограничений детей с биологическими или социальными факторами риска и их семей.

Конец прошлого и начало нынешнего века утвердили представления о ранней помощи как о составляющей части семейно-центрированного подхода в осуществлении психосоциальной помощи. На основе этого подхода М. Guralnick (2005) формулирует свое определение ранней помощи: «Ранняя помощь наилучшим образом может быть определена как система, созданная для поддержки семейных паттернов взаимодействия, наиболее способствующих развитию ребенка» (М. Guralnick, 2005).

Если мы обратимся к законодательным актам, регулирующим оказание услуг в области ранней помощи, то увидим, что, например, в США в Законе об образовании инвалидов, Часть Н (часть закона, посвященная ранней помощи, первоначально принятая Конгрессом США в 1986 г.) в соответствии с новым законом 2004 г. (Часть С) понятие «ранняя помощь» вначале рассматривается в связи с политикой в этой сфере, а затем уточняется и конкретизируется в ходе рассмотрения близкого по значению понятия «услуги в сфере ранней помощи».

В разделе 631 «Данные и политика» политика в сфере ранней помощи характеризуется следующим образом: «Это политика Соединенных Штатов, направленная на обеспечение финансовой государственной поддержки каждого штата для разработки и создания функционирующей на уровне штата скоординированной, мультидисциплинарной, межведомственной программы, которая обеспечивает услуги ранней помощи для детей младенческого и раннего возраста, имеющих различные нарушения в развитии, и их семьям, в целях облегчения координации оплаты за эти услуги из федеральных, государственных, местных, и частных источников (включая государственное и частное страхование); увеличения способности штата обеспечивать качество услуг ранней помощи, расширять и улучшать деятельность существующих служб ранней помощи детям и их семьям...».

Длительные дебаты о сущности ранней помощи не обошли стороной и страны Европы. Так, в Великобритании после долгих обсуждений в среде специалистов, как утверждают В. Carpenter и Р. Russell, было принято определение, предложенное Майклом Гуральником, то есть, повторимся, это «система, созданная для поддержки семейных паттернов взаимодействия, наиболее способствующих развитию ребенка».

В Австрии Институтом специального образования и социального развития, занимающимся обучением специалистов в сфере ранней помощи, исследованиями и поисками новых подходов в этой области, было сформулировано свое понимание этого феномена. Ранняя помощь понимается как междисциплинарная, целостная деятельность, направленная на поддержку ребенка и его семьи, осуществляющаяся в естественной среде специально подготовленными специалистами (М. Pretis, 2005).

Попытка группы экспертов Европейского агентства по развитию специального образования в 2003–2004 гг. обобщить наиболее распространенные формулировки закончилась разработкой определения понятия «ранняя помощь», рекомендованного Агентством странам Европейского союза в качестве рабочей версии: «Ранняя помощь – это совокупность услуг и/или мер для детей раннего возраста и их семей, обеспечиваемая по их запросу в определенное время жизни ребенка, включающая особую помощь:

- в обеспечении и улучшении развития ребенка;

- в усилении собственной компетенции семьи ребенка;
- в содействии социальной инклюзии ребенка и его семьи» ([www.european-agency.org/eci/word/mrtrp/Early Childhood Intervention.doc](http://www.european-agency.org/eci/word/mrtrp/Early%20Childhood%20Intervention.doc)).

Анализируя широту характеристик понятия «ранняя помощь», вычленимых разными авторами и представленных в различных документах, можно говорить о сложности и многозначности его содержательной трактовки: ранняя помощь рассматривается как социальная политика; как социальная сеть, ориентированная на определенную территорию; как социальная программа со своей стратегической целью, комплексом задач и прогнозируемых результатов; как идеология и модель психосоциальной помощи; как система технологий; как комплекс диагностических и коррекционных процессов; как совокупность услуг или мер, адресованных определенной категории клиентов; как результат деятельности междисциплинарной команды специалистов и др.

Из представленного анализа следуют несколько выводов. Во-первых, можно допустить, что феномен ранней помощи, несмотря на некоторую историю своего существования, еще не обрел постоянных характеристик, устойчивых параметров, определенной содержательной структуры и «не дошел до своего предела, когда наука... уже оставила это понятие и, отталкиваясь от него, ушла вперед» (Ю.С. Степанов, 2003. – С. 34), а значит, требует детального изучения, обоснования и определения в соответствии с задачами нашего исследования. Во-вторых, можно предположить, что все перечисленные аспекты отражают те или иные стороны содержания понятия «ранняя помощь», осмыслить и оценить которые возможно при условии рассмотрения этого феномена в качестве социальной системы. Последнее предположение позволило нам сформулировать гипотезу о том, что ранняя помощь – это не что иное, как социальная система, а все перечисляемые аспекты этого понятия отражают составляющие ее части, или компоненты, образующие интегративные качества, не свойственные ее компонентам.

Таким образом, подводя итог первичному анализу, можно сказать, что для социальных сфер стран Европы и США понятие «ранняя помощь» относительно новое и вследствие этого имеющее большое количество вариативных характеристик и разнообразных смыслов, требующих уточнений, разъяснений и обоснований. Феномен «ранняя помощь», отражаясь в соответствующем многообразии аспектных характеристик, находится на этапе своего развития и требует осмысления с позиции отнесения этого явления к определенному классу, а именно – к социальным системам.

Итак, перейдем к обоснованию методологических ориентиров и методов, позволяющих нам судить о содержании, основных смысловых контекстах и реальности существования феномена «ранняя помощь» в качестве социальной системы.

## **Общеметодологические основания анализа феномена «ранняя помощь»**

Изучение и осмысление феномена «ранняя помощь» относится к комплексным междисциплинарным исследованиям. Как правило, такие исследования требуют научного взаимообоснования, при котором системы знаний, методологические подходы, понятийно-категориальные аппараты разных наук дополняют друг друга, а их взаимосвязь и взаимодействие обосновываются в целях изучения конкретной проблемы.

Поэтому при обсуждении методологических ориентиров основное внимание мы сосредоточили на обосновании необходимости привлечения методологических, теоретических и практико-ориентированных подходов из различных областей знания.

Отправной точкой для обоснования подхода, позволяющего понять и оценить истинную сущность сложного, многомерного и многопланового явления, каким является ранняя помощь, послужили представления о нем как о целостной социальной системе. Поэтому одним из перспективных методологических подходов, важных для целей нашей работы, является *системный подход*.

Его развитие связано с исследованиями по общей теории систем, развернувшимися в 40–50-е гг. XX в. Приведем высказывание Людвиг фон Берталанфи, одного из создателей классической теории систем, содержащее основную суть теории: «Концепция “системы”, представляющая новую парадигму науки, ...или как я ее назвал... “новую философию природы”, заключается в организмическом взгляде на мир как на большую организацию и резко отличается от механистического взгляда на мир как на царство слепых законов природы» (L. von Bertalanffy, 1973).

Системный подход создает условия для последовательного решения задач исследования за счет рассмотрения феномена ранней помощи через призму ее роли, места, ценностно-целевых ориентаций и функций в более сложной системе различных стран – социальной системе, за счет целостного, интегративного и целевого видения объекта и управляющей системы, их связей и развития.

По сути, процесс рассмотрения какого-либо сложного социального явления в качестве системы есть не что иное, как разделение некоторой области материального мира на две части, одна из которых очерчивается как система, а другая – как ее внешняя среда.

В связи с этим определение понятия системы принимается нами в том содержании, в котором оно было введено в общей теории систем: «Система – это комплекс объектов, а также взаимоотношения между объектами и их атрибутами (определениями). Объекты являются составными частями системы, атрибуты – это свойства частей, а отношения связывают систему воедино» (Hall & Fagen; L. von Bertalanffy, A Rapoport, 1956).

Понятие о системном объекте прочно вошло в социальную сферу, включая образование, в связи с постановкой задач управления сложными социально-педагогическими явлениями и процессами, каковым и является, по нашим предположениям, система ранней помощи.

При большом разнообразии способов системного представления и описания объекта общим для них является возможность рассматривать его не как сумму отдельных компонентов, а как целостную систему.

Обобщая описанные в общей теории систем (Hall & Fagen; L. von Bertalanffy, A. Rapoport, В.Г. Афанасьева, В.Н. Садовский, А.А. Ларина и др.) и в отечественном системном подходе, ориентированном на управление образованием (Ю.В. Васильев, В.Ю. Кричевский, В.С. Лазарев, А.М. Моисеев, М.М. Поташник и др.), признаки системного объекта, остановимся на наиболее существенных из них, нашедших отражение в анализе сущности системы ранней помощи

в ее исторической ретроспективе и современном, наиболее развитом состоянии в США и странах Европы:

- наличие составных элементов (частей), из которых образуется система. Элемент рассматривается как минимальная единица, обладающая основным свойством данной системы и имеющая в ее рамках предел делимости. Выбор элемента как первичной единицы определяется характером и задачами конкретной модели системы. Обычно для социальных систем элементом системы являются люди, их взаимодействия, отношения и связи;

- наличие компонентов системы – группы элементов, которые образуют целостную часть системы в функциональном отношении. Чаще всего в качестве компонентов системы выделяют: ценности и цели, задачи, стратегию, структуру, ресурсы, технологии, людей, результат жизнедеятельности системы. Перечисленные компоненты в совокупности отношений и взаимодействий составляют внутреннюю среду системы. Внутренняя среда системы характеризуется наличием двух групп факторов: факторы, определяющие сильные стороны системы, дающие ей преимущество в конкурентной борьбе, и факторы, характеризующие слабые стороны системы, влияние которых на результаты деятельности важно ослабить. При этом один и тот же фактор может быть как сильной стороной системы, так и представлять для нее угрозу;

- наличие структуры в системе, определяемой как совокупность частей и связей между ними. Связь – это взаимодействие, при котором изменение одного компонента системы влечет за собой изменения в другом компоненте. Связи существуют между элементами, отдельными компонентами, подсистемами и всей системой в целом, при этом способ связи определяет ее структуру;

- наличие иерархического уровня системы означает, что система на более высоком уровне охватывает системы на более низких иерархических уровнях в качестве подсистем или компонентов;

- наличие логического уровня системы дает понимание того, что система, находящаяся на более высоком уровне развития, содержит систему более низкого или исходного уровня, а значит, обладает историчностью, преемственностью, или связями прошлого, настоящего и будущего;

- наличие способности к обмену информацией с системами более высокого порядка или более низкого порядка, взаимообмену с внешней средой;

- наличие внешней среды системы – «совокупности социальных и природных факторов, действие которых значимо для создания, выживания, функционирования и развития открытой, социально ориентированной и социально ответственной системы» (Управление школой. Словарь-справочник руководителя образовательного учреждения. – М., 2005. – С. 55). Внешняя среда определяет направленность деятельности системы, создает для этой деятельности благоприятные возможности, ограничения и угрозы. Социальная среда является источником выдвижения требований к системе, по отношению к образовательной системе формирует заказ на образовательные услуги и имеет определенные ожидания от нее, служит источником необходимых ресурсов и потребляет результаты жизнедеятельности системы. При анализе тенденций, происходящих во внешней среде системы, учитывают две составляющих, имеющих разное влияние на социальную систему: макроокружение и непосредственное окружение. Влияние факторов макроокружения, как правило, не столь специфично, как влияние непосредственного окружения или ближайшей среды. Влияние факторов на систему может быть как негативным, так и позитивным, тогда говорят об угрозах, возникающих во внешней среде и ведущих к негативным последствиям для системы, или шансах (возможностях), способствующих успешной деятельности системы.

К системным качествам сложных систем (свойства сложных систем как целого, не приходящие к элементам, компонентам, составным частям системы и являющиеся продуктом взаимодействия этих элементов) относят:

1. Целостность системы, характеризуемая как неразложимое образование, каждый из компонентов которого функционирует и преобразуется только в связи с другим (другими) компонентом.

2. Интегративность системы является свойством самой системы и не выводится из известных или наблюдаемых свойств частей или элементов системы.

3. Динамический характер системы отражает отношения взаимозависимости, взаимодействия влияния одного объекта на другой, означающие, что влияние одного элемента системы на другой или отношения одного элемента к другому оказывают воздействия на все его части.

4. Полиструктурность системы – свойство системы, вытекающее из ее объективной сложности, многомерности и многофункциональности.

5. Целенаправленность и управляемость системы – одно из важнейших системных качеств социального объекта, понимаемое как способность системы действовать на основе общности целей, ценностей и назначения, задаваемых и корректируемых, с одной стороны, во внешней по отношению к системе среде, а с другой – во внутренних подсистемах, развивающихся в соответствии со своими специфическими свойствами.

6. Открытость системы рассматривается в соответствии с пониманием открытости как диалектического единства незавершенности, возможности дальнейшего совершенствования и саморазвития – и способности к обмену информацией в широком смысле. Социальные системы ни при каких обстоятельствах не могут рассматриваться как изолированные единицы, так как всегда связаны с другими системами отношениями подчинения, отношениями одного уровня или превосходства. Обмен материалами, энергией или информацией с внешней средой, однако, может быть более обширным или менее обширным, в связи с чем можно говорить об относительно открытых системах.

7. Существенным качеством системы является ее способность к самоорганизации и саморазвитию, поскольку это связано с целесообразным характером ее поведения. Источник преобразований системы или ее функций лежит обычно в самой системе.

8. Адаптивность системы подразумевает ее способность приспосабливаться к изменениям окружающей среды и является выражением процессов, направленных на сохранение стабильности системы. Метаадаптивность системы связана с ее способностью к реструктурированию в случае, если требования или условия внешней среды существенно меняются, а также в случае, если система должна изменить цели или развиваться другим образом. Такая система обладает высокой степенью мобильности в преддверии трудно предсказуемых изменений в окружающей среде и готова к росту и развитию.

Другим методологическим ориентиром нашего исследования является *синергетический подход*, который имеет универсальный, общеметодологический характер и применим для постижения закономерностей, происходящих в сложных социальных системах. Появление этого подхода связано с работами по термодинамике неравновесных систем И.Р. Пригожина и Г. Хакена, давшего изученным им эффектам самоорганизации в лазерном излучении название «синергетика» (с греческого – совместное, согласованное действие). Синергетический подход основан на таких понятиях, как нелинейность, неустойчивость, непредсказуемость, альтернативность развития. В рамках этого подхода окружающий мир предстает как открытая система, в которой постоянно происходят циркуляция и обмен энергией, веществом, информацией. Картина этого мира описывается в терминах постоянной изменчивости, глубинной взаимосвязи случайности и необходимости, хаоса и порядка. При подобном состоянии открытых систем возникает необходимость выбора направления движения или вектора развития. Одним из важных принципов синергетики выступает принцип нелинейности, предполагающий множественность путей развития или эволюции. С принципом нелинейности сложных открытых систем связана их возможность саморазвития и самоорганизации. Считается, что сложная открытая система может сама себя строить, структурировать, вносить коррективы и измене-



ния. Однако при этом подтверждается важность правильного инициирования тенденций саморазвития системы. Есть определенная область параметров или стадий, где нелинейная сложная открытая система особенно чувствительна к воздействиям, согласованным с ее внутренними свойствами, что обозначается как «резонансное воздействие». Теория резонансного воздействия свидетельствует о том, что важна не сила воздействия, а его правильная пространственная организация, или симметрия, тогда даже слабое воздействие эффективно.

В рамках нашего исследования этот подход привлекает нас новым взглядом на развитие неустойчивых ситуаций в системе ранней помощи, для чего требуется учитывать влияние разного рода случайностей, малых резонансных воздействий, которые трудно поддаются прогнозированию. Особую значимость для понимания историко-педагогических процессов в сфере ранней помощи, смены тех или иных идей, парадигм, ценностей и целей ранней помощи приобретает развитие в точке бифуркации – точке ветвления процесса, являющейся отправной для новой линии эволюции и развития. С понятием бифуркации неразрывно связано представление о так называемом аттракторе. Развитие динамической системы происходит в некотором аттракторе – ограниченной «области притяжения» одного из стабильных или квазистабильных состояний системы. Сложные нелинейные системы могут обладать большим числом аттракторов. В силу ряда причин – чрезмерно большой внешней нагрузки или накопления флуктуаций (противоречий в системе) – система может качественно измениться, перейдя в новый аттрактор, или канал развития. При переходе системы из одного состояния в другое разные параметры системы имеют разное значение: одни параметры системы – быстрые переменные можно выразить через другие параметры – медленные переменные, которые являются параметрами порядка. Принцип подчинения одних параметров другим, поиск и определение параметров порядка являются для нас важным методологическим ориентиром при рассмотрении эволюции практики ранней помощи в странах Запада и поиске возможного механизма развития и адаптации этой социальной системы.

*Культурологический подход* к проблеме развития системы ранней помощи предполагает возможность рассмотрения этого явления с позиции культуры как специфического способа человеческой деятельности и в совокупности достижений во всех сферах жизни человека.

В культурологическом подходе, во-первых, для нас важным становится понимание культуры как преемственного процесса, процесса, передаваемого подобно традициям. «Культура может быть определена как все виды деятельности... человеческих особей... Это далее означает, выражаясь языком биологии и физиологии, что культура состоит из условно-рефлекторных и приобретенных обучением видов деятельности... В свою очередь, идея обучения снова возвращает нас к тому, что является социально передаваемым, т. е. передаваемым по традиции, что приобретено человеком как членом общества...» (цит. по: Степанов Ю.С., 2003). В связи с этим аспектом преемственность согласуется с пониманием ее как векторной основы стабильности бытия и развития культуры, как восприятия каждым последующим этапом или звеном всего важного и необходимого из предыдущего. В контексте традиции и новаторства преемственность выступает как процесс сохранения знания и опыта, характерного для определенного исторического периода. Культурологический подход в контексте процессов преемственности и в форме определенных культурных, социальных, научных, образовательных и иных традиций позволяет осмыслить совокупность системообразующих факторов, которые привели к пониманию необходимости создания национальных систем ранней помощи в пространстве различных стран мира. Культурологический подход позволяет рассматривать различные национальные системы ранней помощи в их целостности, постоянной опорой на их национальные, территориальные, культурно-образовательные, воспитательные и иные традиции.

Во-вторых, представление о внутреннем устройстве культуры с точки зрения структуры социально-культурного взаимодействия, понимаемого нами в том значении, в котором оно

было сформулировано П. Сорокиным: «Структура социокультурного взаимодействия, если на нее посмотреть под несколько иным углом зрения, имеет три аспекта, неотделимых друг от друга: 1) личность как субъект взаимодействия; 2) общество как совокупность взаимодействующих индивидов с его социокультурными отношениями и процессами и 3) культура как совокупность значений, ценностей и норм, которыми владеют взаимодействующие лица, и совокупность носителей, которые объективируют, социализируют и раскрывают эти значения», – позволяет осмыслить систему ранней помощи и ее социальные институты как определенного носителя культурных ценностей, норм, правил и принципов.

Конкретно-научный уровень методологических основ анализа системы ранней помощи в странах Европы и США в нашей работе представлен периодизацией развития национальных систем специального образования, основанной на эволюции отношений государства и общества к людям с различными нарушениями в развитии и инвалидам (Н.Н. Малофеев).

Ретроспективный анализ обширного массива исторических данных, характеризующих социально-культурный контекст жизни западноевропейских стран с древнейших времен до наших дней, позволил Н.Н. Малофееву выделить важные моменты изменения отношения государства к детям с физическими и умственными недостатками, приводящие к пересмотру их правового статуса. В связи с этим Н.Н. Малофеевым были выделены пять периодов эволюции отношения государства и общества к таким детям и построена следующая периодизация:

I период – обретение детьми-инвалидами права на жизнь.

II период – обретение детьми-инвалидами права на признание (социальную опеку).

III период – обретение глухими, слепыми и умственно отсталыми детьми права на специальное обучение.

IV период – обретение большинством детей с отклонениями в физическом и умственном развитии гарантированного государством права на специальное обучение.

V период – обретение детьми с особыми образовательными потребностями гарантированного государством права не только на специальное, но и на интегрированное обучение.

В нашем исследовании периодизация процесса эволюции отношения государства и общества к детям с отклонениями в развитии выступает как один из эффективных способов систематизации фактов, данных, исторических материалов в области ранней помощи, позволяющих рассматривать эти явления в качестве социально-культурных феноменов и в связи с историческим контекстом развития специального образования в мире. Использование периодизации в качестве методологического инструмента позволяет выявить и рассмотреть предпосылки возникновения системы ранней помощи, относящиеся к 40–60 гг. прошлого века и приходящиеся на середину и конец IV периода отношения государства и общества к детям с отклонениями в развитии; на критические моменты истории ранней помощи, связанные с обретением детьми с особыми образовательными потребностями и их семьями гарантированного права на оказание ранней комплексной помощи и последующего интегрированного обучения. Использование периодизации позволяет выделить те изменения политического, экономического, социального и культурного порядка, под влиянием которых система ранней помощи в различных странах мира проходила период начального становления, развивалась и продолжает свое движение.

Материалы периодизации по отношению к изучаемому нами предмету обладают высокой объяснительной силой в связи с тем, что в рамках ее разработки систематизированы и описаны общие закономерности и национальные особенности образовательной интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в разных странах мира, а ранняя помощь является закономерной составляющей общемирового интеграционного процесса. Таким образом, периодизация позволяет осмыслить и объяснить основные тенденции развития системы ранней помощи в странах Европы и США на протяжении 50-летней истории ее развития.

В качестве методической и информационной базы для анализа исторических аспектов создания и развития системы ранней помощи в странах Запада нами были привлечены:

● данные различных психологических теорий: психоаналитической (А. Фрейд, Р. Спитц, Дж. Боулби, Winnicott и др.); теории отделения – индивидуализации (М. Mahler и др.); теории научения (R.R. Sears, А. Бандура и др.) и этологических наблюдений (К. Lorenz и др.); теории привязанности (D. Bowlby, М. Ainsworth); основные положения концепции Д. Штерна; данные теории семейных систем (С. Минухин, Zuk и др.), реализованные в концепции структуры и функционирования особой семьи (А.Р. Turnbull, Sammers, Brotherson), в воздействии стресса (Beckman, Porkorni, Kazak), социальной поддержки и социальных связей на функционирование «особой» семьи (McCubbin&Patterson); в бихевиоральных и психодинамических программах и методиках ранней помощи;

● данные социологических теорий и подходов: основные концепты социально-экологического (U. Brenfenbrenner); структурно-функционального подходов и символического интеракционизма, проявляющих особое внимание к детерминантам процессов социального взаимодействия семьи и профессионалов, а также межведомственного взаимодействия различных структур и специалистов различного профиля;

● материалы истории специального образования в мире (Н.Н. Малофеев, 2009);

● данные семейно ориентированного подхода к лечению детей с проблемами в развитии и их семей, модели этого подхода в США (Darling & Peter, 1994);

● материалы анализа деятельности некоммерческих организаций в области ранней помощи и социального проекта «Уверенный старт» в Великобритании (С. Брайер, Л. Хилл);

● материалы истории семейных программ ранней помощи (W.J. Doherty, 1985); анализа бихевиоральных программ, методов и технологий ранней помощи (Удо Б. Брак и др., 2007); обзора социально-педагогических и психотерапевтически ориентированных программ ранней помощи (Р.Ж. Мухамедрахимов, 2003); истории системного семейного подхода в оказании помощи детям с нарушениями в развитии (М. Селигман, Р.Б. Дарлинг, 2007); Государственного лонгитюдного исследования по ранней помощи (США); доклада Европейского агентства по развитию специального образования: «Ранняя помощь: анализ ситуации в Европе» (European Agency for Development in Special Needs Education: Analysis of Situations in Europe, Key Aspects and Recommendations [www.european-agency.org/eci/word/mrtrp/Early Childhood Intervention.doc](http://www.european-agency.org/eci/word/mrtrp/Early%20Childhood%20Intervention.doc)); обзора существующей практики организации ранней помощи в США, Швеции, Германии, Великобритании и Испании (М. В. Bruder, М. Guralnik, В. Carpenter, Р. Russell, Е. Bjorck-Akesson, М. Granlund, С. Gine, М.Т. Garcia-Die, М.Г. Garcia, R.V. Momplet и др.).

## **Глава 2. Ранняя помощь в США: ответы на вызовы времени**

Предваряя описание опыта создания и развития системы ранней помощи в США, следует подчеркнуть, что представленные материалы не претендуют на всестороннее и многомерное историко-педагогическое исследование, на завершенность и окончательность оценок и выводов. Понимая, что рассматриваемый феномен, каким является система ранней помощи, обладает целым комплексом географических, национально-этнических, религиозных, политических, экономических особенностей и условий функционирования, мы вполне отдаем себе отчет в том, что можем только приблизиться к его пониманию, сосредоточившись на описании наиболее общих тенденций, характеристик и особенностей.

## Исторический контекст

Отдельные инициативы, проекты и программы в области ранней помощи детям и их семьям в США возникают и реализуются в 60–70 гг. XX в. на волне экономического подъема и начавшегося перехода от индустриального к постиндустриальному обществу, основанному на наукоемких технологиях, информации и знаниях как основном производственном ресурсе, творческом аспекте деятельности человека, непрерывном самосовершенствовании и повышении квалификации в течение всей жизни; на волне демократических преобразований в политике государства и формирования новых ценностей общества – открытого гражданского общества и безбарьерного мира; на волне формирующегося нового феномена культуры – постмодернизма и связанного с ним широкого антидискриминационного процесса, включающего феминистские и антирасистские движения; нового понимания прав человека и прав меньшинств, включая инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (Н.Н. Малофеев).

Предпосылками, приведшими к становлению и развитию системы ранней помощи, послужили научные идеи, подходы и концепции о развитии младенца, созданные в различных психологических направлениях.

В исследованиях классической психоаналитической школы, основоположником которой является З. Фрейд, социальные связи и взаимоотношения матери и ребенка интерпретируются как трансформация либидозных тенденций. Однако после Второй мировой войны, когда множество детей было разлучено с матерями и другими членами семьи, проблема социальных отношений и их значения для развития ребенка трансформировалась в проблему связи младенца с матерью. В этом контексте А. Фрейд разработала концепцию линии развития – последовательности перехода выраженной зависимости младенца от материнской заботы к эмоциональной самодостаточности и взрослым объектным отношениям. М. Малер на основе проведенных наблюдений разработала теорию индивидуализации (отделения) ребенка от матери.

Этологические наблюдения за развитием новорожденных и младенцев способствовали пониманию процесса активного подстраивания во взаимодействии со взрослым, социальной компетентности младенца и ее влияния на мать, роли младенца в запуске ответов со стороны матери. Такие этологические представления, как «критическая фаза», «импринтинг» и «врожденные облегчающие механизмы», значительно повлияли на изучение младенцев и их развитие.

Исследования, проводимые в рамках теории привязанности, выявили высокую значимость для благополучного психического развития ребенка установления продолжительных, теплых взаимоотношений с матерью (М. Ainsworth, D. Bowlby и др.). Согласно этой теории опыт отношений младенца с близким взрослым способствует возникновению того или иного типа привязанности, определяя дальнейший ход психического развития ребенка.

В бихевиоральном подходе развитие определяется понятием «научения», младенец выступает как природное существо, приспособляющееся путем научения к условиям индивидуальной жизни на основе наличия или отсутствия подкрепления (B.F. Skinner и др.).

В исследованиях необихевиорального подхода развитие ребенка понимается как «социальное научение», решающее проблему социализации ребенка в системе отношений «ребенок – общество». Основными понятиями этого подхода являются «социальное научение», «социальная реактивность» и «социальное подкрепление» (А. Bandura и др.). Неоспоримым достоинством этого подхода можно считать четкость экспериментальной постановки проблемы и накопление большого фактического материала, характеризующего возможности ребенка и их

расширение на протяжении первого года жизни, рассмотрение ребенка во взаимодействии со взрослым.

В концепции Д.Штерна была выстроена система предположений о субъективной жизни младенца, о возникновении у него субъективного опыта и представлений о себе, а также о своих отношениях с другими. Положения концепции послужили основой для создания психотерапевтического подхода, ориентированного на систему «мать – младенец».

Немаловажное влияние на становление ранней помощи оказали основные тенденции, доминирующие в сфере здравоохранения, социальной защиты населения и специальном образовании США на рубеже 60-х гг.

Традиционно помощь семьям с самыми маленькими детьми – детьми младенческого и раннего возраста во всех странах мира оказывалась и оказывается в системе здравоохранения. Она включает в себя педиатрическую, неврологическую, психиатрическую, офтальмологическую, сурдологическую, физиотерапевтическую, логопедическую и иную помощь. М. Селигман и Р.Б. Дарлинг (2007), характеризуя основные тенденции в оказании медицинской помощи, подчеркивают, что это время было отмечено ориентацией медицинской и иной помощи только на больного ребенка, когда ребенок рассматривался как основной пациент служб здравоохранения, а также ярко выраженными клиническим и профессионально-доминирующим подходами во взаимодействии с семьей этого ребенка. Специалист при таком подходе решал, «что лучше» для пациента, семье ребенка предоставлялось столько информации, сколько считал необходимым предоставить специалист в ходе проведения диагностического процесса или лечения пациента. Лечение проводилось в основном только в стенах лечебных учреждений теми же профессионалами без участия семьи ребенка. В процессе проведения лечебных мероприятий семье давались советы для ежедневного ухода за ребенком, однако они всегда носили достаточно общий характер. Родителям при таком подходе оставалось только беспрекословно подчиняться рекомендациям специалистов. Взаимоотношения между специалистами и родителями при таких позициях, а также распространенные в эти годы негативные представления о детях с ограниченными возможностями здоровья и их семьях побуждали профессионалов рассматривать членов семьи ребенка как «второго пациента». От родителей ожидалось исполнение «роли больного» – пассивность, готовность к сотрудничеству, согласие со всеми решениями профессионалов. Mercer (1965), рассматривая клинический подход, отмечает, что для него характерны разработка и использование сугубо профессиональной терминологии, максимальная профессионализация диагностических функций, уверенность в том, что официальные определения, поставленные диагнозы и сформулированные заключения являются единственно верными, а несогласие с выводами профессионалов относится или за счет непросвещенности других социальных групп (включая родителей), или отрицания как психологического защитного механизма; социальное действие (помощь, лечение, реабилитация и другое) всегда в таком подходе было направлено на изменение пациента, другие варианты, как правило, не рассматривались. По меткому определению М. Селигман и Р.Б. Дарлинг, клинический подход с акцентом «возложения вины на жертву» и профессионально-доминирующий подход в эти годы объединяются, чтобы подавить сопротивление родителей детей с ограниченными возможностями здоровья.

Однако такое объединение вскоре оборачивается угрозой утраты доверия и уважения к профессиональному сообществу.

В ходе проведенных в США опросов населения было выявлено, что с 1950 г. общественное доверие и уважение к врачам и специалистам, работающим в системе здравоохранения, начинает снижаться, в 1966 г. им доверяли 72 % населения, а в 1975-м – всего 43 % (цит. по: М. Селигман, Р.Б. Дарлинг, 2007). «В диалектике властных взаимоотношений возрастающая монополизация медицинских знаний и медицинской практики может вызвать лишь противодействие в виде потребительского подхода со стороны пациентов», – утверждают Haug и Lavin

(1983), что и произошло в 80-е гг., когда роль и интересы потребителя медицинских услуг на рынке стали главенствующими, а потребительский подход стал основным как в отношении пациента со специалистом, так и в управлении и организации практики здравоохранения. Все это неминуемо привело к снижению доминирования специалистов, к созданию иной модели взаимоотношений клиентов и профессионалов, а также к иному пониманию роли семьи в лечении, уходе и оказании помощи ребенку, в том числе и ребенку с ограниченными возможностями здоровья.

Рассматривая многие факторы, которые могли стать предпосылками к созданию системы ранней помощи в США, ряд исследователей (W.J.Doherty, 1985; Darling & Peter, 1994; М. Селигман, Р.Б. Дарлинг, 2007 и др.) выделяют первые эксперименты по проведению семейно ориентированной помощи, организованные в системе здравоохранения США. Это проект Корнелла (1939–1941) и проект медицинской группы Монтефиоре (1950–1959).

В 1939 г. в Нью-Йорке был начат проект Корнелла. Его целью стало выявление взаимосвязи между здоровьем, характеристиками взаимодействия между членами семьи и методами лечения, определяемого командой различных специалистов. В проекте приняли участие 15 семей, данные собирались и анализировались в течение двух лет. Проект был прерван в связи со вступлением США во Вторую мировую войну.

По мнению W.J.Doherty, этот проект существенного влияния на развитие практики здравоохранения в США не оказал, но его результаты стали поводом для возобновления подобных экспериментов в 50-е гг. XX в.

Одним из таких экспериментов был проект медицинской группы Монтефиоре (1950–1959). В его основу легла гипотеза о возможности предотвращения заболеваний у отдельных членов семьи путем работы со всей семьей в целом. В эксперименте принимали участие 100 семей и большая группа специалистов, состоящая из терапевтов, педиатров, медицинских сестер и социальных работников. Однако М. Селигман и Р.Б. Дарлинг, анализируя данные проекта медицинской группы Монтефиоре, указывают на то, что потенциал проекта не был в полной мере реализован в связи с возникшими трудностями в команде специалистов, отчасти за счет нежелания отдельных членов команды расширить свою профессиональную деятельность, взяв на себя новые, не свойственные их профессии, роли. И только в 1969 г. в США идея семейно ориентированного лечения была реализована в новой лечебной специальности – семейной медицине. Однако только к 1980-м гг. в этой дисциплине начали разрабатываться и активно использоваться технологии, включающие в процесс лечения пациента членов его семьи.

Немалую роль в понимании важности ранней помощи в США сыграли программы, нацеленные на улучшение питания беременных женщин, грудных детей и детей раннего возраста из групп социального риска и бедных слоев населения страны. Программа WIC (специального дополнительного питания для матерей и детей) в 70–80 гг. обеспечивала пищевыми добавками и бесплатными консультациями 3 миллиона семей ежемесячно. Было признано, что введение во время и после участия в этой программе в рацион кормящей матери и детей раннего возраста продуктов с высоким содержанием протеина и железа значительно улучшает здоровье детей, включая их психическое здоровье.

Программы по пропаганде грудного вскармливания детей также стали важной вехой на пути развития системы ранней помощи. Несмотря на то что грудное вскармливание полезнее для младенца, чем искусственное, ряд исследований показывают, что, начиная с конца 40-х гг. и вплоть до 70-х гг., женщины из разных стран – из стран с высоким экономическим потенциалом и из стран с низким жизненным уровнем, из разных слоев населения начинают отдавать предпочтение искусственному вскармливанию младенцев (G. Craig и др.). Этот процесс напрямую, по выводам ряда исследователей (G. Craig, Latham, М. Селигман, Р.Б. Дарлинг и др.), был связан с социальной политикой государств, развитием индустрии детского питания и

заменителей материнского молока, с материальным положением семей, семейными и культурными представлениями об уходе за ребенком и способе его кормления, с консультированием кормящих матерей специалистами. Так, к 1971 г. в США только 10 % матерей продолжали кормить своих детей грудью после трехмесячного возраста, что, с одной стороны, было вызвано бурным развитием индустрии детского питания, а с другой стороны – длительным отсутствием права на получение отпуска по уходу за ребенком, когда многие из кормящих матерей возвращались на работу через 6 недель после родов. И только благодаря программам по пропаганде естественного вскармливания к концу 80-х гг. в США более 50 % матерей начинают предпочитать грудное вскармливание искусственным смесям.

Социальная сфера страны на рубеже 60-х гг. XX в. была нацелена на решение двух глобальных задач: поддержку семей и детей из малообеспеченных слоев общества и обеспечение системы попечения детей-инвалидов.

Причинно-следственная связь между бедностью, образовательным статусом ребенка и его социальной дезинтеграцией была признана в США в 1960 г., когда президент Джонсон объявил «войну бедности». В связи с этим в 1964 г. была создана федеральная программа «Head Start» («Высокий старт») и ее вариант для самых маленьких детей «Early Head Start», акцент в которой делался на готовности детей из семей с низким доходом к школе через систему педагогического образования их родителей и интенсивную подготовку самих детей.

Программа «Высокий старт» функционирует до настоящего времени в США. Она относится к департаменту здравоохранения и охватывает семьи с детьми из малообеспеченных слоев общества, для которых предоставляются занятия в классах для дошкольников (управляемых разнообразными местными ведомствами) на целый день или половину дня.

Это старейшая программа, с помощью которой удается добиться достаточно хороших результатов у детей в начальной школе. В дальнейшем с развитием системы ранней помощи в США эта программа была дополнена существенным блоком – блоком скрининг-диагностики развития детей<sup>4</sup> младенческого и раннего возрастов, т. е. механизмами наиболее раннего выявления детей с возможными нарушениями в развитии, и, таким образом, стала неотъемлемой частью национальной системы ранней помощи в настоящее время.

Другой масштабной социальной программой помощи младенцам из семей социального риска в США, ориентированной на участие родителей и организованной в домашних условиях, была программа Ирмы Гордон (1969). Занимаясь проблемами бедной части населения аграрных районов штата Флорида, она поставила цель добиться значительного продвижения в развитии детей посредством информационно-просветительской работы с их семьями. Для этого она обучила группу женщин из крестьянских общин основам детской психологии и педагогики, навыкам интервьюирования родителей. В дальнейшем они выступали в качестве ее помощниц, посещая семьи, где воспитывались грудные дети. Семьи знакомили с конкретной программой занятий и условиями, которые необходимо было обеспечивать детям в их возрасте для нормального развития. Дети, которые в течение 2–3 лет участвовали в данной программе, демонстрировали достижения, значительно превышающие результаты контрольной группы детей. Дальнейшие наблюдения за этой группой детей показали отдаленные результаты социальной программы, в которой они участвовали, а именно: дети значительно реже в школьном возрасте попадали в классы для отстающих детей, чем их сверстники.

Развитие подхода в системе социальной защиты населения, ориентированного на участие приходящего в семью персонала, было в дальнейшем апробировано в комплексе программ под названием «Darcee Infant Programs», разработанных в 70-е гг. в Педагогическом универси-

---

<sup>4</sup> Скрининг развития – это массовое повторяющееся обследование детского населения по выявлению факторов риска и возможных проблем в их развитии с обязательным последующим уточнением причин их возникновения и оказанием адекватной помощи.



тете Пибоди штата Теннесси (США). Цель программ состояла в том, чтобы научить родителей справляться с трудностями повседневной жизни, повысить уровень родительской компетентности в отношении развития детей и возможности использования поощрения определенных форм их поведения. Результаты программ показали, что у родителей существенно изменился стиль воспитания детей, он стал более заботливым и поддерживающим, а дети, прошедшие эти программы, демонстрировали хорошие результаты в тестах достижений (цит. по: Г. Крейг, 2000). Следует подчеркнуть, что в фокусе этих программ были местные сообщества и общины, в дальнейшем это направление социальной помощи отдельным группам населения и общинам было активно взято на вооружение в Испании и в Великобритании.

Таким образом, США имеют пятидесятилетний опыт разработки различных мер, предваряющих поступление в школу детей из бедных семей. В настоящее время сохраняется актуальность подобных мер, говорящих о том, что можно делать для детей, попадающих в группу социального риска по причине бедности. Бедность, разумеется, является лишь одним из факторов риска для неблагополучных семей, и для оказания полноценной помощи требуется широкий набор медицинских, социальных и образовательных программ.

Другой немаловажной проблемой социальной сферы страны была проблема, связанная с попечением инвалидов. В 60-е гг. в этой сфере преобладает медицинская модель инвалидности. В рамках медицинской (или биологической) модели инвалидность (в буквальном переводе – «непригодность») рассматривается как наличие некоего дефекта, неполноценности, который приводит к неспособности выполнения определенной деятельности и, как следствие, ограничению возможности участвовать в традиционной социальной деятельности. На этой основе складывается представление о реабилитационной модели инвалидности. Эта модель базируется на представлении об инвалидности как о наличии у больного не соответствующих норме тела или психики и нуждающихся в медицинском лечении и реабилитации, чтобы устранить или компенсировать возникшие функциональные расстройства. Основная задача в рамках этой модели: адаптировать инвалида к существующей социальной сфере, предоставив набор специализированных медицинских, социальных и образовательных услуг. На основе медицинской и реабилитационной моделей инвалидности социальная политика многих стран мира организуется по принципам обеспечения. Предлагается соответствующая поддержка в виде различных форм обслуживания и попечения инвалидов, как правило, в специально созданном для этого особом пространстве (медицинские клиники, специализированные интернаты и другое). Основная социальная тенденция этого времени – изоляция детей-инвалидов и взрослых инвалидов от остального общества.

К 60 гг. XX в. критическое отношение к закрытым медицинским или социальным учреждениям во всех странах мира возрастает. Призывы профессионалов ликвидировать закрытые учреждения для детей и взрослых стали набирать силу как в странах Европы, так и США. Гуманистические идеи были подкреплены данными науки о более высокой эффективности ухода за пациентами в семье или сообществе себе подобных людей по сравнению с уходом в закрытом учреждении. Эти призывы вместе с экономическим фактором – процессом приватизации в сфере социальных услуг и стремлением консервативных политиков сократить расходы на социальные нужды совпали с интересами самих инвалидов и их семей. В течение 60-х гг. на эти цели в США были выделены значительные средства. Появились центры дневного пребывания для детей-инвалидов и взрослых с организацией посильной работы и досуга, пансионаты и дома совместного проживания. Закрытые учреждения и интернаты начинают считаться устаревшими формами попечения, и постепенно их количество сокращается.

Медицинская и реабилитационная модели инвалидности в 70–80-е гг. подвергаются значительному пересмотру, постепенно начинается складываться переход к социальной модели, определяющей инвалидность как нормальный аспект жизни индивида, а не отклонение, и пола-

гающей наиболее значительной проблемой, связанной с инвалидностью, социальную дискриминацию.

Социальная модель инвалидности сдвигает акцент в решении проблемы инвалидности с изменения индивидуума на изменение тех аспектов социальной жизни, которые могут быть изменены. Согласно ей, выделяют три главных типа ограничительных барьеров, которые могут и должны быть устранены, чтобы интегрировать инвалидов в общество:

- 1) негативные установки по отношению к инвалидам, преобладающие до сих пор в социуме и функционирующие как на микро-, так и на макроуровне, включая язык повседневных практик, навешивающий ярлыки и формирующий оскорбительные стереотипы;
- 2) институциональные барьеры, резко уменьшающие «жизненные шансы» инвалидов;
- 3) архитектурные, транспортные и иные физические барьеры, мешающие созданию комфортной жизненной среды.

На основе социальной модели в США формируется и получает быстрое распространение модель гражданских прав как альтернативный базис социальной политики при работе с инвалидами. Ее суть состоит в создании условий для интеграции инвалидов в социальную жизнь, реформировании основных социальных институтов так, чтобы инвалиды могли быть включены в них. В этой парадигме инвалиды должны идентифицировать себя не только как пассивные получатели помощи, но как активные организаторы своей жизни, как субъекты формирования социальной политики, имеющие не только права, но и обязательства перед обществом. Одним из оснований модели гражданских прав является принцип нормализации и социальной валоризации, суть которого заключается в сокращении институциональных стационарных форм обслуживания инвалидов, развитии самопомощи и сервисного обслуживания на уровне местного сообщества для нормализации условий и повышения качества жизни.

В 60–70 гг. XX в. в образовании детей с отклонениями в развитии наряду с закрытыми формами специального образования начинают возникать открытые формы – службы и центры консультирования и сопровождения родителей детей с отклонениями в развитии. В США создаются и растут неправительственные негосударственные организации, общества, ассоциации, пытающиеся решать проблемы социальной опеки и поддержки семей с проблемными детьми. Семьи детей с особыми образовательными потребностями начинают обретать некоторые формальные возможности выбора типа школы, возможности создавать родительские ассоциации, общества и комитеты, входить в попечительские советы образовательных учреждений (Н.Н. Малофеев).

Результаты первых программ для детей из малообеспеченных семей в 60–70-е гг. становятся поводом для разработки программ ранней помощи, ориентированных на детей-инвалидов и детей с выявленными отклонениями в развитии<sup>5</sup>. Мэри Уилт, кратко анализируя историю ранней помощи в США, отмечает, что «в 1968 году Конгресс США запустил по всей стране демонстрационные версии проектов, направленных на разработку программ обучения детей с выявленными отклонениями в развитии с рождения до третьего класса школы. Эти проекты осуществлялись по всей стране как некоммерческими, так и государственными организациями, однако в их рамках услуги предоставлялись не всем детям» (М. Уилт, 2009. – С.256).

Однако эта государственная инициатива привела к тому, что в некоторых штатах стали создаваться и действовать программы ранней помощи, например: Handicapped Childrens Early Educational Program (HCEEP), Supporting Extended Family Members (SEFAM), Infant Stimulation/Mother Training Project, Family Rehabilitation Program; Child and Adolescent Service System Program (CASSP) и др. В фокусе внимания этих программ могли быть самые разнооб-

---

<sup>5</sup> Дети с выявленными отклонениями в развитии – дети с рано диагностированными отклонениями в развитии: с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, речи, интеллекта, с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения, выраженной задержкой психического развития, со сложными множественными нарушениями развития, генетическими нарушениями и т. д.

разные проблемы: проблемы раннего обучения детей; проблемы поддержки и сопровождения членов семьи особого ребенка; стимулирование развития младенцев и обучения их матерей; программы семейной реабилитации; программы по обслуживанию детей и подростков и др.

В начале создания системы ранней помощи это были отдельные инициативы, широко поддержанные родительскими ассоциациями, группами и сообществами. В дальнейшем с получением ощутимых результатов от реализации отдельных программ наметилась тенденция создавать программы ранней помощи, в которых был заложен механизм взаимодействия между различными ведомствами на уровне штата или взаимодействия между негосударственными некоммерческими организациями и государственными учреждениями. Создавались и апробировались механизмы проектирования и управления программой, которая могла курироваться двумя органами управления на уровне штата, например, управлением здравоохранения и социальной защиты населения. В центре внимания было создание механизма координации и взаимодействия на различных уровнях и различных этапах проектирования и реализации программы.

Эти программы охватывали разнообразные вопросы: от вопросов по созданию механизмов взаимодействия и координации различных служб на уровне конкретного штата до изучения проблем семьи, вопросов иммунизации детского населения, создания системы раннего обучения детей и программ по дошкольному образованию.

Со временем практически каждый штат стал разрабатывать свои программы ранней помощи. В качестве примера приведем только некоторые из них: The Honeylands Project, The Child Care Coalition of South Central Connecticut (CCC/SCC); The Atlanta Family Child Care, Health and Safety Project; The Family Child Care Immunization Project (Калифорния и С.-Франциско); Early Childhood Education Linkage System (ECELS в Пенсильвании); Harvard Family Research Project, Prekindergarten Educational Program (PREP на Гавайях) и др.

Ретроспективный анализ начальных этапов истории ранней помощи в США показал, что результаты отдельных программ, инициатив общественных и родительских организаций, отдельные эксперименты групп профессионалов и многие другие факторы позволили постепенно изменить ценностные ориентации общества и государства в отношении ранней помощи. Ценности самого раннего этапа комплексной помощи ребенку младенческого и раннего возраста, связанные с устранением тех или иных проблем в развитии ребенка и преодолением имеющегося дефекта, стали дополняться существенными смысловыми компонентами и обрели новую формулу – «нормализация жизни особого ребенка».

Термин «нормализация» определялся как «использование культурных средств для того, чтобы люди обрели возможность жить полноценной культурной жизнью» (цит. по: С.Дж. Рут, 1986. – С.12). Voyscey (1975), рассматривая процесс формирования ценностей, связанных с понятием «нормализация» в среде американских семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья младенческого и раннего возраста, высказывает предположение, что родители начинают стремиться к нормализации, поскольку другие лица и организации – родительские сообщества и ассоциации, различные специалисты, священнослужители, авторы книг и журнальных публикаций – ожидают от них и их ребенка «нормальности» и возможности жить полноценной жизнью.

Основные ценностные ориентиры новой философии начали охватывать следующие области жизни ребенка и его семьи: создание нормальных условий жизни ребенка в семье; создание совместно с семьей условий для развития ребенка: наличие развивающего общения, игровой среды, специальных и развивающих занятий, информирование, просвещение и обучение членов семьи в целях оказания максимально возможной помощи ребенку; создание нормальной социальной среды, окружающей ребенка в семье и вне ее, при посещении детского сада, развивающего центра, клиники и пр.

Новые ценностные ориентиры меняют цели оказания ранней помощи. Акцент переносится с развития ребенка на вопросы обеспечения качества его жизни. Ценностно-целевые ориентиры, в свою очередь, отражаются на результатах ранней помощи. Они начинают определяться как возможность достичь ребенком нормализованного стиля жизни.

Новые ценности, цели и результаты ложатся в основу модели ранней помощи, в фокусе внимания которой обучение, информационно-просветительская работа с родителями и с ближайшим социумом, окружающим ребенка. В итоге складывается модель ранней помощи, названная моделью «союза с семьей». В модели «союза с семьей» профессионалы, обучая родителей, просвещая их и информируя, начинают использовать имеющиеся в семье ресурсы в работе с ребенком (Dunst, Johanson, Trivette, Hambry, 1991).

Создающиеся в это время технологии помощи, методические подходы, рекомендации полностью отвечают модели информирования и просвещения. Для этого разрабатываются специальные руководства, ориентированные как на профессионалов, так и на родителей, вовлекаемых в процесс оказания помощи своему ребенку, содержащие информацию об основных этапах развития ребенка и его умениях, которыми он может овладеть в том или ином возрасте. В них определяются цели и задачи работы специалиста в области ранней помощи, а также представляется спланированная последовательность обучающих действий, способствующих развитию ребенка. Наиболее известные из них – это руководство «Портейдж» и руководство «Каролина», созданное в университете штата Северная Каролина.

Представим в качестве примера программу, или руководство, «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с ограниченными возможностями здоровья (авторы: Н.М. Джонсон-Мартин, К.Г. Дженс, С.М. Аттермиер, Дж. Хаккер). Программа предназначена для работы с младенцами и детьми младшего возраста (от рождения до 2 лет), имеющими различные нарушения в развитии. Программа основана на знании закономерностей развития ребенка, при этом во внимание принята возможность неравномерного развития ребенка в каждой области. В программе подробно описываются навыки детей в разных областях развития и способы их оценки. Программа решает проблему нетипичного развития ребенка двумя путями. Во-первых, навыки в каждой области развития разделены на логические разделы обучения. Во-вторых, в содержание многих разделов были включены изменения для детей с сенсорными и двигательными ограничениями.

Фокус ранней помощи, нацеленный на развитие компетенции у родителей, привел к созданию большой индустрии, связанной с изданием методической литературы для родителей, выпуском популярных журналов о воспитании, раннем развитии и раннем обучении ребенка; на местном радиовещании и местных каналах телевидения создаются серии передач, посвященных проблемам воспитания детей раннего возраста.

Психотерапевтически ориентированные методы и программы на этом этапе ранней помощи, как отмечает ряд исследователей (У.Б. Брак, К. Заримски и др.) были представлены эмпирическим подходом, большую роль в котором играли методы поведенческой терапии, значительно усилившей свои позиции к 60-м гг. прошлого века. Были созданы психометрические тестовые методики для детей различных возрастов, отличавшиеся надежными критериями, началась разработка методов терапии поведенческих нарушений и отставаний в развитии ребенка. Оптимальная программа научения отличалась тщательным структурированием условий обучения, включала анализ отдельных шагов выполнения поставленных задач и подбором различных техник инструктирования. Центральную роль в такой программе играет инструктаж родителей. Это касается как общего стиля воспитания, так и инструктажа родителей при проведении тренинговых программ.

Начавшееся реформирование социального сектора в США выявляет необходимость эффективного перераспределения, а затем и сокращения расходов социальной сферы наряду с необходимостью повышения стандарта качества оказываемых услуг. Стихийное формирова-

ние команд специалистов становится ответом на запрос о повышении эффективности оказываемой помощи.

В социальной психологии активно проводятся экспериментальные исследования, изучающие командные процессы, их динамику и возможности их оптимизации, отрабатываются методы взаимодействия специалистов как одного профиля, так и специалистов различных профессиональных групп.

В практике ранней помощи складываются мультидисциплинарный подход и мультидисциплинарная командная работа профессионалов. В команду входят специалисты разных профессиональных групп и разных дисциплин. Отмечается, что взаимодействие специалистов в такой команде слабо выражено, процессы коммуникации формальны и передача информации от специалиста к специалисту, как правило, осуществляется плохо. Специалисты работают с ребенком и его семьей независимо друг от друга, без пересечения профессиональных границ. Мэри Уилт, анализируя эту модель организации групповой работы в системе ранней помощи США, отмечает, что при таком подходе «работа распадается на отдельные фрагменты, члены команды меньше контактируют между собой и, таким образом, теряют возможность в процессе своей деятельности уделять внимание развитию других необходимых навыков у ребенка. Когда каждый педагог ставит конкретные цели, касающиеся только одной области развития, он не согласует свою работу с работой других специалистов» (М. Уилт, 2009. – С.246).

Необходимость повышения качества социальных услуг, а также новые ценности, цели и планируемые результаты ранней помощи приводят к некоторому изменению отношений специалистов и родителей. Отношения специалистов и семьи в условиях обновления ценностей начинают двигаться от клинического, экспертного подхода к социальному взаимодействию, от профессионального доминирования к социальному партнерству, защите прав родителей и перераспределению ответственности за результаты оказываемой помощи.

Переход на следующий уровень развития системы ранней помощи был определен развернувшимися исследованиями взаимодействия матери и ребенка младенческого и раннего возраста. Теоретические обобщения, нацеленные на осмысление раннего социального взаимодействия ребенка и матери, влияния этого опыта на последующее развитие ребенка (D. Bowlby, R.A. Spitz, D.W. Winnicott, M. Mahler, M. Ainsworth, D. Bowlby, D. Stern и др.), проведенные в различных психологических подходах, послужили толчком для развития таких направлений психотерапевтической ранней помощи, как поведенческая терапия взаимодействия матери и ребенка (Т. Field, Т.В Brazelton и др.), психодинамическая терапия (S. Fraiberg и др.) и системный подход в психотерапии взаимодействия матери и ребенка (D. Stern, N. Stern-Bruschweiler).

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.