

МЕТОДИЧЕСКО РЪКОВОДСТВО

за предоставяне на услугата

**„Ранна интервенция на уврежданията
чрез създаване на
Център за ранна интервенция на уврежданията“**

Съдържание

ГЛАВА I СЪЩНОСТ НА РАННАТА ИНТЕРВЕНЦИЯ	5
1.1. Нормативни основания	5
1.2. Какво е ранна интервенция	6
1.3. Защо да се намесваме отрано	7
ГЛАВА II МЕЖДУНАРОДНИ МОДЕЛИ ЗА ДОБРИ ПРАКТИКИ	8
2.1. Ранната интервенция в Португалия.....	8
2.2. Добри практики от Европа и САЩ	12
ГЛАВА III СТРУКТУРА НА УСЛУГИТЕ ПО РАННА ИНТЕРВЕНЦИЯ	15
3.1. Целева група.....	15
3.2. Персонал.....	15
3.3. Място на предоставяне на услугите	17
3.4. Дейности.....	19
ГЛАВА IV ОРГАНИЗАЦИЯ НА УСЛУГИТЕ ПО РАННА ИНТЕРВЕНЦИЯ	24
4.1. Насочване към услугата Ранна интервенция.....	25
4.2. Критерии за допустимост за услугата „Център за ранна интервенция на уврежданията“	26
4.3. Работа по случай.....	26
4.4. Първо домашно посещение.....	27
4.5. Последващи домашни посещения	28
4.6. Честота на услугите	28
4.7. Процес на индивидуално планиране.....	28
ГЛАВА V СТАНДАРТИ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА УСЛУГАТА	33
ГЛАВА VI РАБОТА В ПАРТНЬОРСТВО СЪС СЕМЕЙСТВОТО	36
6.1. Семейно-ориентиран подход в работата с деца и семейства. Промяна на фокуса. Философия, основни принципи.	36
6.2. Основни принципи на семейно-ориентираните практики.....	39

6.3. Ангажиране на семействата. Ефективна помощ. Даване на права на семействата. Изграждане на база силни страни на семействата. Поддържане на партньорства.	41
ГЛАВА VII РАЗВИТИЕ НА ДЕТЕТО ОТ РАЖДАНЕТО ДО 7-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ ...	44
7.1. Новородено – до края на първия месец.....	44
7.2. Кърмаческа възраст (от 2 месеца до 1 година)	45
7.3. Яслена възраст 1-3 год.....	47
7.4 Предучилищна възраст (4г.-7г.).....	49
ГЛАВА VIII ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА УВРЕЖДАНЕТО ВЪРХУ ДЕТСКОТО РАЗВИТИЕ...	52
8.1. Детска Церебрална Парализа (ДЦП) и други сходни неврологични състояния.....	52
8.2. Множествени увреждания.....	55
8.3. Слухови увреждания.....	56
8.4. Зрителни увреждания	58
8.5. Умствена изостаналост.....	61
8.6. Синдром на Даун	63
8.7. Епилепсия.....	65
8.8. Недоносеност.....	66
ГЛАВА IX ГЕНЕРАЛИЗИРАНИ РАЗСТРОЙСТВА НА РАЗВИТИЕТО – БЕЛЕЗИ, ХАРАКТЕРИСТИКИ	69
9.1. Класификация	69
9.2. Определение за Аутизъм	69
9.3. Етиология и клинична картина	70
9.4. Диференциална диагноза	72
ГЛАВА X ТЕРАПЕВТИЧНИ НАМЕСИ: развитие на глобалната моторика, улесняване на уменията за независимост, насърчаване на комуникацията и управление на поведението.....	76
10.1 Развитие на глобална моторика	76
10.2 Улесняване на уменията за независимост.....	81
10.3. Насърчаване на комуникацията	88
10.4. Управление на поведението	94

ГЛАВА XI ПОДПОМАГАНЕ НА ОБУЧЕНИЕТО (ВКЛЮЧВАНЕ В ЯСЛЕНИ ГРУПИ И ДЕТСКИ ГРАДИНИ)	99
ГЛАВА XII МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА	104
ГЛАВА XIII ЕКИПНИ СРЕЩИ. РАБОТА В ЕКИП. МЕЖДУСЕКТОРНО СЪТРУДНИЧЕСТВО	106
13.1. Екипът	106
13.2. Екипни срещи и изграждане на екип	107
13.3. Междусекторно сътрудничество	109
ГЛАВА XIV ПРИЛОЖЕНИЕ – ОБРАЗЦИ НА ДОКУМЕНТАЦИЯ.....	111

Глава I

Същност на ранната интервенция

Ранната интервенция за деца е мултидисциплинарна, координирана услуга, свързана с развитието на деца на възраст между раждането и три години, за които има притеснения относно развитието. Добрата подкрепа през първите три години от живота на всяко дете е от жизненоважно значение, за да се гарантира добро здраве, физическо и интелектуално развитие и социални умения. Това е дори още по-важно за децата с увреждания. Услугите по ранна интервенция могат да помогнат на децата да достигнат пълния си потенциал.

Ранната интервенция е система от професионални услуги за малки деца с изоставане в развитието, увреждания, атипично поведение, социални и емоционални затруднения, или малки деца, при които има голяма вероятност за изоставане преди да тръгнат на училище. Услугите се основават на приоритетите на семейството и на нуждите на детето и се предоставят в естествената среда на детето, която включва дома му, яслената група, детската градина, групата за игра и други места, където обичайно ходят и деца без увреждания.

Ранната интервенция се определя като предоставяне на подкрепа на семейства на бебета и малки деца и осигуряване на достъп до наличните ресурси с цел подобряване развитието на детето и живота на семейството. Тя отговаря на необходимостта от предотвратяване изоставянето на деца, родени с увреждания от възможно най-ранна възраст. Детето се подпомага във всички негови области на развитие, като същевременно се развиват знания и умения у родителите за разбиране и насърчаване на развитието му.

1.1. Нормативни основания

Основополагащи за България национални и международни правни и политически документи съдържат ангажименти за осигуряване на най-висок стандарт на грижа за децата в ранна възраст и семействата им. Разработването и прилагането на политиките за ранното детство са част от ценностите и политиките на всички държави на Европейския съюз, в т.ч. и България. Те произтичат от общия ангажимент на страната да спазва Конвенцията за правата на детето, както и Общия коментар №7 от 2005 г. на Комитета по правата на детето на ООН относно прилагане правата на децата в ранна детска възраст.

1.2. Какво е ранна интервенция

Осемдесет процента от детския мозък се развива през първите три години. Скоростта на създаване на комплексни неврални връзки и вериги е изключително висока, като през първите 2 до 3 години от живота на детето всяка секунда се изграждат по около 700 връзки. Мозъчното развитие зависи от качеството на взаимоотношенията и взаимодействията в живота на детето, както и от възможностите за учене, които заобикалящата го среда предоставя. Изследванията показват, че този период от живота на детето е особено значим за формиране на важни мозъчни функции и психични процеси с влияние върху здравето, поведението и ученето не само през детството, но и през целия живот на човека. В своето комплексно влияние, генетичните предпоставки, средата и ранният опит на децата във взаимодействието със заобикалящия свят формират развиващия се мозък. Ако мозъкът не получава адекватни външни стимули като палитра от звуци, картини, докосвания и движения, физическа активност, реч, проблеми за решаване, той няма да бъде в състояние да формира достатъчен капацитет.

Какво се случва с децата с изоставане в развитието или с увреждане през този период? Какво става с децата, чиито семейства просто нямат ресурсите или уменията да помогнат на детето си? Ранната интервенция предлага подкрепа на тези деца и на техните семейства.

Ранната интервенция се отнася за деца от 0 до 6 години, които имат увреждане или са в риск от развитие на увреждане или имат друга специална нужда, която влияе на развитието им (деца, отглеждани в институции; деца живеещи в риск от бедност, насилие и други рискови фактори). Ранната интервенция допринася за ранно идентифициране на рисковете за здравето и развитието на децата и ранна намеса. Тя осигурява услуги на тези деца и техните семейства с цел намаляване на ефектите от увреждащото състояние. Ранната интервенция се стреми да повлияе съществуващите проблеми в развитието, както и да предотврати появата на нови.

Ранната интервенция е мобилна услуга с превантивен характер. Основният използван подход е семейно-ориентираният подход, който е иновативен за България. Той поставя във фокуса на работа не само детето, но и цялото семейство. Родителите имат възможност в партньорство със специалиста да определят приоритетите в развитието на своето дете и да работят заедно за постигането на поставени от тях цели по отношение на подобряване състоянието на детето и създаване на подкрепяща среда.

1.3. Защо да се намесваме отрано

Известно е, че темповете на физическо и нервно-психично развитие на индивида са най-бързи в началния етап на живота. Времето на интервенцията е особено критично, когато съществува риск детето да пропусне шанса си за придобиване на знания и умения в най-сензитивния период. Ако моментите или етапите на максимална готовност не се използват за обучаване в съответните умения, за детето може да бъде по-трудно да ги усвои на по-късен етап.

Ранната интервенция оказва значително влияние върху семейството на малкото дете със специални нужди. Родителите често чувстват разочарование, социална изолация, допълнителен стрес, тревожност и безпомощност. Това влияе върху благополучието в живота на семейството, а оттам и върху развитието на детето. С помощта на ранната интервенция родителите могат да подобрят представите за себе си и отношението си към детето, да имат повече информация и умения да подпомагат развитието му.

Ранната интервенция носи също така ползи за обществото. С нейна помощ се предотвратява институционализацията на децата, повишава се способността на семействата да се справят в житейски ситуации и се подобряват шансовете на детето по-нататък в живота. Всичко това води до икономически и социални ползи.

Услугите по ранна интервенция имат смисъл за детето, семейството и общността. Те помагат на децата да постигнат по-добри резултати, подпомагат социалното включване, защитават човешките права, подкрепят семействата и спестяват ценни ресурси за общността.

Глава II

Международни модели за добри практики

Развитието на ранната интервенция в международен план през последните 20 до 30 години показва еволюция на идеите и теориите и нова концепция за РИ, която обединява здравните, образователните и социалните науки. Новата концепция разглежда влиянието на социалното взаимодействие върху развитието на личността и на детето в частност. Това предопределя преминаването от интервенция, фокусирана основно върху детето, към по-широкообхванат подход, включващ детето, семейството и средата. По този начин в сферата на уврежданията се наблюдава преход от „медицински“ към „социален“ модел.

Разгледаните на следващите страници модели на международни добри практики показват тази промяна във възгледите, която води до еволюция в методологиите, политиките и практиките по ранна интервенция. Фокусът е поставен върху Португалия, тъй като от страните в ЕС Португалия е страна близка по територия и население до тези на България и с брутен вътрешен продукт на човек от населението под средното ниво за ЕС. Същевременно страната е развила ефективен модел на ранна интервенция, в който участват и трите министерства, представляващи здравен, социален и образователен сектор.

2.1. Ранната интервенция в Португалия

2.1.1. Откога съществуват услуги по РИ

Първите програми по РИ възникват през 80-те и 90-те години на миналия век в резултат на местни проекти и в частност Проект за ранна интервенция в Коимбра. През 1999 г., първата държавна резолюция за РИ (Съвместна изпълнителна резолюция №891/99) определя Ранната интервенция като „интегрирано предоставяне на услуги (подкрепа), с фокус върху детето и върху семейството, които трябва да включват превантивни и създаващи възможности интервенции в образователната, здравната и социалната сфера“. Това е държавно административно решение на Министерствата на Образованието, Здравеопазването и Социалното осигуряване, което цели да подкрепя детското развитие, взаимодействията семейство-дете и да повиши уменията на семействата.

2.1.2. Териториален обхват и отговорни държавни агенции

През октомври 2009г. Португалският парламент одобрява ново законодателство, с което е основана Португалската национална система за ранна интервенция (NECIS) –декрет DL 281/09. Той представлява публичен закон и сега ранната интервенция задължително обхваща всички деца от 0 до 6 години, които отговарят на критериите за ползване на услугите. Услугите по РИ функционират на територията на цялата страна и са децентрализирани.

NECIS е развита в резултат на координираните действия на Министерствата на Здравеопазването, Образованието и Солидарността и Социалното осигуряване, с участието на семействата и общността. Това законодателство изгражда национални, регионални и местни координационни структури, включващи (а) национален координационен комитет, състоящ се от двама делегати от всяко министерство и председателстван от делегат от Министерството на Солидарността и Социалното осигуряване, (б) пет регионални подкомитета и (в) 149 местни екипа по ранна интервенция.

2.1.3. Стандарти за политиките и практиките по РИ

Насоките за услугите по РИ имат национален обхват. Законът за образование на хора със специални потребности от 2008г. определя организационните аспекти на услугите по РИ, а Законът от 2009г. създава Национална система за РИ. РИ е основана на междусекторно сътрудничество. Всеки сектор (здравеопазване, социално осигуряване и образование) има свои собствени компетенции, дефинирани в Закона за РИ.

2.1.4. Финансиране на услугите по РИ

Услугата по РИ в рамките на Националната система е безплатна за семействата. Програмата се финансира от Структурните фондове в съответствие с приложимото национално и регионално законодателство и в частност Европейския социален фонд. Услугите по РИ целят да достигнат до всички семейства и малки деца, които се нуждаят от подкрепа, независимо от техните социално-икономически различия.

2.1.5. Професионалисти в РИ и тяхната подготовка

Ранната интервенция включва специалисти като лекари, медицински сестри, терапевти, социални работници, психолози, детски учители, специализирани учители по РИ. Тези професионалисти принадлежат на здравния, социалния и образователния сектор.

В Португалия обучението по РИ може да бъде вътрешно-организационно, под формата на обучителни курсове, осигурявани от признати професионални организации, като например Националната асоциация по ранна интервенция. Ранната интервенция може да бъде и част от магистърска сте-

пен (понастоящем три университета в Португалия предлагат магистърски програми), или следдипломна квалификация със специфична специализация по РИ, за която могат да кандидатстват педагози с повече от 5-годишен професионален опит (понастоящем в страната се предлагат 12 такива програми), както и следдипломна квалификация по РИ без специализация (три програми). Основната цел е да се подготвят специалисти, които да работят с децата и семействата в РИ и да познават спецификите на този вид подкрепа (семеенно-ориентиран подход, трансдисциплинарна екипна работа, изработване на Индивидуален план за услуги на семейството и т.н.). Тези обучения не са безплатни.

2.1.6. Възрастов обхват и критерии за включване на деца в услуги по РИ

Законът от 2009 определя РИ като набор от превантивни и рехабилитационни мерки за интегрирана подкрепа на деца на възраст от 0 до 6 години, които са в риск от забавяне в развитието или имат установени състояния, както и на техните семейства. Понастоящем допустимостта се определя в съответствие с Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето, версия за деца и младежи (ICF-CY, 2007), като се набляга на това, че под внимание трябва да се взимат не само проблемите в развитието на детето, но също така и потенциала му, както и нуждата да се планират промени в средата, в която то живее.

Координационният комитет на NECIS през 2011г. определя националните критерии за допустимост за услуги по РИ. Този закон постановява, че услугите по РИ се осигуряват на две групи деца на възраст от 0 до 6 години и техните семейства – Група 1 включва деца с нарушения във функциите или структурите на тялото, които ограничават тяхното нормално развитие и участие в обичайни занимания, предвид възрастта им и социалния контекст. Група 2 включва деца със сериозен риск от изоставане в развитието, при наличие на биологични, психо-емоционални фактори или фактори на средата, които водят до висока вероятност за значително изоставане в развитието. При децата от Група 2 трябва да са налице четири или повече рискови биологични и/или фактори на средата, за да бъдат допустими. И при двете групи ситуацията на децата трябва да бъде документирана от съответни специалисти.

2.1.7. Брой деца, които ползват услуги по РИ

По данни на Националния статистически институт броят на децата на възраст 0-4г. и на тези 5-9г. представляват съответно 4.6% и 4.9% от португалското население (10.5 млн. през 2012г.). По статистически данни на Генералния директорат за образование и наука, през 2011/2012 екипите по РИ са осигурили подкрепа на 5 063 деца, или приблизително 1% от общия брой на децата на възраст 0-6 години в Португалия.

2.1.8. Методология и теоретични основи на услугите по РИ

Законът от 2009 г. постановява, че интервенцията трябва да се осъществява в съответствие с нуждите на семейството и трябва да подкрепя семействата, за да имат те достъп до социални, здравни и образователни услуги и ресурси. Интервенцията трябва да се планира в съответствие с обстоятелствата на семейството и в контекста на общността, а от местните екипи по РИ се изисква да идентифицират нуждите и ресурсите на общността, като обединяват формалните и неформалните мрежи за подкрепа. Когато децата посещават ясла, занималня по домовете, занимания в център или детска градина, екипите по РИ трябва да работят в пълна координация с детските учители. Законодателството ясно определя правото на децата за включване и пълно участие, а принципът на интеграцията е спазен на всички нива, както и интервенцията, при която детето и семейството са в центъра на услугите.

2.1.9. Фактори, повлияли върху методологията и философията на ранната интервенция в Португалия

Два проекта са оказали особено влияние върху развитието на португалската ранна интервенция: програмата за домашни посещения Портидж за родители, развита в Лисабон в началото на 80-те години на миналия век, която е допринесла значително за промяна на парадигмата в услугите по РИ, представяйки въвличането на родителите в процеса на интервенция като основен елемент за успеха. Вторият проект стартира през 1989г. в гр. Коимбра и осигурява индивидуализирана, всеобхватна, семейно-ориентирана подкрепа, която включва здравни, образователни, социални услуги и услуги в общността. През 1994 г. е припозната нуждата да се създаде организационен и интегриран модел на споделени отговорности за ранната интервенция, с която задача се заемат представители на Министерствата на Образованието, Солидарността и Социалното осигуряване, и Здравеопазването. Тази група развива модел на ранна интервенция, който е описан в първото законодателство, посветено изключително само на ранната интервенция. Тази законодателна основа, уникална за Европа, поставя началото за развитието на национални услуги по РИ.

2.1.10. Източници на насочване

Макар че Министерството на здравеопазването е отговорно за осигуряване на скрининг и насочване на децата към РИ, всяко физическо лице, включително родителите или агенция могат да насочат потенциално рисково дете за РИ чрез местните екипи по РИ.

2.1.11. Наличие на национални стандарти за натовареността и честота-та на услугите

Услугите по РИ се определят чрез събиране и непрестанно обновяване на наличната информация и оценка на нуждите, която се извършва от Националния координационен комитет и петте регионални подкомитета. Има натовареност със случаи около 80-90 деца за местните екипи по РИ. В резултат на информационните кампании откриването на деца, нуждаещи се от услугите, става по-добро и все повече деца биват насочвани. По този начин, екипите имат по-голяма натовареност от тази, определена по-рано в закона през 2009г. Този факт се превръща в проблем при недостига на икономически и човешки ресурси за услугите. Местни екипи по РИ функционират във всички региони на Португалия.

2.2. Добри практики от Европа и САЩ

В долните таблици са представени практиките на САЩ и някои европейски страни, които са сравнени по определени показатели.

Държава	Откога съществуват услуги по РИ	Териториален обхват и отговорни държавни агенции	Стандарти за политиките и практиките по РИ	Финансиране на услугите по РИ	Професионалисти в РИ и тяхната подготовка
САЩ	Края на 60-те и началото на 70-те години на миналия век	Национален обхват, по решение на всеки щат услугите за деца от 0 до 3 г. се управляват от едно от министерствата: здравно, образователно или Министерство на услуги за личността Услугите за деца от 3 до 5г. се управляват от Министерство на образованието във всички щати.	Базиран на Закона за образование на лица с увреждания (IDEA). Федералните закони дават общи стандарти. Национални професионални организации – детайлни стандарти за качество. Всеки щат разработва детайлна разпоредба въз основа на федералните стандарти.	20-25% от общите разходи се осигуряват от федерални фондове. Остатъкът – от държавни публични фондове и публични и частни застрахователни обезщетения.	Специалисти по РИ; Специални учители в ранното детство; Езикови и речевни патолози; Окупейшънъл терапевти; Физиотерапевти; Специалисти по аутизъм Специалистите по РИ и специалистите учители в ранното детство имат един общ лиценз. Всяка професия има национални и щатски лицензионни изисквания и допълнителна специализация за възрастта 0-5.

Ирландия	Края на 70-те години на миналия век	Национален обхват. Контрол от Изпълнителна агенция по здравни услуги.	Съгласно Закона за уврежданията от 2005г. всички деца до 5-годишна възраст подлежат на независима оценка на техните здравни и образователни нужди. Има национални протоколи, описани в Постоянни оперативни процедури.	Услугите се финансират от Ирландските здравни служби, които от своя страна се финансират от правителството.	Има два вида екипи: за диагностика и за интервенция. Състоят се от психолози, логопеди, физиотерапевти, окупейшънъл терапевти. Има и учител по ранно образование за деца, които са с аутизъм, глухота, слепота. Тази услуга се предоставя чрез М-ство на образованието и науката. Всички терапевти имат съответното клинично обучение и получават супервизии. Екипите получават административна подкрепа.
Австрия	1980	Национален обхват. На оперативното ниво услугите се предоставят предимно от НПО.	Австрия е федерална държава с 9 автономни провинции. Законодателството по РИ е децентрализирано.	Местните социални служби финансират част от услугите по РИ. Медико-терапевтични услуги – частни услуги или болници, се покриват от здравните застраховки.	Специалисти по ранна интервенция, които имат собствена професионална идентичност. Обучение от 3 университета като продължаваща квалификация. Изисква се кандидатствашите да имат професионална основа (напр. психолог, специален учител, мед. сестра).

Германия	1973	<p>Национален обхват. На територията на страната функционира около 130 социално-педиатрични центъра и 100 центъра за РИ.</p>	<p>2 типа услуги: центрове за РИ и социално-педиатрични центрове.</p> <p>Управляват се от Федералния закон за социалните услуги. Стандартите за услугите са дефинирани в Сборници със социални закони.</p>	<p>Центрове за РИ – финансират се от социалните услуги.</p> <p>Социално-педиатрични центрове – услугите се финансират от публични и частни здравно-осигурителни компании.</p>	<p>Центровете за РИ наема основно педагогически специалисти, но екипите могат да бъдат и интердисциплинарни: включват логопеди, ерготерапевти, физиотерапевти</p> <p>В социално-педиатричните центрове работят екипи от лекари, психолози, учители и терапевти в йерархична структура с ръководител медицинско лице.</p>
Испания	Края на 70-те години на миналия век	<p>Национален обхват.</p> <p>Има 17 автономни общности, в които услугите по РИ варират.</p> <p>Социалното министерство е отговорно за планиране и финансиране на услугите.</p> <p>В област Каталуня (7.5 млн население) има 86 центъра по РИ, разпределени регионално, които обслужват градските и селските райони. 20% от услугите се управляват от централните или местни власти, а останалите от НПО.</p>	<p>През 2000г. е приета Бяла книга по ранна интервенция, която е консенсусен документ за политиките и практиките по РИ.</p>	<p>Услугите се финансират от Социалното министерство. Те са безплатни за семействата в по-голямата част от страната</p> <p>В Каталуня услугите се финансират изцяло от Каталунското автономно правителство.</p>	<p>Основно психолози, а също логопеди, физиотерапевти, невролог, социални работници, учители. Размерът на екипите зависи от областта, която покриват. Най-големите екипи са 12-15 човека.</p> <p>Няколко университета в Испания предлагат магистърска степен по РИ, тя се счита за предимство, но не е задължителна при кандидатстване за работа. Специалистите получават обучения на работното си място и редовни супервизии (веднъж или два пъти месечно).</p>

Глава III

Структура на услугите по ранна интервенция

3.1. Целева група

Целева група на услугата „Център за ранна интервенция на уврежданията“ са деца на възраст 0-6 години, които имат увреждане или са в риск от развитие на увреждане или имат друга специална нужда, която влияе на развитието им, както и техните семейства.

3.2. Персонал

Общи изисквания към персонала, работещ в Център за ранна интервенция на уврежданията:

Специалистът по ранна интервенция:

- познава структурата на услугата и знае критериите за допустимост;
- познава нормите и патологията на детското развитие в ранна възраст;
- познава видовете увреждания и нарушения в развитието, техните причини и симптоми;
- познава влиянието, което специалните нужди на детето оказват върху семейството и как това влияние рефлектира върху самото дете;
- уважава и съблюдава ценностите и вярванията на семейства от различни култури, етноси и социално-икономически групи;
- признава водещата роля, която семейството играе в живота и развитието на малкото дете и в неговото изграждане като личност;
- знае как да извършва оценка на детското развитие, как да събира информация от различни източници и да подбира подходящ инструментариум за оценка;
- знае как да интерпретира, обобщава и докладва резултатите от оценката устно и писмено на семейството и на останалите членове на екипа на разбираем и достъпен език;
- знае как да използва подходящи методи и техники, за да установи приоритетите и ресурсите на семейството;
- познава ролите на различните членове на екипа и техните функции;
- работи в мултидисциплинарен екип, обменя информация и знания с останалите членове на екипа, като по този начин допълва и разширява своите професионални компетенции;

- разбира своята специалистска роля при предоставяне на мобилни услуги по ранна интервенция и предимствата на този подход спрямо традиционния експертен модел;
- разработва план за услуги с активното участие и роля на семейството;
- използва резултатите от оценката, за да формулира желани резултати и да предложи ефективни дейности за изпълнение на целите в индивидуалния план;
- работи в партньорство със семейството в изпълнение на целите на индивидуалния план;
- насърчава взаимодействието, изграждането и укрепването на връзката дете-родител;
- предлага дейности, които съответстват на интересите на детето и които родителите лесно могат да прилагат като част от рутинните занимания през деня;
- консултира и свързва семейството със съществуващата мрежа от услуги в общността;
- консултира семейството относно налични ресурси, като психологическа, финансова и друг вид подкрепа;
- в екип с останалите членове извършва оценка на потребностите на детето и семейството и на наличните ресурси при напускане на Центъра за ранна интервенция. Подпомага семейството при вземане на решение за включване в подходящите услуги (образователни, здравни, социални).

3.2.1. Психолог

Оказва помощ на семействата на деца със социално-емоционални проблеми. В задълженията му се включва оценка на социално-емоционалното и познавателното развитие на детето, както и оценка на взаимодействието дете-родител. Работата на психолога включва също психологическа подкрепа на семейството, помощ във взаимоотношенията между родителите и детето, психологическа работа с деца със социално-емоционални и поведенчески проблеми. Психологът консултира индивидуално родителите и води родителските групи за взаимопомощ и подкрепа.

3.2.2. Кинезитерапевт/рехабилитатор

Оказва помощ на семействата на деца с двигателни нарушения или в риск от развитие на такива. Работата му е насочена към развиване на двигателни умения, повишаване на независимото функциониране в ежедневието, профилактика на вторичните нарушения. Кинезитерапевтът/рехабилитаторът дава препоръки за адаптиране на средата към специалните

нужди на детето, както и помага при избора и осигуряването на помощни средства.

3.2.3. Логопед

Оказва помощ на семействата на деца със забавяне в езиково-говорното развитие или нарушения в комуникацията, предизвикани от различни причини. Работи за развиване на комуникативни способности на детето, формиране на средства за общуване с близкото му обкръжение и с връстници и възрастни в общността. Помага при усвояване на допълващи системи за комуникация (картинки, жестове, символи).

3.2.4. Педиатър

Консултира семействата по въпросите на здравето на детето. Участва в първичния прием на децата, където се запознава с наличната медицинска документация, историята на раждането, семейната анамнеза. Преглежда детето, оценява физическото му развитие, прави скрининг на слуха и зрението. Дава препоръки на семейството по въпросите на дневния режим, храненето, съня. Помага за изграждане на навици у родителите за грижа за детето и спазване на хигиенни норми и здравна профилактика. Поддържа контакти с медицински заведения, лични лекари и други медицински специалисти, които насочват децата в риск към услугите по ранна интервенция, с цел ранното им и по-пълно обхващане.

3.2.5. Социален работник

Оказва помощ на семействата, които се обръщат към услугите по ранна интервенция. В задълженията му влиза информиране на семействата по въпросите на социалните права и облекчения, предоставяни от държавата; информиране на семействата и свързване с организации, оказващи помощ и услуги в общността. Помага на семействата да ползват правата и облекченията на база на българското законодателство. Участва в оценката на реалните потребности на семейството от финансова, материална и друг вид подкрепа. Взима участие в търсене на ресурси за семейството.

3.3. Място на предоставяне на услугите

3.3.1. В базата на Центъра за ранната интервенция на уврежданията

Центърът за ранна интервенция на уврежданията може да бъде създаден във всяка една сграда с подходящи помещения, осигурена от общината или създадени по Проекта. Центърът може да се помещава и в сгради, където се предоставят социални услуги в общността за деца с увреждания, в заведе-

ния за грижа за деца, като детски градини и детски ясли, или може да бъде част от Общностен център за деца и семейства и др.

3.3.1.1. Материална база и оборудване

Материална база:

- стая за кинезитерапия;
- стая за психомоторни дейности и групи за игра;
- стая за групова работа с деца;
- терапевтичен кабинет – за говорна терапия, психолого-педагогическа работа, обучение на деца с увредено зрение и/или слух;
- офис стая за екипа;
- лекарски кабинет;
- стая за работа с родители.

Оборудване: съоръжения, психомоторни модули, огледала, подходящи подови настилки (в най-добрия случай коркови), играчки, дюшеци.

- Ресурсна библиотека – детски книжки и специализирана литература за родители;
- Ресурсна игротека – детски играчки, помощни средства;
- Технически средства и оборудване:
 - компютри;
 - принтер;
 - телефони – стационарен, мобилни (свързани в група по възможност);
 - мебели (бюра, столове, шкафове);
 - офис техника;
- Осигурен транспорт за провеждане на дейността.

3.3.2. В дома на семейството като мобилна услуга

Услугите по ранна интервенция се предоставят в естествената среда на детето. Естествена среда означава обстановката, която е естествена или нормална за връстниците на детето и включва неговия дом, ясла, детски център, детски площадки и други обществени среди, в които децата с увреждане вземат участие. Малките деца се учат най-добре чрез ежедневните си преживявания и взаимодействия с познати хора в познат контекст. Предоставянето на услуги в къщи или в детски ясли, в които детето е записано, гарантира, че усвоените от него умения ще се използват функционално и то ще ги прилага там, където прекарва голямата част от деня.

Мобилната работа, при която услугите се предоставят в дома на семействата или друга обичайна за детето среда, е много важна, тъй като дава въз-

можност за индивидуализиран подход към всяко дете и семейство с отчитане на техните специфични потребности и ресурси, и подпомага изграждането на доверителна връзка между семейството и специалистите. Специалистите, които посещават дома на семейството, се запознават със средата и помагат за адаптирането ѝ към специалните потребности на детето. Те предлагат интервенции, които използват наличните ресурси, оборудване, играчки и са съобразени с дневния режим на детето, културата и навиците на семейството. Участват и показват стратегии за ежедневни дейности като хранене, игра, самообслужване, след което дават възможност на родителите сами да опитат. Освен това, когато родителите усвояват и практикуват умения в позната среда, вероятността да следват препоръките на специалистите се увеличава многократно.

3.3.3. В отделенията за новородени в болниците

Услугите в отделенията за новородени целят превенция на изоставянето на деца с увреждания и психологическа подкрепа на семейството.

3.4. Дейности

3.4.1. Посещения в Центъра за ранна интервенция на уврежданията

1. Индивидуална работа с деца с участието на родителя

1. Терапевтично-рехабилитационна работа

Води се от кинезитерапевт/рехабилитатор. Провеждат се рехабилитационни сесии, двигателна терапия за подобряване и нормализиране на мускулния тонус, улесняване на активни и пасивни движения, поддържане на симетрията на тялото, дължината на мускулите (за предпазване от контрактури и деформации). Работи се за обучение в правилни модели на движение, заемане на различни позиции и позициониране. както и използване на помощни средства (специализирани столчета, вертикализатор, проходилка и др.). Родителите и други членове от семейството участват в сесиите и се обучават за справяне с ежедневните дейности на детето – игра, хранене, тоалет, носене, позициониране и други дейности у дома.

2. Индивидуална логопедична работа

Води се от логопед. По време на индивидуалните сесии се работи за формиране и развиване на комуникативни умения, стимулиране на езиково-говорното развитие, обогатяване на импресивната и експресивната реч, усвояване на свързана, граматически правилна реч. Използват се упражнения и дейности, развиващи имитативни способности, разнообразни дидактични

материали и игри, логопедични карти и компютърни образователни програми. Прилага се обучение на децата с допълващи и алтернативни методи на комуникация – жестове, символи, комуникативни речници, комуникатори.

3. Индивидуална психологическа работа

Провежда се от психолог. Включва психодиагностика и терапия. Психодиагностиката е в насока определяне на дефицитните области, ниво на психично функциониране, усвоени умения за съответната възраст, определяне на ресурсите и потенциала в отделните области на развитие. Използват се различни методики и оценки, които позволяват входяща диагностика, определяне на терапевтични цели и задачи и проследяване на динамиката в развитието до напускане на Центъра.

Терапевтичната работа на психолога е фокусирана върху подобряване качествата и функционирането на психичните процеси – възприятия, внимание, памет, мислене, интелект, емоционално-волева сфера и поведение, изграждане на социални умения и взаимодействие. Определят се подходящите методи и подходи за работа и мотивиране на детето за постигане на поставените цели.

II. Групова работа с деца с участието на родителя

1. Групи за игра дете – родител

Водят се от психолог или друг специалист от Центъра. Чрез играта децата опознават заобикалящия свят, трупат нови преживявания и опит, експериментират и творят. В групата децата развиват двигателни умения, учат се да боравят с предмети, започват по-добре да разбират речта и да я използват, както и усвояват умения да си взаимодействат с другите деца и възрастни. Придобитите тук навици децата пренасят в други ситуации в ежедневието.

В групите за игра родителите опознават децата си в нова и различна среда и изграждат по-дълбока емоционална връзка с тях. Учат се как да общуват и как да играят с тях. Сравняват как се развиват другите деца на сходна възраст и виждат модели на взаимодействие дете-родител. Това е особено полезно, за да могат родителите да приемат състоянието на детето и да обменят с други родители опит и идеи за начини за справяне.

2. Групи за комуникация

Водят се от логопед. Основната цел на групите е улесняване общуването дете-дете и дете-възрастен. Това се случва в подготвена среда, като се използват различни комуникатори, символни картинки и жестове, подкрепящи вербалните изрази. В групите се работи за развиване на комуникативни и соци-

ални умения: поздрав към всеки от участниците, осъзнаване на собственото „Аз“, контакт с очи, използване на усмивка, мимика, жест, изчакване на ред и спазване на групови правила, споделяне на интереси и чувства, развиване на въображение и умения за имитация. Усвояват се понятия, обогатяват се пасивния и активния речник на децата.

3. Артзанимания

С помощта на артзаниманията децата усвояват артистични умения и изразяват себе си чрез средствата на изобразителното изкуството, музиката и театъра. Според възможностите на детето се работи за развитие на глобалната моторика, сетивните възприятия, пространствена ориентация, развитие на зрителната памет, насърчаване на волята и самостоятелността при изпълнение на творческите задачи, насърчаване на познавателното развитие, даване на нови изразни средства на децата, за да се подпомогнат техните възможности за по-пълно себеизразяване – „споделяне чрез творчество“.

III. Работа с родители

1. Консултации със социален работник.

Социалните работници провеждат социална работа, като участват в първоначалната оценка на потребностите на децата и семействата, и впоследствие водят случаите на деца, като проследяват и отчитат резултатите от ползваните услуги. Предоставят индивидуални и социално-правни консултации на родителите, за да развият те своите родителски компетенции – как да имат достъп до ресурси, как да бъдат застъпници за себе си и за своето дете. Социалните работници също така съдействат в процеса на интеграцията на децата в образователната среда, осъществяват връзка и взаимодействие с държавни, общински, регионални, образователни, здравни, социални структури и с други неправителствени организации.

2. Индивидуални консултации с психолог

Провеждат се индивидуални психологически консултации с родители, инициирани от тях или по заявка на другите специалисти, които работят с детето по конкретна проблематика. Целта на консултирането е:

- подобряване разбирането за конкретно поведение на детето, откриване на причините и варианти за справяне;
- подобряване разбирането за възрастово специфичните особености или прояви, свързани със здравословното и психично състояние на детето и начини да се отговори на потребностите;
- мотивиране на родителите за по-добро сътрудничество в терапевтичния процес;

- подпомагане на семейството в житейски кризи – оценка на потенциалта, активиране на ресурсите за справяне.

3. Родителски групи за взаимопомощ и подкрепа

Водят се от квалифициран психолог и се провеждат в защитена и спокойна среда, която гарантира конфиденциалността на споделяната информация. Оптималната честота за провеждане на срещите на родителските групи е 2 пъти месечно. Там родителите могат да обменят информация, чувства, идеи и опит, да намерят емоционална подкрепа и да получат съвети за справяне с различни проблеми, касаещи семейството, ролята на родителите и поведението на децата. Основна цел на груповия опит е постигане на психологически или поведенчески напредък за участниците. В групите родителите се учат на ново поведение като наблюдават как другите се справят ефективно и използват поведенчески модели.

4. Неформална родителска мрежа за подкрепа

Родителската мрежа за подкрепа дава възможност на родители да се срещат и обменят информация с други родители, които са минали през определен път в отглеждането на дете със специални нужди и от които могат да получат подкрепа, съвет и съпричастност. Родителите споделят своя опит и знания относно отглеждането и възпитанието на децата, взаимодействията с различни институции, ползването на услуги в общността и лобирането за правата на децата си. Част от тази мрежа може да бъде т.нар. „родител за контакт“. Това е група от родители, преминали специализирано обучение, които подкрепят и дават съвети на други родители чрез контакт по телефона или лични срещи. Те поддържат редовна комуникация и са подпомагани в своята дейност от специалистите по ранна интервенция.

5. Обучения за родители

Обученията за родители могат да се провеждат под формата на тематични информационни срещи. Програмата на обученията е базирана на теми, които вълнуват родителите. Чрез тези срещи те получават информация за специфичните състояния на децата си, придобиват знания и умения за посрещане на специалните им нужди, за справяне с ежедневните дейности и с отговорностите на родителството.

3.4.2. Домашни посещения на мобилен екип в домовете на семействата

Мобилните услуги се предоставят от мултидисциплинарен екип в естествената среда на детето. Фокусът на посещенията е да се подкрепя семейството в прилагането на препоръчаните стратегии, които подпомагат ученето и развитието на детето в ежедневието. Поради тази причина от съществено

значение е по време на посещенията родителят или основният обгрижващ да присъства и да бъде активно ангажиран.

По време на домашното посещение специалистите:

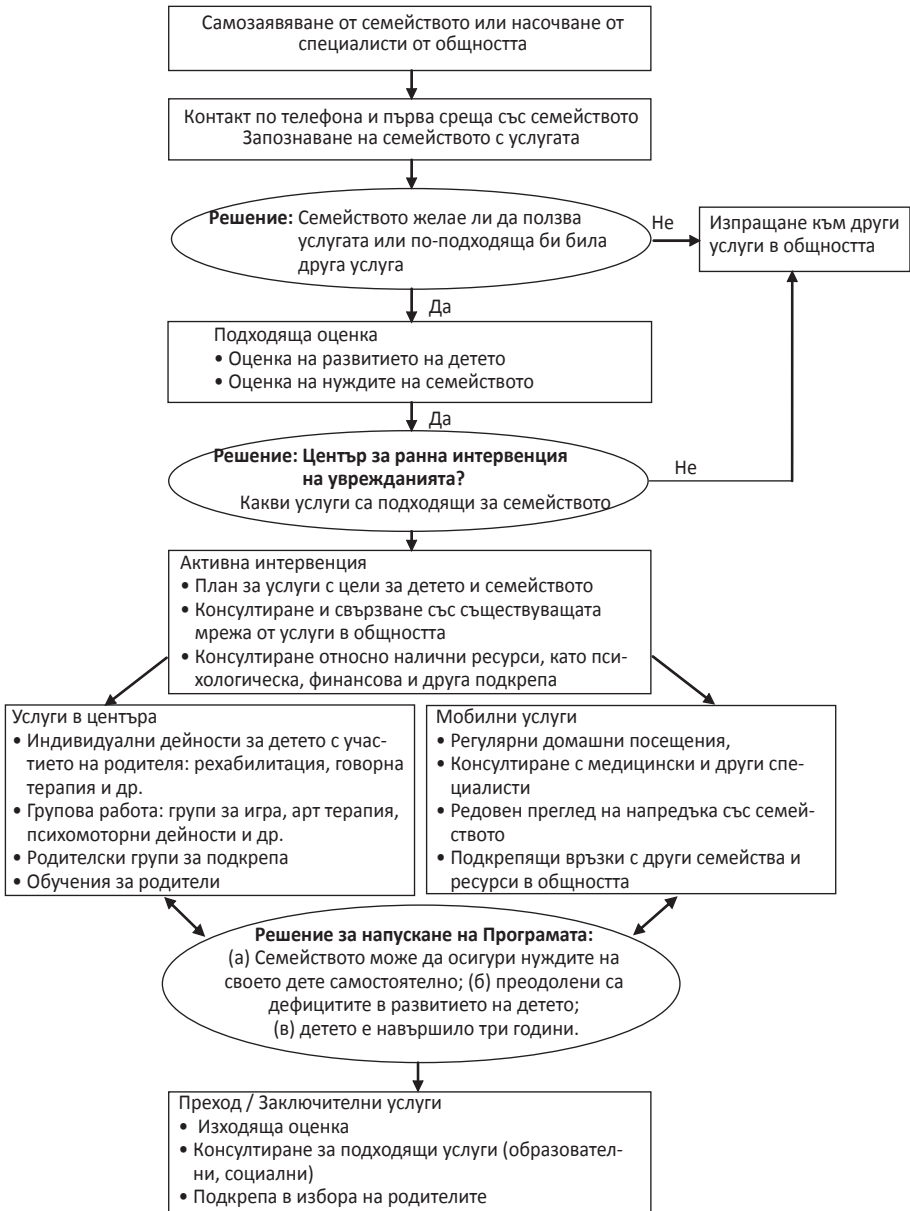
- Запознават семейството с услугата Център за ранна интервенция на уврежданията и дейностите, които тя предлага;
- Правят специализирана оценка на потребностите и силните страни на потребителя, чрез въпросници за семейството и развитието на детето. Заедно определят единни цели за работа в партньорство;
- Попълват формуляр за домашно посещение, с участие на семейството съставят индивидуален план за услуги, съобразен със специфичните потребности на детето и целите на родителите;
- Демонстрират, обучават, предлагат на семейството стратегии и дейности, отнасящи се към постигането на целите. Семейството винаги изпробва дейностите с детето по време на домашното посещение;
- Предоставят играчки и книги от ресурсна библиотека, съобразени с индивидуалността и нивото на развитие на детето и помагат на семейството те да бъдат използвани по подходящ функционален начин;
- Свързват семейството със съществуващата мрежа от услуги за подкрепа: други родители, специалисти, агенции и служби, ясли и детски градини.

3.4.3. Посещения в отделенията за новородени в болниците

Те могат да се извършват от психолог, кинезитерапевт, социален работник или друг специалист от екипа. Провеждат се след подаден сигнал от родилен дом, отдел „Закрила на детето“ или други партньори на Центъра и се извършват в тясно сътрудничество и координация с тях. В дейностите са включени и лекар от съответното отделение, акушерка, медицинска сестра, социален работник. Целта е превенция на изоставянето на деца с увреждане. Оказва се подкрепа на родителите с цел намаляване на емоционалния стрес от новината, че детето им е с увреждане. Помага се за адаптирането им към възникналата ситуация. Семейството се подпомага да вземе информирано решение, като се предоставя информацията относно спецификите на състоянието на детето, развитието на деца с подобно състояние, информацията за услугите на Центъра за ранна интервенция на уврежданията.

Глава IV

Организация на услугите по ранна интервенция



4.1. Насочване към услугата Ранна интервенция

Подаването на информация за дете с увреждане, изоставяне от родителите или риск от забавяне в развитието е първата стъпка в процеса на ранна интервенция. Тя изисква изграждането на работеща „система за сигнализация“ в рамките на общината, която да включва всички страни и институции (включително организации и отделни личности), които са в контакт с деца в ранна детска възраст. Тази система трябва да осигурява и информираност на семействата и общността като цяло с оглед улесняване на достъпа.

Възможни източници на насочване са:

- самозаявяване от страна на семейството – родители, роднини;
- насочване от лечебни заведения като акушеро-гинекологични болници и др.;
- лични лекари, педиатри, невролози и други медицински специалисти;
- детски заведения – ясли и детски градини;
- Дирекции „Социално подпомагане“;
- Отдели „Закрила на детето“;
- семейства, които вече са ползвали или ползват услуги на Център за ранна интервенция и др.

Входът към услугата Център за ранна интервенция на уврежданията трябва да бъде максимално отворен, достъпен и улеснен. В контраст с повечето действащи услуги за деца с увреждания, за ползване на услуги по ранна интервенция не е необходимо детето да е диагностицирано или освидетелствано чрез ТЕЛК, ЛКК. По този начин на родителите се предоставя възможност сами да потърсят помощ при притеснение за развитието на детето си без да изпитват страх от поставянето на диагноза или „етикет“ в толкова ранна възраст. Поради бързите темпове на развитие на децата през първите години от живота им, всеки месец е от значение и ранната намеса е от критична важност. Приемът на деца без диагноза не изключва провеждането на консултации с медицински специалисти, изследвания и диагностика. Това е част от оценката на състоянието на детето и планирането на последващата интервенция. Подкрепата на семействата в този процес е една от ролите на ранната интервенция.

За входа към услугата Ранна интервенция важна роля играят дейностите по популяризирането ѝ: отпечатване на дигитални, брошури, плакати, информация в Интернет, срещи с доставчиците на здравни, социални и образователни услуги в общността.

4.2. Критерии за допустимост за услугата „Център за ранна интервенция на уврежданията“

- Възраст на детето: 0-3 г.;
- Възраст на детето: 3-6 г. (вж. забележка);
- Увреждане или риск от развитие на увреждане;
- Риск от изоставяне на дете от целевата група и настаняване в институция;
- Забавяне в една или няколко области на развитие – познавателна, двигателна, речева, социална, емоционална;
- Местожителство – семейството да живее в рамките на общината на предоставяне на услугата

Забележка: Препоръчително е във възрастта 0-3 г. услугите да се предоставят основно в домашна среда. Услугите за деца до 6-годишна възраст – мобилни или в Центъра – се предоставят, когато за децата няма друга подходяща услуга в общността, в случаите на по-късно установена потребност, както и по преценка на екипа.

Използват се следните критерии за деца „в риск“ и деца с „увреждания“: Деца в риск от забавяне в развитието включват:

- деца с идентифицирано забавяне в една или повече области на развитие;
- деца с риск от забавяне, включително недоносени бебета, бебета, родени с ниско тегло и такива с усложнения около раждането;
- деца в риск поради биологични или генетични фактори;
- деца в риск от забавяне в развитието поради фактори на околната среда: социално слаби семейства, с ниска степен на формално образование, при случаи на домашно насилие и др.

За деца „с увреждания“ се считат тези, които имат диагностицирано състояние или нарушение, което ограничава функционирането им в една или повече области на развитие.

4.3. Работа по случай

При постъпване на насочване – чрез телефонен контакт, писмо или електронна поща, е необходимо да се събере информация за името и възрастта на детето, името на родителя, от кого е насочено семейството, каква е причината за насочването/какви са притесненията на родителите, както и адрес и телефон (вж. Приложения формуляр).

Лицето, което приема обаждането, дава кратка информация за услугата и разяснява следващите стъпки. Те включват обсъждане в екипа на насочването и определяне на водещ специалист, който ще осъществи контакт и първото посещение у семейството. Водещият специалист на този етап се определя от заявената потребност у родителите, напр. при заявен говорен проблем, специалистът е логопед, при поведенчески проблем – психолог и т.н.

В срок до 1 седмица определеният специалист осъществява първия телефонен контакт със семейството. При този телефонен разговор специалистът се представя и предлага дата и час за домашно посещение. Часът трябва да бъде удобен както за родителите, така и съобразен с дневния режим на детето. Добре е това посещение да се планира в близки срокове, защото родителите ще са нетърпеливи за първата среща.

4.4. Първо домашно посещение

По време на посещението специалистът обичайно върши следното:

- Представя се на родителите, детето и останалите членове на семейството, които може да присъстват. Описва опита си в работата с деца и семейства.
- Уверява родителите, че информацията, която те споделят, остава поверителна и няма да бъде споделяна с други служби или специалисти без тяхно съгласие (Декларация за обработка на лични данни)
- Пита и изслушва родителите какви притеснения имат за развитието на детето си. Разглежда наличната медицинска или друга документация за детето.
- Попълва социална анкета.
- Остава информационен пакет на родителите, който може да включва: брошура, информационен лист, описващ Центъра или специфична услуга, права и задължения на клиентите. При нужда обяснява по-подробно услугите.
- Споделят се очакванията. Специалистът обяснява водещата роля на родителите за развитието на тяхното дете и активното им участие във всички дейности по услугата. Родителите също споделят своите очаквания от услугите, своите нагласи и приоритети за детето и техните собствени нужди.
- Специалистът предлага и други услуги, включени в Центъра за ранна интервенция.
- Специалистът пита родителите дали желаят да ползват услугата. Той предоставя Въпросник за родители. Въпросникът се оставя у семейството и попълнената информация се обсъжда при следващото домашно посещение.

- Специалистът попълва Формуляр за домашно посещение и оставя копие на семейството. Формулярът показва какво се е случило по време на домашното посещение, той съдържа идеи за дейности, обсъдени и изпробвани с родителите.
- Уговаря дата и час за следващото посещение или посочва времева рамка.

4.5. Последващи домашни посещения

По време на едно домашно посещение обичайно се случва следното:

- Специалистът обсъжда напредъка на детето и притесненията на родителите, които може да са възникнали.
- Предлагат се нови дейности за детето. Те трябва да бъдат показани от специалистите и след това изпробвани от родителите.
- Попълва се формуляр за домашно посещение, едно копие се оставя на семейството, а другото – в досието на детето.
- Специалистът може да предостави нова информация, книги, информация за други услуги (срещи на родителските групи, групи за игра), които биха били полезни за семейството.
- Определя се дата и час за следващо посещение.
- Продължителността на домашните посещения е средно 1 до 1 ½ часа.

4.6. Честота на услугите

Честотата на услугите е индивидуализирана, за да отговори на конкретния за всяко дете и семейство набор от умения и интереси, ресурси, приоритети и нужди, включително нуждата на семейството от напътствия във връзка с развитието на тяхното дете и дългосрочните им цели. Обичайната честота е 2 пъти месечно, а при нужда и повече.

4.7. Процес на индивидуално планиране

За да се предоставя качествена услуга, е необходимо за всяко дете и семейство да има разработен Индивидуален план за услуги. За да се изготви този план, се извършва оценка.

Оценката е в две основни направления:

- оценяване на функционалните умения, възможности, силни страни, интереси на детето;
- оценяване на потребностите, интересите и приоритетите на семейството.

4.7.1. Оценяване на функционалните умения, възможности, силни страни, интереси на детето

С информацията, събрана от оценката, ние имаме нужната основа, за да определим какви цели и резултати искаме да постигнем с интервенцията. Дори за дете, което има поставена диагноза, трябва да бъде извършена първоначална мултидисциплинарна оценка. Тя се извършва от мултидисциплинарен екип от специалисти – психолог, логопед, рехабилитатор, педиатър, социален работник поради комплексността и обема на събираната информация. Резултатите от оценката се документират и обсъждат със семейството.

Оценката е индивидуализирана и чувствителна към културалните различия на семействата. Тя не се ограничава само в една област на развитие или дисциплина, не се фокусира върху дефицитите, а върху съществуващите умения и опит и оттам се надгражда. Малкото дете се чувства най-сигурно и спокойно в познатата домашна обстановка, затова естествената му среда е оптимално място за оценка, където то да прояви способностите си.

При оценяването е важно да се използват комплексни методи – анамнеза, медицински документи, интервю с родителите, по време на което се водят записки, въпросници, които родителите попълват, стандартизирани въпросници, чеклисти/рейтингови скали и личните наблюдения на оценяващите.

4.7.2. Документиране на резултатите от оценката

Резултатите от оценката се обобщават в писмен вид и се докладват на семейството. В Раздел Формуляри е предложена примерна форма за докладване на резултатите „Оценка на детето в областите на развитие”.

Всеки член на екипа допринася за описването на оценката в областите, отнасящи се до неговата специалност и се подписва. За предпочитане е оценяващите да работят заедно и да напишат една обща оценка, отколкото отделни. Описанието трябва да бъде четивно и полезно за родителите и специалисти от различни специалности. Професионалният жаргон трябва да се избягва, а ако това е невъзможно – да бъде обяснен. Резултатите от оценката се обвързват с препоръки, които от своя страна следва да водят до функционални постижения.

Когато оценката е готова, родителите трябва да имат възможност да я прочетат и да получат копие. Един или повече членове на екипа се срещат със семейството и заедно разглеждат документа.

4.7.3. Периодично оценяване

Родителите и екипът заедно оценяват ефективността на интервенциите и напредъка на децата. При попълването на Формуляра за домашно посе-

щение, специалистите по ранна интервенция си водят записки за напредъка на детето и предлаганите от тях стратегии и идеи за дейности в изпълнение на целите от плана. Тези записки са ценен източник на информация относно ефективността на услугите по ранна интервенция и за това дали има нужда да се правят промени в очакваните резултати или услуги за детето и семейството.

4.7.4. Оценка на потребностите, интересите и приоритетите на семейството

Оценката на семейството, подобно на оценката на детето, е продължаващ във времето процес. Въпреки, че първоначално се прави оценка преди изработването на Индивидуалния план за услуги на семейството, след това е нужно събирането на допълнителна и актуална информация, отнасяща се до семейството.

Водещият случай или друг член на екипа извършва оценка на семейството по отношение на техните притеснения, приоритети и ресурси. Целта е да се планират подходящи дейности за подкрепа. Използват се различни инструменти, като въпросници и анкети (вж. Формуляри). Оценката може да се проведе като интервю, използвайки формата на личния диалог.

4.7.5. Разработване на Индивидуален план за услуги на семейството

Процесът на изработване на индивидуален план за услуги цели осигуряването на подходящи услуги по ранна интервенция за детето и семейството. В процеса на планиране членовете на семейството и доставчиците на услуги работят като екип. Притесненията и приоритетите на семейството са отправните точки в целия процес.

Процесът включва:

1. Събиране и систематизиране на необходимата информация от различни източници:
 - медицинска документация;
 - извършените оценки на развитието на детето;
 - оценка на нуждите на семейството.
2. Идентифициране на приоритетите и ресурсите на семейството
3. Планиране на дългосрочни и краткосрочни цели за детето и за семейството
4. Определяне на подходящите услуги, които Центъра за ранна интервенция на уврежданията ще предоставя

Индивидуалният план за услуги се изработва от екипа заедно със семейството, обичайно по време на домашно посещение. Препоръчително е планът да

се изработи до петото домашно посещение от първоначалния контакт със семейството.

Планът съдържа:

1. Цели – те са ориентирани към детето (напр. „Детето да може да...“) и са дефинирани от семейството. Важно е целите да отговарят на приоритетите на родителите и да бъдат ясно формулирани така, че те да ги разбират и да ги припознават като свои цели.

При формулиране на целите се използва правилото SMART:

S. specific – специфични

M. measurable – измерими

A. attainable – постижими

R. realistic – реалистични

T. time-bound – обвързани във времето

Специфичност – целта не трябва да бъде неясна и мъгляво формулирана. Трябва да е конкретна и да казва какво искаме да постигнем.

Измеримост – да има заложен количествен показател. Той ще помогне да разберем дали сме постигнали целта или не.

Постижимост – да отразява това, което действително може да бъде постигнато в настоящата ситуация.

Реалистичност – целта да бъде реална и практически осъществима.

Обвързана във времето – всяка цел се поставя в определена времева рамка.

Задача на екипа е да помогне на родителите да достигнат до цели, отговарящи на гореизброените критерии. Ако родителите поставят твърде дългосрочни цели („Искам детето да проходи/да проговори“), непостижими в рамките на определения период, екипът трябва да ги насочи да мислят в по-краткосрочен план. За да имат реалистични очаквания, е нужно да им се обяснява и да им се предоставя информация за детското развитие и етапите, през които детето преминава, за да придобие определени ключови умения. Ако искат да се работи върху много неща наведнъж, трябва да им се помогне да решат кое е най-важно за тях в момента. Те ще изпълняват плана, така че трябва да помислят върху колко цели могат да се посветят и да работят едновременно. Когато се поставят реалистични, обвързани във времето цели, това помага на родителите да виждат напредъка в развитието на детето си. Това ги мотивира да продължават да работят и изгражда доверие в екипа.

2. Задачи – това са подцелите или конкретните стъпки, които водят към изпълнението на целите. Те се дефинират от специалистите.

3. Цел за семейството – това е цел, която семейството си поставя във връзка с детето. Такава цел може да бъде избор на удобно столче за хранене, извършването на скрининг на слуха на детето, намирането на подходяща детска градина. Тази цел се изпълнява от семейството, а екипът на Центъра за ранна интервенция има подкрепящи функции.

4.7.6. Междинна оценка и ревизиране на плана

Междинната оценка се прави по същия модел както първоначалната, но в по-малки мащаби. Тя отразява актуалното обективно състояние на детето, усвоените за съответния период знания, умения, опит. Оценката показва напредъка по области на развитие – познавателно, езиково, социално-емоционално, двигателно, грижа за себе си. (Виж в Приложения – Формуляр за междинна оценка). Тя се прави, когато наближи срока за изготвяне на следващия Индивидуален план.

Индивидуалният план за услуги на семейството трябва да се преразглежда и ревизира на определен период, за да може в него да се отразява нова информация, цели, приоритети и услуги. Целта на ревизирането е да се определи степента на напредъка към постигане на дългосрочните цели. Планът се ревизира на 6 месеца или по-рано ако се налагат значими промени в него. Ако са изпълнени само някои от целите (примерно 2 от общо 4 заложи), се набелязват заедно със семейството нови цели и задачи и се прилагат към действащия в момента план.

4.7.7. Изходяща оценка

Тя се прави на изхода на услугата. В нея се отразява причината за напускане на услугата Център за ранна интервенция. Посочва се дали са преодоляни притесненията на родителите, а в случаите, когато детето е застрашено, дали е преодолян риска от изоставяне, negliжиране и др. Описва се обективното състояние, развитието, напредъка, придобитите умения на детето, ресурса на семейството за грижи и подкрепа за детето на следващия етап от живота му. Изходящата оценка отговаря на въпроса какво се планира за детето в бъдещето, дали то ще посещава детска градина, дневен център, дали се нуждае от ресурсно подпомагане. Този документ помага за плавния преход: приемственост между институциите и надграждане върху всичко постигнато до момента.

Глава V

Стандарти за предоставяне на услугата

Държавната политика за детето се осъществява въз основа на Национална стратегия за детето, приета от Народното събрание и Национална програма за закрила на детето, одобрена от Министерски съвет. Тези документи се основават на принципа за осигуряване висшите интереси на детето и за спазване правата на всички деца в България, като обединяват усилията на всички ангажирани институции при планирането и изпълнението на дейностите.

Основните принципи, на които се основава услугата Център за ранна интервенция на уврежданията, съчетават елементи на превенция, информираност и осведоменост, сигурност, ангажираност, социално включване и намаляване на изолацията.

Област 1 Услуги

- Услугите са отворени за всички без оглед на етнос, религия и социален статус.
- Услугите са достъпни – с нулев или минимален разход за семействата.
- Услугите са базирани на мултидисциплинарна екипна работа.
- Услугите имат превантивен характер.
- Услугите са разнообразни. Те предоставят комплекс от здравна, социална, образователна подкрепа и помощ.
- Услугите по ранна интервенция са комплексни. Те осигуряват грижа и подкрепа не само за детето, а и за цялото семейство, близки, роднини от разширения семеен кръг.

Област 2 Доставчици на услугата

- Услугата се осъществява в подходяща материална база – сграда и помещения, отговарящи на основните принципи и стандарти за работа с деца.
- Доставчикът осигурява безопасна и сигурна среда за живота и здравето на децата. Сградата е адаптирана за деца с увреждания. Има сигурен безопасен достъп до всички помещения.
- Доставчикът информира родителите за вида, обхвата, дейностите и функциите на персонала на услугата Център за ранна интервенция на уврежданията. Тази информация е изложена на видно място в Центъра.

- Доставчикът поддържа определена документация за всяка дейност, включена в услугата.
- Доставчикът осигурява конфиденциалност на информацията за потребителите.
- Доставчикът осигурява професионална и методическа подкрепа за персонала и възможности за повишаване на квалификацията му.

Област 3 Персонал

Изискванията към квалификацията на персонала включват познаване и прилагане на международното и национално законодателство в областта на закрилата на детето и на Етичния кодекс на работещите с деца, утвърден от Националния съвет за закрила на детето през 2003г., както и познания за детското развитие.

- Доставчикът разполага с достатъчен брой специалисти, които да обезпечат реалните нужди на децата и семействата в региона на предоставяне на услугата.
- Специалистите са компетентни в собствената си професионална област, в областта на детското развитие и по въпросите на семейната динамика.
- Специалистите притежават много добри умения за работа в екип.
- Специалистите са гъвкави по отношение на време, на роли и на избор.
 - а) Време – предоставяне на услугата в гъвкав часови диапазон и с различна честота
 - б) Роли – специалистите се заместват и допълват, като излизат от тясната си специалност
 - в) Избор – гъвкавост при избор на средства и начини за подкрепа
- Специалистите са чувствителни и отзивчиви към културното, етническо и социално разнообразие на семействата.
- Специалистите осигуряват информация на членовете на семейството, от която те се нуждаят, за да правят избор и вземат информирани решения.
- Специалистите подкрепят настоящите способности и умения и насърчават развиването на нови компетенции у родителите, за да бъдат те по-успешни в своята родителска роля.
- Специалистите попълват документацията с участието на семейството. Обсъждат се цели, дейности, така че да отговарят на нуждите и очакванията на семейството.

Област 4 Семейно-ориентиран подход

- Семейно-ориентираният подход е в основата на предоставяне на услуги по ранна интервенция.
- Семейството е константа в живота на детето, те са най-значимия фактор в живота на малкото дете, който оказва най-голямо влияние върху развитието и благополучието му.
- Ранната интервенция набляга на ресурсите, не на дефицитите, основава се на силните страни на детето и семейството. Те се използват като ресурс за посрещане на потребностите.
- Семейството е равнопоставен партньор на специалистите в услугите по ранна интервенция. Партньорството между семейството и специалистите е най-важният инструмент за успеха на предоставяната услуга.
- Взаимоотношенията между доставчиците и семейството се основават на взаимно доверие, уважение, честност, открита комуникация и съвместно вземане на решения.
- Семействата са активни участници във всички аспекти на услугата и основна движеща сила, взимането на решения става на всички нива.
- Специалистите уважават и подкрепят решенията на семействата.

Област 5 Междусекторно сътрудничество

- Всички, които работят със семействата, разбират и споделят едни и същи принципи и ценности. Те са отдадени на това да ги прилагат в работата си със семействата.
- Услугите и структурите, които подкрепят детето и семейството, работят в сътрудничество и взаимодействие, за да отговорят на разнообразния и комплексен характер на нуждите им. Те предоставят на семейството възможност за избор на други услуги и ресурси.
- С принципите за предоставяне на услугата са запознати всички заинтересовани лица и организации в общността.

Глава VI

Работа в партньорство със семейството

6.1. Семейно-ориентиран подход в работата с деца и семейства. Промяна на фокуса. Философия, основни принципи.

Услугите по ранна интервенция са ориентирани към укрепване на потенциала и ресурсите на семейството за стимулиране на развитието на малкото дете. Те се планират и реализират с активното участие на родителите и са съобразени с техните заявени потребности, очаквания и ценности. В цялостния процес родителите и семейството, включително разширеното семейство, са активна, водеща страна и равнопоставени партньори на професионалистите.

Променящо се схващане/промяна на фокуса

„Хората говореха за децата и семействата с пренебрежение, защото те виждаха децата само от гледна точка на техните дефицити и слабости, а много често слабостта произтича от това, че те съдят за децата и семействата от своята позиция, а не от позицията на това какво детето може да прави или убежденията и ценностите на семействата. През 80-те и 90-те години на миналия век започна движение за промяна гледната точка на специалистите. Ако кажеш едно отрицателно нещо за детето или семейството, трябва да кажеш и едно положително нещо. В крайна сметка никому не е позволено да казва само негативни неща за някого. Имаше движение в Северна Америка за преход към семейно-ориентирани практики.“

Карл Дънст, изследовател в областта на семейно-ориентираните практики, директор на Орелена Хоукс Пъкит Институт, Северна Каролина, САЩ.

Промяна на фокуса

От	Към
<ul style="list-style-type: none"> • <i>модел</i>, фокусиран върху детето и неговите дефицити 	<ul style="list-style-type: none"> • модел, фокусиран върху семейството и неговите силни страни и ресурси.
<ul style="list-style-type: none"> • водеща роля на специалистите /експертите 	<ul style="list-style-type: none"> • модел на активно участие на семейството
<ul style="list-style-type: none"> • интервенция насочена към детето 	<ul style="list-style-type: none"> • интервенция насочена към семейството
<ul style="list-style-type: none"> • изолирани и некоординирани услуги 	<ul style="list-style-type: none"> • изграждане на мрежа от услуги в общността

Моделът на партньорство разглежда както специалистите, така и семействата, като хора с експертиза, които могат да дадат принос. Специалистите имат познания в своята професионална сфера, а семействата са експерти в това, че познават детето си.

Всички деца имат право да растат в безопасна семейна среда, обградени с обич и да имат пълен достъп до социални, образователни и здравни услуги. Услугите по ранна интервенция подкрепят семействата да упражняват тези права. Семейството е основен фокус на услугите и домът е центърът, около който те се изграждат.

Ще разгледаме накратко историческата еволюция на взаимоотношенията родители-специалисти. В началото на ХХ век съществува **моделът на увреждането** като заболяване, а на родителите се гледа като на източник на това увреждане. През 50-те години е преминало към специалистите да очакват родителите да следват техните решения, т.е. **експертния модел**. По-късно в края на 70-те години и по-нататък родителите започват да приемат ролята на обучители, които имат компетенциите да подпомагат развитието на детето си. Чрез обучение на родителите, те могат да помогнат на детето си. Накрая стигаме до съвременния модел, при който семейството се разглежда като част от система, като част от общността и тук се появява подходът на семейните системи. Семейно-ориентираната практика започва с учението на психолога Карл Роджърс, който дава контрол на клиента повече, отколкото на експерта. И по времето, когато на родителите се е гледало като на обучители, това отношение се пренася в болниците и други институции. Оттогава насам семейно-ориентираният подход е обект на изучаване и изследване.

Карл Дънст, учен изследовател, направил най-много изследвания в областта на семейно-ориентираните практики, казва за експертния модел следното „Искаш да помогнеш като специалист, а хората, на които помагаш, нямат и най-малка представа как да решат собствените си проблеми. Ако не ги въвлечеш и посветиш в своите цели и очаквания, те няма да знаят как да решат своите проблеми. Специалистите имат добри намерения, семействата се подобряват, но това, което се случва в този процес е, че семействата са обезвластени, защото те преписват промяната не на себе си, а на другите (на специалистите). И за мен това не е резултатът, който сме искали да постигнем“.

Какво означава семейно-ориентирани практики?

Семейството е движещата сила, основано на признаването на неговите силни страни и компетенции. Семейно-ориентирани практики е нов термин, възникнал в резултат на дългогодишна изследователска дейност на много теоретици и практики в областта на услугите за деца и лица. Винаги е имало и има чудесни специалисти, които работят успешно със семействата, които ги овластяват и реално прилагат аспекти на семейно-ориентираните практики. Въпреки, че представлява сериозен преход в практиките на много специалисти и организации, има хора, за които семейно-ориентираните практики са по-близка реалност.

Семейно-ориентирани практики са съставени от набор от ценности, нагласи и подходи към услуги за деца със специални потребности и техните семейства. Те признават, че семейството е:

- Уникално;
- Константа в живота на децата в него;
- Експерт относно способностите и потребностите на детето.

Специалистите идват и си отиват, но семейството е това, което остава. Начинът, по който семейството гледа на детето, е много ценен. Те възприемат детето по един цялостен, холистичен начин, който отива далеч отвъд диагнозата и интервенцията. Родителите познават детето си по-добре от всеки друг. Възможностите за учене се появяват в ежедневните дейности на детето – хранене, игра, тоалет, обличане и др.

Важно е всеки, който участва, да разбира по един и същ начин какво означава семейно-ориентирана практика. Общото разбиране включва семейства, доставчици на услуги, лекари, експерти, директори на организации. Това прави семейно-ориентирания подход ефективен. Това се отнася до всички взаимодействия със семейството – не само по време на оценката или по време на първото домашно посещение или еднократно да попитаме семейството за неговото мнение.

6.2. Основни принципи на семейно-ориентираните практики

Семействата са третираны с достойнство и са признати като константа в живота на детето. Уважаваме техните човешки права, ценностна система, вярвания и убеждения. Внимаваме винаги да говорим за семействата по уважителен начин. Не поставяме етикети.

Специалистите са чувствителни към семейното разнообразие (расово, етническо, културно, социално-икономическо).

Семейният избор и вземането на решения се случват на всички етапи. Избор означава споделено вземане на решения и споделена отговорност и ангажираност при изпълнение на целите и приоритетите на семейството, заложи в Индивидуалния план за услуги.

Информацията се споделя постоянно, напълно и безпристрастно (**информиран избор**). Трябва да се осигурява информация на семействата, за да вземат те информирани и непредубедени решения. Много често семействата са вземали лоши решения, защото не са имали необходимата информация, за да направят по-добър избор.

Фокусът на интервенциите се определя от семейството. Интервенциите се отнасят до услуги и подкрепа, предоставени от лицето, което работи с детето и семейството. Те могат да включват пряка терапия, обучение, срещи по въпроси за решаване на проблеми, телефонни обаждания за застъпничество за детето и др.

Предлаганата подкрепа се осигурява по гъвкав начин. Гъвкавостта може да бъде по отношение на време на провеждане на посещенията, честота или смяна на ангажираните специалисти.

Използва се широк набор от средства за подкрепа. Специалистите дават идеи и упражнения, предоставят играчки/помощни средства, литература, свързват семейството с други родители, осведомяват за услуги в общността, подпомагат семействата да си набавят нужните ресурси.

Силните страни на семействата се използват като ресурси. Специалистите подкрепят съществуващите способности на членовете на семейството и насърчават развиването на нови компетенции. По този начин родителите стават по-уверени и поемат контрола в свои ръце.

Взаимоотношенията се характеризират като партньорства и съвместна работа между родител и специалист. Партньорство и сътрудничество се изгражда на базата на взаимно доверие и съвместно вземане на решения.

Начините за предоставяне на помощ са овластяващи. Взаимодействието със семейството се осъществява по начин, по който родителите придобиват чувство за контрол върху живота на тяхното дете и техния собствен живот.

ИНТЕРВЕНЦИЯТА, НАСОЧЕНА КЪМ СЕМЕЙСТВОТО В РАННО ДЕТСТВО, Е ВКЛЮЧВАНЕ НА СЕМЕЙСТВОТА КАТО ПАРТНЬОРИ И АКТИВНИ УЧАСТНИЦИ В ОСИГУРЯВАНЕТО НА НЕОБХОДИМАТА ПОДКРЕПА И РЕСУРСИ, А НЕ КАТО КЛИЕНТИ И ПАСИВНИ РЕЦИПИЕНТИ НА ПОМОЩ И ПОДПОМАГАНЕ.

(WEISSBOURD, 1987)

Интервенцията в ранното детство взема под внимание цялото семейство – не само нуждите за развитие на детето. Тя се избира от семейството. Семейно-ориентирана практика означава и зачитане на семейното разнообразие и предлагане на услуги, които по гъвкав начин да отразяват това разнообразие.

Семейството се зачита като основна единица за вземане на решения и има водеща роля за информирането на специалистите относно целите и приоритетите, които са от значение за техните деца. Специалистът се разглежда като партньор и помощник.

Да приемаме семейното разнообразие и да уважаваме семействата такива, каквито са, е голямо предизвикателство за всички нас. Обикновено екипите, работещи със семействата, са сравнително хомогенна група, знаят твърде малко за живота и опита на семействата, когато започват работа с тях. Някои от членовете на екипа не са родители, сред тях може да няма родители на деца със специални нужди. Така че, за екипите остава предизвикателството да уважават различията на хора, за които знаят твърде малко и смятат, че имат много малко общо с тях.

Всяко семейство има своите силни страни и ресурси, на които трябва да се опираме, за да работим ефективно заедно в партньорство. Ние като специалисти трябва да признаваме и уважаваме техните различия – религия, език, обичаи, отношение към постиженията на децата, семейни роли, социо-културно ниво, независимост на децата, взаимодействието дете-родител и др.

6.2.1. Убеждения и ценности

Нашата лична култура, личните ни убеждения, ценности и нагласи относно увреждането, семейството, развитието на детето, влияят върху това как ние предоставяме услугата и подпомагаме семействата.

Ценностите служат за пътепоказател на ежедневно поведение и взаимодействие с другите. Те помагат на хората да насочат избора на целите си за повечето аспекти от техния живот. Те формират стандартите, от които човек ръководи своето поведение и интерпретира и оценява всички социални дейности.

6.2.2. Културни познания

Един от основните принципи на семейно-ориентираната практика е да се зачитат расовите, етническите и културни различия на семействата. Не можем да приемем, че нашето общество е хомогенна група. Започвайки работа с едно семейство, наша отговорност е да придобием предварителни познания за културата му (традиции, вярвания, ценности и др.). Приемането на различието е важно за изграждането на доверие, разбирателство и уважение към семействата, на които помагаме.

6.2.3. Самосъзнание

Съзнаването на нашите собствени убеждения и поведения ни помагат да разпознаем, разберем и приемем убежденията и поведението на другите. Това е пътят за едно успешно взаимодействие специалист – семейство. За да разработим една добра картина на семейството, ние като специалисти трябва да разберем:

- Семейството като сложна и уникална система
- Културни и социално-икономически различия
- Ритъм на живот и ежедневието на семейството

Познаването и разбирането на семейството е ключов аспект към едно ефективно партньорство.

6.3. Ангажиране на семействата. Ефективна помощ.

Даване на права на семействата. Изграждане на база силни страни на семействата. Поддържане на партньорства.

Идеята за партньорство изисква от нас да зададем въпрос за начините, по които ние предлагаме помощ на семействата. В семейно-ориентирания подход ние помагаме на семействата по начини, които признават техните способности и компетенции и използват и разширяват техните силни страни и ресурси; засилват техните връзки с поддържащите мрежи (формални и неформални – родителски групи, социална мрежа, НПО и др.); уважават правото им да взимат решения за своите семейства.

За ефективността на семейно-ориентирания подход от съществено значение е специалистите още в самото начало да идентифицират силните страни и ресурси на семействата. Силни страни и ресурси могат да бъдат: родителите по професия са учители, здравни работници; подкрепа от разширеното семейство; за 2-ри път са родители или многодетно семейство, т.е. имат предишен родителски опит; познават ли друго семейство с дете със специални нужди; финансова стабилност на семейството; ромската общност са много сплотени и си помагат; обич и силна привързаност към детето; подкрепят

се и са сплотени в грижите, терапията и обучението на детето и др. Важен аспект е, че самите родители се справят и функционират много по-добре, когато припознаят силните си страни и ресурси.

Предложения в тази насока: Редовно създавайте възможности за семействата да изградят подкрепящи мрежи с други семейства както в рамките на услугата, така и извън нея. Това би могло да включва:

- Организиране на дейности, така че да има възможности за неформални контакти между родители и експерти, родителски групи, социална мрежа, спортни и други празници, еко инициативи, организиране на форуми, конференции и др. Изследванията показват, че неформалните системи оказват по-ефективна подкрепа за семействата от формалните. Заздравяването на връзките с подкрепящите системи, особено с неформалните, играе важна роля за услугите по ранна интервенция.
- Предоставяне на информация за полезни връзки извън Вашата услуга – за кариерно развитие, сродни родителски организации, асоциации на деца със специфични състояния (синдром на Даун, ДЦП, епилепсия, деца с интелектуални затруднения, хидроцефалия и др.).
- Подходите, базирани на **ресурси**, а не на **услуги**, осигуряват опит, повишаващ в значителна степен компетентността на семействата.

6.3.1. Помагане във връзка с промяна

Повечето превенции, интервенции и обучения се основават на идеята, че нещо трябва да се промени. Семейно-ориентираният подход разглежда семействата като основни „агенти“ на промяната в техните деца. Промяната се случва в дома, а агенти на тази промяна са самите родители. Дейността се осъществява от семейството. Ролята на специалистите е да подкрепят семейните нагласи, цели и дейности, така че семействата да могат да подкрепят по-добре своите деца.

Според Дейвис (1993) три са основните причини за помагане на родителите за промяна:

1. За да се подпомогнат начините, по които родителите и всички на семейството се адаптират към специалните потребности на детето в ежедневието като възможно най-много се намали разпада.
2. За да се помогне на родителите и членовете на семействата да посрещат нуждите на детето по възможно най-добрия начин, без да пренебрегват своите собствени потребности.
3. За да може детето да има възможно най-добро качество на живот, както чрез лечение или рехабилитация, така и чрез превенция на други проблеми.

Специалистите по ранна интервенция дават възможности, права и средства на семействата да приложат своите настоящи способности и компетенции и да придобият нови, колкото е необходимо за посрещане на нуждите на своите деца.

Моделът за даване на права е създаден от изследователите на ранната интервенция Дънст и Тривет. Той се основава на три предположения:

1. Всички хора имат силни страни и способности да стават по-компетентни.
2. Всички хора се нуждаят от помощ не защото имат недостатъци, а защото социалната система не е създала възможности за придобиване или проявяване на компетенции.
3. На човека, получаващ помощ, трябва да му се даде поне малко заслуга за подобрението му.

6.3.2. Предимства на овластяването

- Семействата се чувстват управляващи, взимащи решения и избиращи по отношение на практиките, подкрепата и ресурсите, които са подходящи за тях;
- Автономността на семейството е запазена или повишена;
- Семейството участва активно в предоставяните от услугите по ранна интервенция възможности.

6.3.3. Изграждане на база силни страни на семействата. Поддържане на партньорства

Когато родителите наблюдават специалистите, извършващи терапия на бебета и малки деца, те могат да се почувстват некомпетентни в сравнение със специалистите. Тези опити за помощ могат да накарат родителите да чувстват, че имат по-малко успех отколкото специалистите. Често родителите казват „Той не иска да прави в къщи с мен това, което прави в терапевтичния център“. Подобен опит би ги обезкуражил. Ниската самооценка на родителите за техните способности би могла да има негативни последствия за развитието на децата.

На родителите се помага да решат своите собствени проблеми, а не им се дават решения на проблемите. По този начин те носят отговорност за своите решения.

Те биват подкрепяни да открият и развият своите умения. Чрез идентифициране на силните страни и на това, което работи добре, на родителите се дава право да виждат себе си способни и силни. Когато се чувстват компетентни, те се справят по-добре и качеството им на живот се подобрява.

Работата по семейно-ориентиран начин е посока, а не дестинация!

Глава VII

Развитие на детето от раждането до 7-годишна възраст

Периодът на ранното детство е от изключителна важност за развитието на децата. Едни от най-важните аспекти на този период са стимулирането на сетивата, ранното общуване, овладяването на емоциите и ранното учене. Доброто познаване на физическото, когнитивното и езиковото развитие и правилното подаване на стимули, могат значително да подпомогнат детето в неговото израстване, както и да изиграят важна роля в превенцията на комуникативните нарушения.

Поради тази причина е важно да разгледаме подробно развитието на децата от раждането до 7-годишна възраст във всички области на развитие, като обърнем специално внимание на характеристиките на конкретните периоди.

Плодът се развива в утробата на майката в рамките на 10 лунарни месеца. Най-бързо развитие плодът има до 4-я лунарен месец. Между 1-я и 3-я месец се формира външната повърхност на кората на полукълбата на главния мозък, т.е. онази структура, която е отговорна за психичното развитие на детето. В последните 2-3 месеца преди раждането плодът реагира на звук, вибрации, температурни и вестибуларни дразнения. До момента на раждането се формира и зрителният анализатор. До 24-та седмица плодът има напълно развити невронни канали в мозъка, като започва да чува сърцето на майката и всички звуци, които произвежда нейното тяло (кашлица, глас и др.). След 7-я месец плодът вече има мозъчна активност. Така до раждането бебето се е подготвило за първите психични процеси – усещане и възприятие, на тактилно (допир) и емоционално ниво.

Редица изследвания и автори показват, че взаимодействието между майката и детето започва много преди раждането. Важен факт, който бъдещите майки трябва да знаят, е, че тяхното физическо и психическо състояние се отразява върху развитието на плода от момента на зачеване, през очаквания от всяка майка момент на ритане на плода в утробата до окончателното завършване на родилния процес.

7.1 . Новородено – до края на първия месец

Новороденото 30 минути след раждането отваря очи, възбудено, напрегнато, с готовност да суче. Слухът му е изострен и може да обърне глава

и поглед към майката. В първите седмици след раждането бебето се намира в своя адаптационен период за живот извън тялото на майката – хранене, сън, взаимодействие с възрастните, полагащи грижи. Майката не трябва да пропуска контакта в този възбуден период, защото в съзнанието на кърмачето се запамятват първите усещания. Следва сън и събуждане само за хранене. Бебето заспива в точно определени часове. Отваря уста и започва да суче, когато зърното докосне устата. Движенията на тялото и крайниците са нецеленасочени, хаотични, некоординирани. Рита енергично, когато е по гръб, движи главата си настрани. Говорната функция е сведена до плач. Изплакването на бебето и засукването са първите безусловни рефлексии, които показват, че то е жизнеспособно. Бебето плаче по различен начин в зависимост от състоянието си. Фиксира поглед към ярки, блестящи предмети, погледът се движи заедно с главата, трепка и мига при силен звук, плаче при отрицателни емоции, успокоява се от човешки говор и вземане на ръце. Именно слухът, зрението, допирът, кинестетиката и вкусовете предпочитания са в основата на детското развитие в този период. В първия месец бебето започва да повдига главичката си за няколко секунди, когато го държат на ръце с глава, опряна на рамото на възрастен, и мускулите на врата започват да се развиват. Ранната и своевременна адаптация на бебето към звуци и светлина спомага за адекватното развитие на сетивността и възприятията му. В края на първия месец бебето показва и първата си „усмивка“, по-често абсолютно случайно или насън.

7.2. Кърмаческа възраст (от 2 месеца до 1 година)

В рамките на първата година при детето се наблюдава бърз темп на развитие във всички области, което от своя страна изисква системно проследяване от страна на детските специалисти.

7.2.1. В периода 1 м.-3 м.

На преден план е развитието на моториката – бебето движи енергично крайници, повдига и задържа главата си за кратко, обръща се от една страна по гръб и обратно. Когато лежи по корем, движи главата си нагоре, надолу и настрани. Подпира се с крачетата върху твърда повърхност, когато е поддържано под мишниците. Събира ръце към средата на тялото и си играе с тях, докато лежи по гръб, а ако държи играчка, я поднася към устата си. Проследява движещ се предмет (към 2-3 месец). Рефлексът на Моро изчезва. Прави първи опити да захваща нещо в пространството. Налице е слухово и зрително съсредоточаване – заглежда се в играчки с ярки цветове и се заслушва в играчки, издаващи звук. В края на 3м. се появява гукането като израз на готовност на говорния апарат. Появяват се първите „привички“ – условни ре-

флекси, свързани с режима на сън, хранене, обличане, емоционален контакт с възрастния. Изгражда се емоционален и телесен контакт родител – бебе. Бебето гледа в лицето на този, който се грижи за него с доволен поглед по време на хранене и взаимодействие. Обича да слуша гласа на майка си.

7.2.2. В периода 4 м.-6 м.

Достигнатата двигателна активност позволява на детето да движи тялото си в ляво и дясно, да поставя предмети в устата си, включително и собствените си ръце. Повдига си краката и хваща едното краче при игра, опитва се да пълзи. Може да пружинира нагоре-надолу, когато го държат в изправено положение върху твърда повърхност. Бебето вече разпознава родителите си, различава гласовете на познати от непознати. Изразява недоволство и/или радост при очакване на храна, ласки и др. Усмивка се на образа си в огледалото, появяват се първите срички /ба-ба-ба, ма-ма, га-га/. Детето реагира на името си, когато се обръщат към него. Играе със зърното на майката или с шишето си по време на хранене, захваща, опипва, придърпва към себе си и хвърля предмети. Прави опити за самостоятелна игра с играчка – премества предмет от едната ръка в другата, от съд в друг съд. Към края на 6-я месец започват началните опити за придвижване в пространството посредством пълзене. Появяват се първите емоционални реакции на радост, страх и недоволство. Може да се забележи ерекция при момченцата.

7.2.3. В периода 7 м.-9 м.

Стабилното седене и пълзене са приоритет на моториката. Детето се изправя като се държи за стабилна неподвижна опора, стои стабилно и присъпва, ходи странично с опора на ръцете. Появява се така нареченият „ножичен захват“ /между палец и среден пръст/ за дребни предмети. Детето вече се усмивка и подава ръчички, разпознава името си, изследва обкръжението – играчки, хора и осъществява контакт. В този период се появява така наречената „лептна реч“, изразяваща се в подражателни звукосъчетания. Детето прави първи опити за активно създаване на желан контакт – игри на криеница, игри с пръсти, обича да играе на интерактивни игри от типа „ку-ку, дзак“. Започва да отхапва меки храни и да дъвче, което постепенно заменя кърменето. Започва използването на запаметени по подражание поведения – ръкопляска, маха за довиждане, показва с глава „да“ и „не“.

7.2.4. В периода 10 м.-12 м.

Детето стои, сяда и прохожда самостоятелно. Движи се от един обект до друг или държейки някого за ръка. Пълзи по стълби. Хващането се усъвършенства, наблюдава се т.нар. „пинсетен захват“ /между палец и показалец/. Детето удря два предмета един в друг, придобива представа за формата на

предметите. Развива се въображението, в този период детето „твори“ нещо свое, като има емоционално отношение към направеното. Играта става разнообразна, детето се радва на забавни игри. Радва се при похвала „Браво!“. „Случайно“ изпуснатата играчка детето превръща в съзнателен опит за провокиране на контакт с възрастния. Появяват се първите причинно-следствени връзки (натиска ключ и очаква лампата да светне). Развива се желанието за самостоятелност – иска да държи шишето само, помага при обличане, като подава ръка или крак. Започва смисленото възпроизвеждане на думи, с които детето прави опит да съобщава своите потребности, както и да облича в думи чувствата си. Пляска с ръце и маха за „чао“, когато е помолено за това. Нараства разбирането на чуждата реч. Разбира инструкции от типа на „дай“, „вземи“ и др. Опитва се да повтаря срички по подражание. Посочва предмет, когато е помолено за това. Отново и отново повтаря едно и също действие. Отхапва и дъвче твърда храна. Поставя се началото на контрол на тазовите резервоари.

7.3. Яслена възраст 1-3 год.

В този период тече едновременно развитие на опорно-двигателния апарат, на когнитивните процеси и на натрупването на жизнен опит.

Детето върви, макар и неуверено, то е в състояние да държи предмет в ръка, да скача. Все по-уверено държи лъжица и иска да се храни самостоятелно. Започва да пие самостоятелно от чаша. Действията с предмети са на принципа „проба-грешка“. Започва формирането на първите собствени мисли, изразявани с нови, неясно артикулирани думи. Прави изречения, задава въпрос с една дума и трупасив речник. Особен интерес в този период представлява звукоподражанието и имитирането на думи, мимики и жестове, като детето все по-умело започва да показва собствените си чувства и емоции. Разбира кога му се забранява нещо. Формира се контрол над тазовите резервоари, започва да съобщава за физиологичните си нужди и да дава сигнал, че памперсът е пълен. Когато тази способност е налице, възрастният трябва да започне да приучава детето към ползване на тоалетна.

7.3.1. В периода 1 г. 7 м.-2 г. детето започва да функционира в система от правила. То се научава да седи на малко столче, да подскача на два крака, да прикляка към земята, за да вземе играчка и след това да се изправя без помощ. Катери се върху стол, качва се и слиза по стълби с опора, храни се самостоятелно, без да цапа около себе си, играе с други деца. Започва спазването на правила съобразно изискванията на възрастните. Различава предмети по цвят, форма и големина. Ориентира се в пространството и различава понятия от типа на „в“, „на“, „горе“ и др. В речника си има 10-12 думи, съставя изре-

чение от две думи. Съзнателно използва въпроса: „Какво е това?“ и му дава смислен отговор. Детето търси одобрение и помощ, като изпробва границите на възрастния чрез използване на предизвикателства. Може да избухне гневно, когато е изморено или разстроено. Заслушва се в музика и се заглежда във филмчета, харесва му да хваща молив и да драска. Проявява интерес към собственото си тяло и това на другите.

7.3.2. В периода 2 г.-2 г. 6 м. детето се радва на координирани движения на своите крайници и знае за какво да ги използва. Това му осигурява възможността да се самообслужва – да се мие, храни и облича. Двегодишните деца обичат физическата активност – бягат на цяло стъпало като спират и тръгват с лекота, скачат с двата крака едновременно, катерят се по столове, слизат и се качват по стълби, подреждат кубчета, играят с играчки, които се дърпат и опъват, харесват игри „наужким“. Интелектуалното развитие на детето навлиза в стадия на нагледно-образното мислене и памет. Детето вече умее да прави обобщения и класификации, но не може да прави причинно-следствени и времеви връзки. Все по-често диференцира себе си като различно и отделно човешко същество от възрастните, което доказва с дела. Може да докосва или трие гениталиите си при смяна на пелените или при лягане. Обича да ходи голо, проявява интерес към тялото и интимните части на възрастните и другите деца. Започва да разпознава чувства и емоции като вина, страх, обида и др. Показва загриженост към страданието на другите. Притиска се плътно до родителите си при умора, болест или страх.

7.3.3. В рамките на 2 г. 6 м.-3 г. детето е в процес на подготовка за своята пълна самостоятелност. То може да стои на един крак, изкачва различни височини по детските площадки, скача от високо, някои деца могат да карат колело с три колелета, да играят с топка, обичат да играят с други деца. Детето вече умее да рисува в рамките на лист хартия, затваря макар и неправилен кръг, рисува хоризонтални или наклонени успоредни черти, както и елементарна човешка фигура от кръгчета и черти, като може да покаже предпочитание към водещата ръка. Следва лесни инструкции от типа на „Отиди до пейката и донеси топката“. Тригодишното дете умее да прелиства книга, да играе с щипки за дрехи, да прави разрез с ножица. Може да ниже големи мъниста на връв. Облича се самостоятелно, но не може да се закопчава. Храни се самостоятелно. В този период детето развива фантазията си и обогатява речниковия си запас, чрез картинно-образни думи, разговаря с играчките си. Детето в тази възраст разпознава действия по картинка, може да използва изречения от 3 и повече думи, обръща се към себе си и другите по име. Обича песнички и приказки. Изпитва удоволствие от контакт с други деца и започва системно да играе с тях. Използва правилно местоимения „той“ и „тя“. Отго-

варя и използва въпроси „какво“, „къде“, „защо“ и използва съзнателно „да“ и „не“. Разбира употребата на прости предмети и назовава повечето части на тялото си. Може да забележи страх от въображаема опасност или от тъмното. В този период е подходящо да бъде направена и първата оценка на психичното развитие, като може да бъде отчетена евентуална разлика между календарната и психичната възраст.

7.4 Предучилищна възраст (4 г.-7 г.)

7.4.1. В периода 4-5 год.

След първата възрастова криза детето навлиза в етап на качествено развитие на всички свои умения и компетенции. Стабилната моторика му позволява да се движи напълно самостоятелно в пространството. Стои на един крак без помощ за няколко секунди. Ходи по греда, отскача напред и назад, прескача въже, подскача и хваща голяма топка, кара триколка и завива с нея. Изрязва голям кръг с ножица по контур, чертае квадрат и триъгълник по подражание, рисува човешка фигура и добавя липсващи части (крак, ръка). Подрежда пъзел от шест части без проба – грешка. Определя предмети като еднакви или различни, взема от 1 до 5 предмета по инструкция, назовава три цвята и три форми при молба. Има изградени понятия за леко и тежко, дълго и късо. Поставя предмети „зад“, „до“ и „след“. Съчетава символи (букви и цифри), броеви наизуст от 1 до 20. Спомня си четири предмета, видяни на картинки. Посочва време от деня, свързано с определени дейности. Разказва 5 основни факта от позната история. Може да открие двойка предмети или картинки при молба. Посочва картинка, която не принадлежи към определена група (такава, която не е животно в групата на животните), посочва абсурдни неща в картината. Използва думи „брат“, „сестра“, „баба“ и „дядо“. Използва думи „бих могъл“ и „бих“ в речта си. Формира комплексни изречения. Иска помощ при затруднение. Участва в разговорите на възрастните. Повтаря рими, пее песнички, имитира танците на други хора. Може да извършва самостоятелно домакинска работа за 20-30 мин. Играе с 2-3 деца на същата възраст в съвместна игра. Извинява се без напомняне и иска разрешение за ползване на чужди предмети в повечето случаи. Може да се облича сам, като се разкопчава и закопчава, затваря механизъм на цип. Мие ръцете и лицето си, почиства масата след храна или ако е разляло нещо. Използва прибори при хранене, помага при подреждането на масата, като поставя прибори и салфетки. Детето контролира физиологичните си нужди. Къпе се самостоятелно без врата, гърба и ушите. Мие зъбите си и извършва всички тоалетни дейности самостоятелно. Сресва се с четка или гребен, закачва дрехите си на закачалка. Обува се и връзва връзките на обувките си. Разхожда се самостоятелно около дома си без постоянен надзор.

7.4.2. В периода 5-7 год.

С напредването на възрастта двигателните умения се подобряват и детето може да тича по-дълго, като сменя ритъма на бягане. Ходи балансирано напред, назад, встрани и по начертана линия. Вдига предмет от земята, докато бяга. Люлее се на люлка като спира и започва движението. Кара колело. Пързалка се с шейна, играе в басейн с вода. Подскача нагоре, стои на един крак без опора, скача от височина 30 см и се приземява на предната част на ходилата. Качва се по подвижна стълба или стъпва на височина, за да се пързая. Катери се и се спуска по пързалка, рита голяма топка, топа топка с две ръце в определена посока. Хваща мека топка с една ръка. Виси 10 сек на успоредка, като ръцете понасят тежестта на тялото. Мисленето и паметта са нагледно-действени. Рисува прости разпознаваеми картинки – къща, дърво, човек. Може да изреже картинка от списание или каталог на не по-малко от 3 мм от ръба, използва острилка за моливи, копира комплексни рисунки. Изрязва и залепва прости форми, изписва на лист единични печатни букви. Казва буквите на азбуката поред, пише с печатни букви името си, познава главните печатни букви. Назовава до 10 цифри и броеви и отброява до 20. Посочва ляво и дясно спрямо себе си. Копира ромбовидна форма, завършва прост лабиринт. Назовава дните от седмицата поред. Може да извършва събиране и изваждане до 3. Забелязва се използване на граматически времена, прави логически връзки между текст от приказка и картинка, също така умее да преразкаже позната приказка или кратка история. Детето разбира, че може да използва речта и за получаване на желани неща. Казва месеца и деня на раждането си. Казва какво става по-нататък и определя половинка и цял предмет. Играта с връстниците се обогатява с правила, които трябва да се спазват от всички участници в процеса, като продължителността на играта може да бъде в рамките на 20-30 мин. Детето може да каже своето име, пол, възраст и адрес. Казва прости шеги, разказва преживяванията си през деня. Отговаря на въпроса „Защо?“ и „Какво би станало ако...?“ Може да назове антоними. Използва „вчера“ и „утре“, пита за значението на нови думи, може да посочи „най-много“, „най-малко“ и „няколко“. В този период се появяват и чувства като омраза, любов, страх, отговорност пред някого. Може да изказва чувствата си – яд, щастие, любов. Започва процесът на индивидуализация и автономия. Детето все по-спокойно се отделя от майка си и търси контакт с други възрастни и връстници. Спазва ясно установени норми на поведение и осъществяване на контакт, които се повлияват единствено в резултат на силна емоция – страх, недоволство. Играта се развива и детето иска да играе с възрастен – то мие чинии заедно с мама, приготвя сандвичи, реже меки храни с нож, ползва прахосмучачката, телефон и други апарати, като се забелязва творчество и креативност. Може да строи с прости средства, използва конструктивни игри. Играе с 4-5 деца в съвместни занимания без постоянен над-

зор, като обяснява правилата на играта или дейността на другите участници. Имитира дейностите на възрастните, включва се в разговори по време на хранене. Изказва намерения за себе си, играе роля и използва кукли в игрите си. Наглася си температурата на водата за душ самò, приготвя си сандвичи, храни се на масата. Започва опознаването на собственото тяло и това на другите, както и половата принадлежност. На 6 години децата лесно усвояват умения като плуване, танцуване, свирене на музикални инструменти. На тази възраст детето използва активно до 3 500 думи, а познава значението на около 14 000 и е готово да бъде включено в учебния процес.

Глава VIII

Въздействие на увреждането върху детското развитие

Най-често срещани увреждания, които оказват влияние върху развитието на децата, са Детска Церебрална Парализа (ДЦП) и други сходни неврологични състояния, Множествени увреждания, Синдром на Даун, Умствена изостаналост (УИ), Епилепсия.

8.1. Детска Церебрална Парализа (ДЦП) и други сходни неврологични състояния

ДЦП не е болест или заболяване. Тя е състояние, причинено от увреждане на мозъка преди, по време на раждането и в ранните дни след него. Може да се случи на всеки. Понякога е резултат от заболяване в ранна детска възраст, напр. менингит. Обикновено не се дължи на генетичен дефект, предаващ се по наследство. Въпреки това, има все повече доказателства, че при малък брой от случаите се дължи на генетичен дефект.

Проучванията все още не са обобщили напълно или адекватно причините за ДЦП, която представлява нарушение на дейността на централната нервна система, дължащо се на увреждане на мозъка в определен момент. Увреждането на мозъка може да засегне детето не само физически, но би могло да доведе до зрителни и слухови увреждания, проблеми с възприятията и обучението. Някои деца може да имат епилепсия. Физическото увреждане може да се отрази върху опознаването и взаимодействието на детето с околния свят. Също така би могло да засегне способностите на детето да учи и да се развива интелектуално, но често това може да бъде повлияно с подходяща терапевтична намеса.

ДЦП за първи път е описана от W.J. Little през 1853 г. Според Световната здравна организация (СЗО) ДЦП е полиетиологично непрогресиращо заболяване на ЦНС, което възниква в периода на бременността, раждането и до 30 дни след него, като се увреждат предимно структурите на развиващия се мозък, отговорни за движенията и положението на тялото.

Според Mutch et al (DMCN, 1992) Церебралната парализа е термин „чадър“, обхващащ група от непрогресиращи, но често променливи синдроми на двигателни нарушения в резултат на лезии или аномалии на главния мозък,

настъпили в ранните етапи от неговото развитие, като всяко дете има индивидуални проблеми, произтичащи от:

- Различно качество на постуралния тонус: Хипертонус, Хипотонус, Променилив тонус.
- Различни видове: Спастичен, Атетоиден (дискинетичен, дистоничен), Атаксичен, Хипотоничен (отпуснат).
- Различно разпределение на засягането: Квадрипареза, Парапареза, Хемипареза.
- Различна степен на засягане: лека, средна, тежка. Степента може да се отнася до качеството на постуралния тонус или до степента на функционална увреда.
- Различни свързани проблеми: зрителни, перцепционни, слухови, когнитивни, дихателни, реч, епилепсия, хранене/пиене, емоционални/поведенчески, сензорни, контрактури/деформации.
- Различни нужди според възрастта: бебета, проходящи, предучилищна възраст, ученици.

През последните години има тенденция за много ранно откриване на централно обусловените двигателни разстройства и съответно по-големи възможности за адекватно лечение още в първите месеци от живота на детето.

Редица етиологични фактори могат да влияят върху мозъка на детето самостоятелно или комплексно. Като фактори, имащи отношение към увреждането на мозъка, могат да бъдат посочени следните: Rh-несъвместимост между плода и майката, натрупване на индиректен билирубин в нервните тъкани, инфекциозни заболявания – *Neqres simplex*, рубеола, вируса на грип, родова травма, тютюнопушене, алкохолизъм, излагане на радиоактивно въздействие, усложнено раждане, недохранване на майката, тератогенно действие на различни медикаменти, хипоксия, дължаща се на плацентарно отлепване, болести на майката, патологични състояния на плода и плацентата.

В резултат на ДЦП могат да бъдат наблюдавани следните отклонения от нормалното развитие на децата по области:

Двигателни: аномален тонус, аномални двигателни модели, ограничена функция, беден репертоар, контрактури и деформации, загуба на движения и функция, болки, медицински проблеми;

Сензорни: намалена възможност за стимулация на сетивата, намалена възможност да изпробват различни сензорни стимули, неправилна представа за тялото и неговото положение в пространството, нарушени пространствени представи;

Емоционални: страх от движението, несигурност, лесна раздразнимост, поведенчески проблеми, ниско самочувствие, пасивни наблюдатели.

„Тонусът е постоянно физическо адаптиране и организиране на периферията, състояние на готовност” (Bernstein, 1967)

Какво е нормален тонус? Този, който е достатъчно висок, за да противодейства на гравитацията и въпреки това достатъчно нисък, за да позволи движение в неговия обхват.

■ Повишен тонус

Какво е спастичност? Спастичността е двигателно нарушение, характеризиращо се с увеличен мускулен тонус в зависимост от бързината на тоничните стреч рефлексии и с увеличени сухожилни рефлексии в резултат от повишената възбудимост на стреч рефлексите. Представлява един от компонентите на синдрома на увреда на горния двигателен неврон /Lance 1980/.

Как разпознаваме повишения тонус?

- Типични, неестествени модели на пози и движения;
- Качество на движенията;
- Ограничения в или действителна загуба на обема на движения;
- Намалена приспособимост към или отговор на промените.

Хипертонусът нарушава функционалните движения.

Редица фактори оказват влияние върху степента на хипертонуса, някои от които са: позата на тялото или главата в пространството, ефекта на гравитацията, фактори на околната среда (шум, светлина, температура и допир), емоционални фактори (страх, превъзбуденост, смях и болка), усилено при всяка волева дейност (напр. реч) и др.

Принципи на терапия при деца с повишен тонус:

- Анализ на моделите на активност и степените на компенсация;
- Използване на прецизни мануални техники с цел да се намали тонуса и да се улеснят и подпомогнат някои активни функционални дейности;
- Увеличаване на възможностите на детето за извършване на дейности, изискващи използването на мобилна опора;
- Ограничаване на ситуацията, предизвикващи страх и усилие;
- Ограничаване до минимум на контрактурите и деформациите.

■ Понижен тонус

Пониженият тонус се определя като намалено съпротивление или пасивни движения. Манифестира се при някои хора с увреждане на малкия мозък. Лезията причинява намаляване на физичните разреждания на невроните на двигателната кора, което води до намален отговор на мускулните влакна при разтягане. „Механизмът остава неуловим и не е ясно какво представлява понижен тонус и дали той е независима единица изобщо“ (Carr & Shepherd 1998).

■ Атетоза

Детето с атетоза няма фиксирана поза. Атетозата е неспособност за организиране и правилно изпълнение на желаните движения, както и за координация на автоматичните движения и запазването на позите. (Aicardi & Vax 1992)

Всички деца с атетоза имат променлив постурален тонус и неволеви движения (алтерниращи движения на крайниците, дистонични спазми, бързопреминаващи локализирани контракции). В зависимост от преобладаването на типа на неволевите движения се разделят на подгрупи:

- (а) чиста/хореоатетоза – алтерниращи движения на крайниците;
- (б) дистонична атетоза – дистонични спазми;
- (в) атетоза със спастичност.

Някои от методите за психо-моторно изследване при деца с церебрална парализа и едни от най-използваните тестове по света са:

- Класификационна система за глобална моторна функция (Gross Motor Function Classification System – GMFCS);
- Ранна оценка на развитието по В. Войта;
- Класификационна система за манипулативни способности (Manual Ability Classification System – MACS);
- Измерване на глобални моторни функции (Gross Motor Function Measure – GMFM). Методът е разработен в McMaster University, Канада, и има два варианта:
 - GMFM-88, публикуван през 1989 г., съдържащ 88 айтема;
 - GMFM-66, разработен през 2002 г. с 66 айтема.

Когато детето има още едно или няколко съпътстващи състояния освен основното увреждане (най-често двигателно нарушение), като зрителни и слухови увреждания, други сензорни дефицити, умствена изостаналост, говорни и комуникативни проблеми, епилепсия и др., говорим за множествени увреждания. Тогава децата имат комплексни нужди от подкрепа.

Децата с комплексни нужди от подкрепа имат значителни затруднения. Те се пораждат от тонуса, различна степен на УИ, зрителни затруднения, невъзможност за комуникация. Децата с множествени увреждания се нуждаят от помощта на възрастен в почти всяка дейност от ежедневието.

8.2. Множествени увреждания

Децата с множествени увреждания са тези, които традиционно са били етикетирани като имащи тежки до дълбоки когнитивни увреждания или умствена изостаналост. Въпреки това, има все повече разбиране, че всички ув-

реждания могат да засегнат хора по скала от минимални или леки до тежки. Възможно е да има леки обучителни трудности или тежки; лек или тежък аутизъм, без ясно очертано диагностициране на интелектуални затруднения. Колкото по-тежък е характерът на заболяването или колкото по-голямо е въздействието върху дадено лице, толкова по-голяма е вероятността за повишена нужда от подкрепа. Често, децата с множествени увреждания изискват продължителна, обширна подкрепа в повече от една основна дейност от живота, за да се насладят на качеството на живот, което имат децата с по-малко или никакви увреждания и да участват в интегрирани общностни среди. Те също могат да имат допълнителни значителни увреждания, включително трудности в движението, сензорни загуби и/или поведенчески проблеми. Децата с множествени увреждания могат да покажат широк спектър от характеристики, в зависимост от комбинацията и тежестта на увреждането и възрастта. Има обаче някои общи черти, в т.ч.: ограничена реч или общуване; трудности при основна физическа мобилност; склонност към забравяне на умения при неизползването им; проблем с въвеждане в употреба на умения от една ситуация в друга и/или необходимост от подкрепа в по-важните дейности от живота. Различни медицински проблеми могат да съпътстват тежките увреждания. Примери за това са гърчове, сензорна загуба, хидроцефалия и сколиоза. Тези състояния трябва да се отчитат при определяне на образователните услуги. Мултидисциплинарен екип, състоящ се от родителите на детето, специалистите по ранна интервенция, образователни експерти и медицински специалисти в областите, в които детето показва проблеми, трябва да работят заедно, за да планират и координират необходимите услуги.

8.3. Слухови увреждания

Увреждането на слуха означава намалена или липсваща способност да се възприемат звуците от заобикалящата среда. То може да не засяга в еднаква степен и двете уши. Увреждането на слуха се отъждествява най-често с понятието „глухота“. Според Световната здравна организация 8% от населението на света страда от слухови увреждания.

Видове увреждания на слуха:

Проводни /кондуктивни/ – представляват нарушение в предаването на звука от външния слухов канал до вътрешното ухо. Най-често се дължат на хронични или остри инфекции на средното ухо или малформации.

Сензорни – дължат се на увреждане на вътрешното ухо или на слуховия нерв. Разграничават се периферна и централна сензорна глухота. Периферната предполага нарушения във вътрешното ухо и слуховия нерв по цялата му дължина. Централната се изразява в увреждане на слуховите центрове.

Нарушено е осмислянето на слуховите възприятия.

Смесен тип – увреждания от двата типа едновременно.

Според момента на настъпването уврежданията на слуха биват вродени и придобити. При вродените, увреждането е настъпило по време на вътребното развитие на детето. При придобитите, увреждането е настъпило след раждането и може да бъде предлингвистично (преди формиране на речта) или следлингвистично (след формиране на речта).

Степени на загуба на слуха: Тежко чуване с праг на чуваемост 30-60 dB (децибела) в говорните честоти. Практическа глухота с праг на чуваемост 60-90 dB в говорните честоти. Глухота с праг на чуваемост над 90 dB в говорните честоти.

Причини: При някои деца те могат да бъдат лесно проследени – фамилна обремененост, вродено увреждане на слуха, ушни инфекции, заболявания на вътрешното ухо, травма, автоимунни заболявания, тумори на слуховия апарат, странични ефекти на лекарства – някои антибиотици, недостиг на кислород по време на раждането, недоносеност. В много случаи причините остават неизяснени.

Генетично глухотата може да се унаследи като рецесивен (скрит) белег – чуващи родители и дете с увреден слух или като доминантен (изявен) белег – родители с увреден слух и дете с увреден слух. Наследствената глухота най-често е от сензорен тип.

При нормален слух детето до 1 месец се стряска и примигва при внезапен шум, напр. при затръшване на врата, на 1 месец реагира на внезапни продължителни звуци (притихва и се ослушва), напр. при включена прахосмукачка, на 4 месеца притихва и се усмихва на гласа Ви и без да Ви вижда. Може да обърне очи или глава към Вас ако сте зад него или говорите отстрани, на 7 месеца се обръща веднага по посока на гласа Ви или при много тихи гласове, идващи отстрани, на 9 месеца слуша внимателно познати звуци от ежедневието и търси с очи източника на много тихи звуци, на 12 месеца познава името си и отделни думи. Реагира на „не“ или „довиждане“ дори и да не са придружени с жест.

При съмнения относно слуха на детето е необходимо консултиране с лекар-аудиолог.

Изследвания на слуха:

Новородените се изследват още през първите 4 часа от раждането си. Наблюдават се за стряскане, движения на лицето и тялото, които да показват, че детето е чуло звука.

Евокирани потенциали (ССЕП). При нормален слух звуковият сигнал се предава по слуховия нерв към мозъка, където става обработката и възприемането на слуховия сигнал. Тестът може да установи евентуален слухов проблем и степента му.

Тонална аудиометрия. Подходяща е за деца над 3-годишна възраст. Използват се звукове с определени параметри и се наблюдават реакциите на детето.

Свързани проблеми – понякога слуховите нарушения са свързани със зрителни нарушения, увреждания на нервната система, двигателния апарат, ендокринната система и др.

Нарушенията на слуха могат да забавят развитието на детето, изграждането на умения за общуване, на речта и познавателните процеси, да възпрепятстват успеха в училище.

Най-важното е детето с нарушен слух да се научи да общува – чрез речева терапия, включително жестомимика, чрез използване на подходящи слухови апарати или кохлеарни апарати и кохлеарни имплантанти.

Лечение: Когато загубата на слуха се дължи на инфекции на средното ухо, в повечето случаи след медикаментозно лечение слухът се възстановява. Малформациите в средното ухо в голям процент се лекуват хирургично.

Сензорната глухота не може да се лекува. При някои деца с възрастта дори се наблюдава влошаване. Препоръчва се носенето на слухови апарати. В някои случаи на сензорна глухота хирургично може да се постави кохлеарен имплантант, който да коригира слуха.

Състоянието на слуха се проследява от лекар-аудиолог през шест месеца.

Успоредно със слухопротезирането е необходима стимулация на речевото развитие чрез специфични педагогически методи. Желателно е работата на слухово-речев терапевт, родител и учител да се координира.

Изграждането на словесната реч си взаимодейства в по-голяма или по-малка степен с жестомимичния език. Жестомимиката е пълноценен език с възможностите на словесния. Често срещано схващане е, че жестомимиката пречи на формирането на словесната реч. Установено е обаче, че деца на глухи родители, усвоили жестомимичния език като майчин, по-лесно от останалите деца с увреден слух усвояват словесния език.

Независимо от начина, най-важно е детето да може да общува! Комуникативните умения са едно от условията за успешна интеграция на детето с увреден слух в общообразователно училище.

8.4. Зрителни увреждания

Най-често срещаните зрителни нарушения в детска възраст са:

Наследствени увреждания, които се предават генетично от родителите. Фамилните разстройства са налице при повече от един член на една фамилия. Те могат да бъдат унаследени или да са резултат от едно и също вродено въздействие на инфекции или токсини.

Вродените очни нарушения са следствие от различни фактори – медикаменти, вируси, инфекциозни микроорганизми. Най-рискови са първите три месеца от бременността.

Детският очен травматизъм е един от най-актуалните и социално значими проблеми в офталмологията. Травмата може да засегне орбитата, клепачите, слъзния апарат, конюнктивата, външната очна обвивка и намиращите се в дълбочина под нея очни структури. Тя може да бъде тежка и да причини сериозни изменения с последващо понижаване на зрението, загуба на зрителна острота.

Сложните зрителни нарушения (слепота и слабо виждане) са резултат от значителни изменения в определени части от окото.

- Катарактата е едно от най-често срещаните зрителни нарушения. Причините са главно вродени. Характеризира се с потъмняване на лещата – пълно или частично.
- Микрофталмът е вродено недоразвитие на очната ябълка вследствие на възпалителни процеси или интоксикация по време на бременността. Изразява се в намаляване размерите на едното или двете очи едновременно. Зрението е силно занижено, често пъти напълно загубено.
- Глаукомата е сериозно заболяване на зрителния анализатор, което е свързано с неправилното ембрионално развитие на окото. Повишено е вътреочното налягане, често е засегнат зрителният нерв. Заболяването прогресира, централното зрение постепенно намалява и може да се стигне до пълната му загуба.
- Атрофията на зрителния нерв е свързана с поражения в ретината и зрителния нерв, поради което връзката между тях е нарушена. Това заболяване е резултат от възпалителни процеси в мозъка, тумори и интоксикации.
- Ретроленталната фиброплазия е характерна за недоносени деца с тегло при раждането под 1800 грама, родени преди определения термин. Те се подлагат на активна кислородотерапия. Смята се, че предозирането на кислорода е една от причините, но важен е и фактът, че очните тъкани при недоносените деца могат да бъдат недоразвити.
- Астигматизмът е следствие от пречупване на лъчите в няколко точки, които са на различно разстояние от ретината. Резултатът е неточно възприемане на обектите. Този зрителен проблем може да бъде коригиран /наред с късогледство и далекогледство/ с очила. Необходима е консултация с офталмолог, за да бъдат предотвратени трудности в процеса на обучение.

- Страбизмът /кривогледство/ е често срещан в ранна детска възраст, но може да се коригира с носене на очила. Ранната диагностика и лечението могат да имат добри резултати.

Възможни проблеми, произтичащи от слабото зрение:

- особености в познавателната дейност;
- ограничени възможности за възприемане и преработка на информация;
- особености в речевото /словесно/ общуване;
- затруднено формиране на понятията;
- недостатъчно взаимодействие със социалната среда.

Основни препоръки за по-добра комуникация с дете със зрително нарушение:

- насърчавайте детето да контактува с повече предмети от ежедневието;
- използвайте светлината в стаята най-рационално, ако е необходимо поставете специално осветление;
- обяснявайте значенията на думи и понятия;
- работете върху предотвратяване на маниеристично поведение и стереотипни движения.

Ако в кърмаческа възраст детето: не проследява предмет с очи, не реагира на светлина или електрикови цветове, не протяга ръце към предмети, не следва звук с обръщане на главата, не разглежда ръцете си, не реагира на израженията на другите, не присвива очи на пряка слънчева светлина, притиска често очите си с ръце, не търси с поглед изпуснатата играчка.

Ако в предучилищна възраст детето: среща трудности при усвояване на цветовете, доближава неестествено близо до очите си предмет или рисунка, за да ги разгледа, гледа телевизия отблизо, не проявява интерес към отдалечени предмети, не обича да гледа навън, когато пътува, излиза от определен контур и предпочита ярки цветове при оцветяване, оплаква се от напрежение в очите, често насълзяване и зачервяване, главоболие, има проблеми с придвижване и ориентиране в непознати пространства, справя се трудно на тъмно, не разпознава лицата на познати хора от разстояние – е необходима консултация с очен лекар, със специален педагог и при необходимост с психолог.

8.5. Умствена изостаналост

Това е често срещано състояние, диагностицирано в детска възраст. То оказва влияние на цялостното представяне на детето във всички области на развитие.

Умствената изостаналост е термин, използван, когато човек има определени ограничения в умственото функциониране и в уменията като комуникация, грижа за себе си и социални умения. Тези ограничения са причина едно дете да учи и да се развива по-бавно, отколкото едно дете с развитие в норма. На децата с интелектуални затруднения може да им отнеме повече време да се научат да говорят, ходят и да се грижат за своите лични нужди, като например обличане или хранене. Много е вероятно те да имат проблеми с обучението в училище. Може да има някои неща, които да не могат да научат.

Най-често срещаните причини за умствената изостаналост са:

- Генетични заболявания. Понякога интелектуалните затруднения са в резултат на аномални гени, наследени от родителите, на грешки при съчетаване на гените или други причини. Примери за генетични заболявания са Синдром на Даун, Синдром на чупливата X хромозома и фенилкетонурия.
- Проблеми по време на бременност. Интелектуалното затруднение може да се появи, когато плодът не се развива правилно вътре в майката. Например, може да има проблем с начина, по който клетките на бебето се делят, докато то расте. Жена, която пие алкохол или получава инфекция, като рубеола по време на бременност, може да има бебе с интелектуални затруднения.
- Проблеми при раждането. Ако бебето има проблеми по време на раждането, като например да не получава достатъчно кислород, то може да има интелектуални затруднения.
- Здравословни проблеми. Болести като коклюш, морбили или менингит могат да доведат до интелектуални затруднения. Интелектуални затруднения могат също така да бъдат предизвикани от крайно недохранване (неправилно хранене), липса на достатъчно медицински грижи или излагане на отрови като олово или живак.

Интелектуалното затруднение не е болест. Интелектуално затруднение не е и вид психично заболяване, като депресия. Няма лечение за интелектуалните затруднения. Въпреки това, повечето деца с интелектуални затруднения могат да се научат да правят много неща. Просто им отнема повече време и усилия, отколкото на другите деца.

Интелектуалното затруднение се диагностицира като се наблюдават две основни неща. Те са следните:

- способността на човек да се учи, мисли, решава проблеми, както и да разбира света (наречена коефициент на интелигентност или интелектуално функциониране); и
- дали лицето има необходимите умения, за да живее самостоятелно (наречено адаптивно поведение или адаптивно функциониране).

Интелектуалното функциониране или коефициент на интелигентност обикновено се измерва чрез тест, наречен тест за интелигентност. Средният резултат е 100. За лица с резултат под 70 се смята, че имат интелектуални затруднения. За измерване на адаптивното поведение, специалистите наблюдават какво едно дете може да прави в сравнение с другите деца на неговата възраст. Някои умения са важни за адаптивното поведение. Те са следните:

- ежедневни битови умения, като обличане, ходене до тоалетна и самостоятелно хранене;
- комуникативни умения, като човек да разбира казаното и да е в състояние да отговори;
- социални умения с връстници, членове на семейството, възрастни и др.

Диференциалната диагноза изисква понякога продължително наблюдение на поведението на детето и въздействието на комплексната терапия. Тестовите за интелигентност дават информация само за моментното състояние на интелектуалните възможности на развиващия се организъм, а динамиката на процесите, включително, а може би най-вече, на нервно-психическото развитие, понякога върви по нестандартни и много индивидуални начини. Освен това от изключително значение е начинът на провеждане на изследването. В България за интелектуално равнище е стандартизиран теста на Векслер, който е твърде подходящ, тъй като има вербална и невербална част, а децата, за които говорим, имат тъкмо нарушения на вербалната комуникация. За децата с езиково-речеви нарушения обаче е по-подходящ теста на Рейвън, тъй като е невербален. При по-малките (3-4 години), използваме рисувателния тест на Гудинаф, но в този случай трябва да сме сигурни, че изследваните деца не са обучавани предварително в детската градина на рисуване на човешка фигура, което ще доведе до нереално високи резултати. Друг важен елемент при тестване за интелектуално равнище, с който трябва да се съобразяваме, е наличие на слаба концентрация на вниманието и импулсивност при много от децата с комуникативна патология. Ако психологът не отчете този фактор и провежда изследването в продължителен период от време, детето губи интерес и мотивация и започва да отговаря на стимулите без да се замисли, с единственото желание да свърши по-бързо. Такова из-

следване също дава нереални резултати. За изследване на интелектуалното равнище при най-малките (от 0 до 3 години) най-подходяща е методиката на Манова-Томова.

Изоставането в езиково-речевото развитие влияе негативно върху интелектуалните възможности на децата, както и обратното – ниско равнище на интелигентността се отразява неблагоприятно върху езиковите способности. Винаги, когато има случай на тежък езиково-речев дефицит, можем да очакваме известно изоставане в интелектуалното развитие, но това не трябва да бъде основание за отказ от терапевтична намеса. Напротив, задължителна е по-интензивна и комплексна програма за въздействие, която ще има не само терапевтична, но и диагностична стойност. Бързото положително повлияване от терапията е маркер, чрез който се елиминират съмненията за умствена изостаналост. Много важно при анализа на симптоматиката и данните от изследванията е да се проучат задълбочено и социалните условия, в които живее детето. Задължително е да се разговаря с родителите, да се обсъдят с тях евентуалните причини за изоставането в развитието на детето им.

8.6. Синдром на Даун

Синдромът на Даун е най-честата хромозомна аномалия и може да се случи при всички националности, етнически групи, раси и социални слоеве. Обикновено причината е грешка в делението на клетките, но не са изяснени факторите, причиняващи тези грешки. Знае се със сигурност, че родителите не носят вина за синдрома, нито за нещо, което са направили преди или по време на бременността, което да доведе до допълнителния материал, причиняващ Тризомия 21.

Синдромът на Даун представлява хромозомна аномалия, при която в 95% от случаите вместо нормалния брой от 23 двойки хромозоми (общо 46 хромозоми) се наблюдават 47 хромозоми, като 21-вата хромозома не е двойна, а е тройна и затова се нарича „тризомия 21“. Родителите на деца със синдром на Даун могат да имат и други деца. По време на всяка бременност проследяващият лекар следва да насочи семейството за генетична консултация и необходимите изследвания, които дават информация за риска от раждане на бебе с аномалия.

При тези деца се наблюдава понижен мускулен тонус и забавяне в двигателното развитие, затруднения в приемането и преработката на храната – поради понижения мускулен тонус в оралната област и трудното координиране на движенията. Засяга се появата на говор. Физическите различия оказват ефект върху развитието на езика и речта. Някои физически характеристики са нисък тонус на мускулите на устата, челюстта, езика, бузите и мускулите, под-

помагащи преглъщането, недоразвитие на средно-лицевите кости (костите от горната челюст до малко над носа). Слабите ставни връзки около челюстта оказват ефект върху съгласуването и разбираемостта; наблюдават се неточна реч; проблеми с гласа и резонанса, оформят се проблеми с изговаряне и разбиране на звуковете при изговаряне, неточна реч. Лигавенето, отворената уста затрудняват процеса на говорене, сигнализират за трудност със сензорното усещане и обратната връзка при изговаряне. Наблюдава се неправилно изговаряне, особено при /п/ , /б/ , /м/, /ф/, /в/. Блокирането на средните дихателни пътища, велофарингеалната недостатъчност (трудност при използване на мекото небце и мускулите на стената на гърлото при затваряне на носната кухина, за да се задържи въздух/звукове от носа), води до прекалено носово звучене на гласа подобно на хремав/запушен нос.

Дишането през устата създава проблеми с изговаряне и разбиране на звуковете. Проблеми при изговарянето особено на /с/, /з/, /ш/, /т/, /д/ създава отворената захапка (горните и долните зъби не се събират), изпъкването на езика затруднява изговарянето на /т/, /д/, /с/, /з/, /ш/, /л/, /н/. При обратната захапка (долната челюст е малко пред горната) има проблеми с изговаряне и разбиране на звуковете.

Езикът е по-голям от нормалното в сравнение с устата и това затруднява изговарянето на /т/, /д/, /с/, /з/, /ш/, /л/, /н/ и разбирането на звуковете при изговаряне. Ограничени обхват и пространство за движение на езика, аномалност на невро-мускулните връзки на езика водят до неточно изговаряне.

Налице е тясна горна челюст, ако небцето е прекалено ниско или прекалено високо, V-образно небце, неправилно изникване на зъби, проблеми с разбирането на звукове при изговаряне. Децата със синдром на Даун срещат трудности с координация, точност и „тайминг“ на движенията на устата, трудност със степените на движение на челюстта. Имат проблеми при последователното обработване, което води до проблеми със слуховата памет и ученето на граматика, свързана с лингвистичните и морфологичните единици на езика. Частична или пълна загуба на възможността за изпълнение на сложни мускулни движения или затруднение при планиране на движенията, оказва влияние за тежки закъснения в говора, трудност при формирането на звукове, проблеми с разбирането на звукове при изговаряне. Наблюдава се дизартрия (трудност в изговаряне на думите поради емоционален стрес или поради парализа, некоординираност или спазми на мускулите, използвани при говорене) или трудност в планирането на движения. Това се отразява в разбирането при изговарянето на звукове. Ако децата имат чувствителност при допир, звук или движение, имат трудности и при оралните движения. Често се среща възпаление на средното ухо, променлива загуба на слуха, повече ушна кал, което може да е причина за закъснение в развитието на езика, трудност при различаването на звуковете един от друг и различаване на мес-

тонахождението на източника на звука. Сензорната загуба на слуха е причина за трудности с възприемането/схващането на езика, затруднена фонемна обработка. Кондуктивна (проводима) загуба на слуха влияе на разпознаването на нивото на говора, създава трудности при чуването на инструкции в училище без повишаване на глас.

Децата със Синдром на Даун имат сериозни затруднения във фината моторика. Като резултат от забавянето в развитието на фината и грубата моторика, децата със Синдром на Даун не могат да разучават заобикалящата ги среда в същата степен като техните връстници. В допълнение, малките деца със Синдром на Даун са склонни да не изпълняват и да избягват рутинните задачи независимо от нивото на трудност и много от тях не упражняват или не усвояват самостоятелно нови умения.

Впоследствие те се нуждаят от окуражаване и по-мотивиращи възможности да разучават заобикалящата ги среда. Трябва да се осигури достъп до широк кръг от различни предмети, особено такива, които са стимулиращи и интересни за децата. Изостават в развитието на основни психични процеси – внимание, памет, мислене. Важно е да се отбележи, че това не е задължително – всяко дете има различен потенциал и не бива да бъде подценявано. Възможно е детето със Синдром на Даун да е свръхчувствително към светлина, шумове, докосване, да не понася храни с определена консистенция. Децата със Синдром на Даун срещат затруднения при усвояването на познавателни умения, свързани с неизменност на предметите, причина и ефект, релационна игра и строене, съчетаване, избиране и назоваване, умения за рисуване, подготовка за четене и писане. За преодоляването на тези дефицити могат да помогнат кинезитерапевти, логопеди, психолози и специални педагози.

Всяко дете със Синдром на Даун има реалните възможности да води един пълноценен и сравнително независим живот, стига да му бъде предоставена тази възможност. Хората, които трябва да му помогнат на първо място, това са родителите. Тези деца имат сериозен потенциал и могат да научат много. Те се чувстват на мястото си, ако практически бъдат научени да се занимават с нещо – например да се грижат за животни, да работят по озеленяване, в градината, да помагат в домакинството. За тези деца е характерно търпението, спокойствието, готовността да вършат с часове една и съща дейност. За развитието на своите качества е важно детето да бъде непрекъснато занимавано и насърчавано от възможно най-ранна възраст.

8.7. Епилепсия

Епилепсията е заболяване, засягащо Централната Нервна Система (ЦНС), което се характеризира с индивидуалната предразположеност към повтарящи се прояви, наречени епилептични пристъпи.

Епилептичните пристъпи се характеризират с периодично, непровокирано, еднотипно за всяко дете и в повечето случаи непредсказуемо нарушение на съзнанието, поведението, емоционалното състояние, двигателните функции, възприятията или съчетание на изброените нарушения. Тези клинични прояви са резултат на внезапно възникнала, отклоняваща се от нормалната (абнормална) свръхвъзбудимост на мозъчните неврони, наречена кризисна (пароксизмална). При съчетание на различни генетични и придобити условия, тази свръхвъзбудимост може да започне да се повтаря след известно време (хронифицира) и да доведе до развитие на заболяването епилепсия. Различни рискови условия като лишаване от сън, светлинни стимули, дълбоко и учестено дишане (хипервентилация), прием на медикаменти, могат да благоприятстват появата на епилептични пристъпи. Много често епилепсията е и съпътстващо заболяване към други състояния.

8.8. Недоносеност

Повечето бебета се раждат около датата на термина, като това може да варира от плюс-минус няколко дни до 1-2 седмици. Важно е те да са готови за живот извън майчината утроба. Една бременност продължава 10 лунарни месеца или 40 седмици, което се равнява на 9 календарни месеца или 38 седмици. Продължителност на бременността от 37 до 42 седмици се смята за нормална. Това отговаря на нормалната възраст за раждане на бебето. Но някои бебетата се раждат значително по-рано от очакваното, което носи редица рискове. Тогава говорим за недоносени бебета. Раждането преди 37-ма седмица се счита за преждевременно, а детето – за недоносено. За преждевременно раждане се говори от 25-та гестационна седмица. От 2009 година всяко дете, което е над 25 г.с. и с тегло над 600 грама, с признаци на живот, според българското законодателство се счита за живородено. Преждевременните раждания са около 5-7% от общия брой раждания, като честотата на раждане преди 32 г.с. е около 1-2%. Поради прилагането на методи за асистирана репродукция тенденцията е към повишаване на този процент. В България 10.3% от новородените деца са преждевременно родени. Медицината прави възможно оцеляването на все по-голям процент недоносени бебета. Трябва обаче да се проследява начинът, по който те се развиват. Някои бебета прекарват месеци в неонатологичните отделения, докато достигнат необходимите размери и развитие, за да се приберат у дома без да имат нужда от медицински грижи.

Причините за преждевременно раждане са разнообразни. Това могат да бъдат различни вагинални инфекции, вирусни инфекции, нетипично закрепване на плацентата (плацента превия). Многоплодните бременности, инфекции на плода, еритробластоза, също крият риск от преждевременно

раждане. При млади майки на 14-18 години или при майки над 35 години имаме рискова бременност. Хронични заболявания на бременната като хипертония, сърдечно-съдови заболявания, анемия, заболявания на белите дробове или черния дроб и др., както и хронични и остри възпалителни процеси на матката, ендометриоза, предишни аборти, особено спонтанен аборт, ако не са проследявани от специалист, могат да окажат влияние за преждевременно раждане. Удар, травма, прекалено физическо натоварване също са фактори, които могат да допринесат за преждевременното раждане. Разпространена причина за преждевременното раждане е т.нар. истмико-цервикална недостатъчност, която се изразява в неспособност на маточната шийка да задържи плода с напредване на бременността. Рискови са отлепване на плацентата, преждевременно пукване на околоплодния мехур, аномалии на матката.

Класификацията на недоносените новородени според рожденото тегло е в четири степени: I степен – 2500 – 2000 г., II степен – 2000 – 1500 г., III степен – 1500 – 1000 г., IV степен – под 1000 г.

Морфологични особености на недоносеното дете са малки размери: ръст, тегло, диспропорция на телесните части. Главата е относително голяма, крайниците са къси. Кожата е нежна и през нея прозират кръвоносните съдове, покрити е обилно с лануго. Слабо развита е или липсва подкожна мастна тъкан. Ноктите не достигат до края на пръстите. Костите на черепа са меки и податливи. Отворени са не само голямата, но и малката фонтанела и шевове между костите. Често има диастаза на правите коремни мускули. Ушните миди са меки, недобре моделирани, прилепнали към черепа. Очите са относително големи и изпъкнали. При момичетата големите лабии са недобре развити и не покриват малките. При момчетата често десцензузът на тестисите не е завършен (празна скротална торбичка).

Функционалните особености на недоносените деца зависят от степента на недоносеност. Недоразвити или липсващи са рефлексите на сукане и гълтане. Недостатъчна е координацията между дишане и гълтане. Почти винаги е налице гастроезофагеален рефлукс. Несъвършена е терморегулацията и е налице невъзможност да се поддържа нормална телесна температура. Структурно недоразвитите бели дробове и податлив гръден кош предизвикват смущения във вентилацията. Несъвършен е централният контрол върху дишането. Смутена е нормалната обмяна на газовете. Незавършеното развитие на мозъчната съдова мрежа и неправилното разпределение на кръвния поток към вътрешностите на мозъка, предразполага към субарахноидални и вентрикулни кръвоизливи. Перисталтиката на стомашно-чревния тракт се характеризира със забавено изпразване на стомаха, чести регургитации и повръщания. Бъбречната функция е несъвършена. Недостатъчно резерви, складирани по време на бременността от желязо и други микроелементи, могат

да причинят рано желязодефицитна анемия. Имунната система е недостатъчно развита, включително и локалният имунитет на кожата и лигавиците, което се отразява на устойчивостта на организма спрямо инфекции.

Когато новороденото е с ниско рождено тегло и особено под 1500 г., то се нуждае от специални условия на отглеждане и медицински грижи. Поставянето в кувьоз позволява поддържане на оптимална температура, овлажняване на вдишвания въздух и обогатяване с кислород, когато това е необходимо. Прилага се специфично лечение при съответната патология. Храненето на новородените с ниско тегло е проблемно. Някои новородени не могат да сучат, а други не могат и да гълтат. Налага се да бъдат хранени със сонда – периодично или с постоянно капково вливане. По-късно храненето продължава с кърма или специално адаптирано мляко.

При недоносените бебета и малки деца е особено важно редовното проследяване и своевременно насочване към услуги по ранна интервенция, при притеснения за забавяне в развитието.

Глава IX

Генерализирани разстройства на развитието – белези, характеристики

9.1. Класификация

Съвременните системи за класификация, които специалистите използват в практиката си, са *Международната класификация на болестите – десета ревизия (МКБ-10)* и *Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства, пето издание (DSM-V)*. Тези наръчници определят нарушенията от аутистичния спектър като „група разстройства, характеризиращи се с качествени нарушения в социалните взаимоотношения и в начина на комуникация, както и с ограничен, стереотипен, повтарящ се репертоар от интереси и дейности.“ МКБ-10 (1987) включва **F84 Генерализирано разстройство на развитието**, което обхваща следните състояния: **F84.0 Детски аутизъм**, **F84.1 Атипичен аутизъм**, **F84.2 Синдром на Rett**, **F84.3 Друго дезинтегритивно разстройство в детството**, **F84.4 Хиперактивно разстройство, съчетано с умствено изоставане и стереотипни движения**, **F84.5 Синдром на Asperger**, **F84.8 Други генерализирани разстройства в развитието** и **F84.9 Генерализирано разстройство в развитието, неуточнено**.

В DSM-V са наложени някои промени спрямо DSM-IV, изразяващи се в това, че се променя името от първазивни/генерализирани разстройства на развитието (ППР-ГРР) на Нарушения от аутистичния спектър (НАС). Премахнати са PDD-NOS и синдром на Asperger. Основните области на нарушение от три стават две – Повтарящи се и ограничени поведения и Дефицити в социалната комуникация и социалните взаимодействия. В симптомите са добавени необичайни сензорни поведения. Критериите за тежест са включени, за да поддържат идеята за спектър от нарушения (3 степени на засягане). Добавена е нова диагностична категория, която обаче е извън нарушенията от аутистичния спектър (НАС) с етикет – Social Communication Disorder – нарушение на социалната комуникация. В България все още използваме МКБ-10.

9.2. Определение за Аутизъм

Терминът „аутизъм“ е въведен през 1907 г. от Ойген Блойлер, произлиза от гръцкото *autos* (себе си) и в точен превод означава „съществуване сам за себе си“.

През 1943 г. американският психиатър Лео Канер описва 11 случая на деца, подчертавайки спецификите в комуникацията и трудната им социална приспособимост, и нарича новия синдром „ранен детски аутизъм“. Според Канер този синдром, наблюдаван по-често при момчета, отколкото при момичета (от 2 до 4 пъти повече), може да се появи твърде рано в живота на детето (преди 30-я месец).

Една година по-късно (1944г.), независимо от Канер, австрийският лекар Аспергер описва група от 4 деца, проявяващи „аутистична психопатия“.

Таблица 1 Съпоставка между теорията на Л. Канер и Х. Аспергер

АВТОР	ПРИЗНАК				
	Език	Мислене	Моторика	Социални умения	Отношение към предметите
Л. Канер	Почти нямат развит език	Възможно е развитието на меканичната памет	Тромавост на Грубата моторика при незасегнатата фина моторика	Липсва отношение към хората	Отлично отношение към предметите
Х. Аспергер	Говорят свободно	Налице е спонтанно изявяване на абстрактното мислене	Както грубата, така и фината моторика са засегнати	Нарушение в отношението им към хората	Нарушение по отношение на предметния свят

9.3. Етиология и клинична картина

Няма теория за причините за аутизма, която да бъде убедителна за всички. И до днес въпросът за етиологията е спорен, неясен и дискуссионен. В литературата се срещат различни причини, като авторите нито категорично отхвърлят, нито застават зад някоя от познатите до днес теории за причинителя на състоянието аутизъм.

Причинните фактори, които се разискват в съвременната литература, се свеждат най-общо до генетични, пренатални, перинатални и постнатални във връзка с времето на възникване. По отношение на своята същност, факторите могат да се разделят на биологични и фактори на средата.

Широко се приема, че аутизмът е нарушение на неврологичното развитие, в т.ч. нарушение в развитието на мозъка. Nash (2002) публикува интересна статия за работата на М. Vauman от Харвардския факултет по медицина, която изследва аутизма от неврологична гледна точка. Изследвани са тъкани от мозъка на индивиди с аутизм, починали между 5 и 74 годишна възраст. Изследователката намира ясно изразени абнормалности в лимбичната система (където се вярва, че е разположен емоционалният център на мозъка) и в хипокампуса (отговорен за паметовите функции).

През последните години се провеждат и сериозни дебати относно влиянието на тройната ваксина (MMR) срещу рubeола, заушка и дребна шарка. Много британски семейства споделят, че след напълно нормално развитие и приемане на гореспоменатата ваксина децата им драстично регресират и развиват аутизм. И до днес въпросът остава дискуссионен въпреки официалното становище на правителството, че ваксината е безопасна. (Цокова, Д., 2004г.)

Field (2003) счита, че гастроезофагеалният рефлукс е едно от най-разпространените придружаващи състояния и факторът, който се свързва в най-голяма степен с отказа от храна. Даян Максън, окупейшънъл терапевт, в своята лекция „Проблеми с храненето при деца с нарушения от аутистичния спектър“ 2014г. посочва редица причини за наличието на проблеми, свързани с храненето: проблеми с уменията за хранене; отказ на храна, избиращост на текстурите, избиращост по вид, цвят, марка и съд; дисфагия или затруднения с манипулирането на храната в устата (контрол и оформяне на залька, латерализация, захапване, дъвчене) и преглъщане. Децата с НАС демонстрират проблеми във всички области. До 90% от децата с НАС имат проблеми със сензорната преработка. Те са свързани предимно със свръх и/или недостатъчна реакция на сензорна информация (слухова, зрителна, тактилна, обонятелна, движение, проприоцепция, интероцепция).

Диагностиката се основава предимно на наблюдение на поведението. В повечето случаи децата с аутизм се развиват нормално физически, повечето от тях сядат, пълзят и прохождат на очакваната възраст. Някои дори произнасят първите си думи навреме, макар че рядко тези думи преминават в развитие на целенасочена реч. Затова ранното откриване на аутизма е изключително затруднено и често дори общопрактикуващите лекари не успяват да уловят особените прояви на това състояние навреме.

В България от 2010 г. се разпространява безплатен скрининг инструмент за ранно откриване на аутизма при деца до 3-годишна възраст (M-CHAT*),

* Превод на български Севджихан Еюбова, Неда Лозанова, Стела Железова (2010), OS България

оценяващ доколко детето е достигнало определените за възрастта нива на развитие. Въпросите са свързани с наблюдаването на поведението като изразяване на интерес към други деца, сочене и игра „наужким“. Инструментът се състои от 9 въпроса, които педиатърът задава на родителите, и 5 поведения, които лекарят може да наблюдава при домашни посещения.

Един от най-често предлаганите методи за терапия е диетата без глутен и казеин. Според д-р Рамзи Назир /Бостънска детска болница към Медицинско училище Харвард/ диетата без глутен/казеин се базира на хипотезата, че пептидите, преминали през стените на червата, се свързват с мозъка и предизвикват симптомите. Но тези пептиди присъстват и при нормалните хора. Възможно е при определена група от хора да се наблюдава подобрене, но родителите не трябва да се чувстват виновни, ако не ползват диета при отсъствие на категорични доказателства. Все още няма начин да се определи дали дадено дете ще се подобри или не при терапия с диета. Той препоръчва при възможност да се опита с поведенчески интервенции и ако напредъкът е малък, да се обмисли прилагане на диета, или да се опита диета по контролиран начин, с подкрепа на специалист по храненето.

Тъй като проявите на аутизма са и поведенчески, и соматични, необходимо е в диагностичния екип да участват невролог, психиатър, психолог, гастроентеролог, УНГ и други специалисти.

9.4. Диференциална диагноза

Тъй като понятието Генерализирано разстройство на развитието е широкообхватно и съдържа в себе си редица подобни едно на друго състояния със сходни клинични картини, е важно да бъде направена т.нар. диференциална диагноза, която да ни даде по-пълна картина на наблюдаваното поведение, умения и прояви при децата, с които работим. Диференциалната диагноза на аутизма от други сходни прояви (Аспергер, Умствена изостаналост, Дисфазия на развитието, Емоционални разстройства на ранното детство и Сетивна недостатъчност) са представени в таблици от 2 до 6**.

** Диференциална диагноза, В. Боянова, От симптома към диагнозата в логопедичната практика, НБУ, 2012

Таблица 2 Диференциална диагноза: Аутизъм – Аспергер

	Аутизъм	Аспергер
Диференциална диагноза	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проявява се веднага след раждането или около 1,5 год. 2. Проговарят късно и имат ограничена и бедна реч. 3. Дискусията относно IQ. 4. В повечето случаи има значимо изоставане на когнитивните функции. 5. Трудно установява комуникация – невербална и вербална. 6. Сравнително неблагоприятна прогноза – около 30% от тях се подобряват. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проявява се около 3-годишна възраст. 2. Имат добре развита езикова и речева дейност, но съдържанието е странно и стереотипно. 3. Нормално, дори по-високо ниво на IQ. 4. Няма значимо изоставане на когнитивните процеси. 5. Сравнително по-лесно установява комуникация – невербална и вербална. 6. Обикновено има твърде добре развити способности в определена сфера. 7. Добра прогноза.

Таблица 3 Диференциална диагноза: Аутизъм – Умствена изостаналост

	Аутизъм	Умствена изостаналост
Диференциална диагноза	<ol style="list-style-type: none"> 1. Появява се от раждането или след 1,5 год. 2. Липсва желание за комуникация. 3. Има дисоциирано езиково и когнитивно развитие. 4. Трудно и почти невъзможно адаптиране към условията на средата. 5. Обикновено се съобщава за обективно установени метаболитни отклонения от нормата. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Първите симптоми обикновено се проявяват около 4-5 годишна възраст. 2. Има желание за комуникация. 3. Увредени са всички сфери на езиковото и когнитивно функциониране. 4. Сравнително по-добри възможности за адаптиране към условията на средата. 5. Не се откриват метаболитни отклонения от нормата.

Таблица 4 Диференциална диагноза: Аутизъм – Дисфазия на развитието

	Аутизъм	Дисфазия на развитието
Диференциална диагноза	<ol style="list-style-type: none"> 1. Липсва желание за комуникация. 2. Налице са стереотипно повтарящи се движения. 3. Подчертано нежелание да комуникира с връстниците си, не умее да играе роля и наужким. 4. IQ е дискуссионно и твърде често е в ниския регистър. 5. Трудно се повлиява от адекватна логопедична терапия. 6. Само 30% от децата с Аутизъм се социализират. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детето има желание за комуникация – невербална и вербална. 2. Липсват стереотипно повтарящи се движения. 3. Обича да играе с другите деца, включва се в ролеви игри и игра наужким. 4. IQ е в границите на нормата. 5. Бързо се повлиява от адекватна логопедична терапия. 6. Има добра прогноза.

Таблица 5 Диференциална диагноза: Аутизъм – Емоционални разстройства на ранното детство

	Аутизъм	Емоционални разстройства на ранното детство
Диференциална диагноза	<ol style="list-style-type: none"> 1. Появява се от раждането или след 1,5г. 2. IQ е дискуссионно и трудно за изследване. 3. Има подчертан стремеж към стереотипност. 4. Обикновено сънят им е спокоен, не се оплакват от нищо. 5. Не се повлияват от медикаментозна терапия. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Появяват се след психотравма. 2. IQ обикновено е в границите на нормата. 3. Няма стремеж към стереотипност, седи затворено и мълчаливо, често плаче без определена причина. 4. Има разстройство на съня, главоболие, енурезис ноктурна и др. 5. Има благоприятно повлияване от медикаментозна терапия. 6. Има добра прогноза.

Таблица 6 Диференциална диагноза: Аутизъм – Сетивна недостатъчност

Диференциална диагноза	Аутизъм	Сетивна недостатъчност
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Имат нормален слух, макар че твърде често се установява известна степен на намаление на слуха. 2. Няма желание за комуникация. 3. Не желаят да играят с връстниците си. 4. Реагират на музика, звукови дразнения и музикални играчки. 5. Имат стремеж към стереотипност. 6. Сравнително добра прогноза. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Обективно установена намалена или липсваща слухова сетивност. 2. Има желание за комуникация. 3. Включват се в игри с връстниците си. 4. Не реагират на музика, звукови дразнения и музикални играчки. 5. Няма стремеж към стереотипност. 6. Добра прогноза за социализация.

Глава X

Терапевтични намеси: развитие на глобалната моторика, улесняване на уменията за независимост, насърчаване на комуникацията и управление на поведението

Ранните години от живота на детето оформят основата за неговото бъдещо развитие. Периодът от 0 до 7 години е най-сензитивният период, в който ние имаме възможността да увеличим склонността на всяко дете към заучаване и да го подготвим да бъде „ученик цял живот“. Това е важна част от развитието, което е основано на учене чрез игри, активни движения и практически упражнения, засилва се творческото мислене, усвояват се знанията и уменията, подобрява се разбирането. Всяко дете може да развие своя потенциал в зависимост от оказваната му подкрепа. Успешното обучение през ранните години е базирано на разбиране за това как всяко дете учи, неговите индивидуални нужди, важноста на взаимодействието и разбирането, че всички деца трябва да се чувстват включени в общия образователен процес и общността.

С оглед на нормалното развитие и маркерите за патология, за всяко дете се изработват специални индивидуални планове и програми, според неговите индивидуални потребности и състояние. Те са в основата на терапевтичните намеси при децата със специални нужди. Чрез различни терапевтични методи и подходи за въздействие се работи за развитие на глобалната моторика, улесняване на уменията за независимост, насърчаване на комуникацията и управление на поведението.

10.1 Развитие на глобална моторика

Растежът и развитието на детето протичат непрекъснато в определена последователност и взаимна връзка. Глобалната моторика се развива едновременно и на база нервно-психическо развитие на кърмачето и детето. Под понятието „глобална моторика“ се разбира съвкупност от груби и фини моторни умения – задържане на главата, обръщане встрани, седеж, изправяне, вървене, бягане, скачане, на по-късен етап писане, хранене и др. Развитието на моториката започва от кърмаческа възраст, като може да се подпомага чрез гимнастика и масаж при бебетата. Физическите упражнения оказват влияние

върху целия организъм на детето. Благодарение на тях се укрепва имунната система и общото здраве на бебето. Подобряват се функциите на всички органи и системи. Бебето изгражда положителни емоционални връзки и развива своята психика. Ендокринните жлези подобряват своята функция, развиват се говорът, зрението, слухът, проприоцепцията и всички анализатори, отговорни за цялостното развитие на детския организъм. Гимнастиката и физическите упражнения на по-късен етап изграждат двигателни навици (съзнателни движения, умения, действия), битови навици (хранене, сън, почивка, игри и др.) и интелектуални навици (четене, писане, пеене, свирене, работа с компютър и др.).

В случаите на двигателни затруднения и в зависимост от вида им, се подбират и подходящите терапевтични намеси. В книгата си „Физиотерапия в педиатрията“ проф. дм Видьо Желев разпределя средствата на кинезитерапия в няколко основни групи:

- **Лечебни упражнения/гимнастика**, където според начина на изпълнение упражненията за психо-физическо развитие могат да бъдат пасивни, рефлексни (рефлексите на Моро, Клайн, Янишевски, Бабински, Бауер, Кусмаул, Галант, Перес, лабиринтен, тоничен и др.), активни, целенасочени, осъзнати двигателни навици и стереотипи, улеснявани упражнения във вода и др., упражнения с обременяване.
- **Мануална терапия** – Масаж, разтягане на меките тъкани.
- **Специализирани методики за моторно преобучение.** Аналитична методика – школа на Phelps, която по условно-рефлексен път създава условия за релаксация на спастичните мускули, улесняване на волевите движения, обем, сила, координация. Глобалните методики, които най-широко се използват в практиката, са методиките на Bobath, Kabat, Voita, които подпомагат цялостната нормализация на моторната дейност на детето, изхождайки от наличните патологични двигателни стереотипи. Чрез функционалните методики по Denver, се постига самостоятелност и независимост на детото в околната среда, макар и с порочен двигателен стереотип. Изпълняват се дейности за самообслужване и основни дейности от бита.

По-важните акценти в терапията на децата с двигателни проблеми са свързани с правилното позициониране, смяна на позата, с моделите на движение. Уитман през 1924г. описва позата като „борба“ със силите на гравитацията. За да постигнем правилно позициониране, тялото трябва да се приспособи към опорната повърхност от гледна точка на симетрията, равномерно да поеме тежестта си от контактните повърхности. Трябва да бъде направен избор и изравняване на частите на тялото, така че да са подходящи за конкретната дейност. Да бъде осигурен баланс и стабилизиране

на човешкото тяло към опорната площ. Адаптирането на човешкото тяло към извеждане от равновесие също е важен елемент от правилното позициониране. За да може да бъде осигурено свободно движение на някои части от тялото, които са нужни за извършване на определени движения, те трябва да бъдат освободени от опорната си функция. Винаги трябва да се осигурява опорна точка, около която мускулите могат да работят. Целта на позиционирането е подобряване качеството на живот и общото здравословно състояние. Чрез доброто позициониране се дава възможност детето да бъде включено в общообразователни детски градини и училища при достъпна обществена среда.

Добра поза е това телодържане, което осигурява максимална ефективност на избраната дейност, от гледна точка на енергоразход и успешно изпълнение, без да причинява вреда на организма. Поддържане на позата е способността да контролираме движенията и тялото си в баланс, така че да изпълним определена дейност без да загубим равновесие. Тазът около тазобедрените стави, торакалната част на гръбначния стълб, цервикалният дял и стъпалата са рисковите зони, на които трябва да се обръща особено внимание при позиционирането. При продължително грешно позициониране и необръщане внимание на рисковите зони, може да се стигне до скъсяване на меките тъкани, скелетни и структурни изменения, които водят до деформитети. Помощни средства при позициониране са триъгълна възглавница, цилиндър/ролче, терапевтични пейки, терапевтични столове, вертикализатор, проходилки, колички и др. Правилни пози в различни изходни положения са:

- **По корем:** Детето лежи по корем върху триъгълна възглавница или цилиндър. Главата е в средна линия, в продължение на гръбначния стълб. Ръцете са разтворени на ширина на раменете и изпънати в лактите. Краката са разтворени на ширина на раменете, изпънати, стъпалата са обърнати навън.
- **Настрани:** Детето лежи настрани, главата е леко приведена към тялото, долният крак е изпънат, а горният е свит 90 градуса в тазобедрената става и колянна става, като е подпрян на възглавница. Ръцете са събрани в средна линия на нивото на погледа.
- **По гръб:** Тази поза не е препоръчителна за деца с двигателни проблеми, но когато се използва, внимавайте за симетрия на тялото, предотвратете „жабешкото“ положение на ръцете и краката, чрез фиксирането им във физиологично положение.
- **Седеж на земята:** Детето седи на земята, гърбът му е изпънат, главата е в продължение на гръбначния стълб в средната линия, краката са разтворени на ширина на раменете, изпънати в коленете, стъпалата сочат навън.

- **Седеж на стол:** Детето седи на стол, краката му са разтворени на ширина на раменете и свити в тазобедрени, коленни и глезени стави под прав ъгъл. Стъпалата са плътно стъпили на пода.
- **Стоеж:** Детето стои право с опора на ръцете. Гърбът е изправен и главата е продължение на гръбначния стълб в средната линия. Ръцете са разтворени на ширина на раменете и изпънати в лактите. Краката са разтворени на ширина на раменете и са изпънати в тазобедрени и коленни стави. Стъпалата сочат напред.

Указание за използване на вертикализатор: Преди да бъде поставено детето на вертикализатора, то трябва да бъде подготвено за това. Детето се поставя във вертикализатора винаги с обувки, никога не се оставя без надзор. Трябва да се определя точното време за поставяне във вертикализатор, като това не трябва да е прекалено дълго. Винаги трябва да се държи детето в същото положение като в стойката, след като бъде свалено от нея. Когато е възможно, може да се намалява времето за стоене на вертикализатор при деца и да се увеличава времето за стоене в същото положение без него, за да се работи за превръщане на пасивното стоене във функционален стоеж.

Правилното позициониране е част от 24-часовия режим на детето и е важно всяка една дейност (игра, хранене, сън, учене и терапия) да бъде съобразена с най-подходящата поза за конкретната дейност. Това от своя страна води до необходимостта всеки възрастен, полагащ грижи за дете с двигателен проблем, да умее да позиционира по правилен начин детето в различни пози в зависимост от конкретната дейност и състояние. Например, как трябва да се взема дете от леглото. Първо да се каже на детето, че ще го вземат на ръце, дори и да мислите, че то не разбира какво му се казва. Ръцете на терапевта или родителя не трябва да са студени. Вземането трябва да става бавно, без резки движения като първо с ръце се обхване тялото, след това се завърта до страничен лег, като се поддържа главата. При вдигането може да се подхванат и краката. Целият процес се извършва чрез бавно завъртане на тялото.

Докато специалистите наблюдават детето и анализират, трябва да обърнат внимание на следните моменти: Какво може да прави детето и кои дейности го затрудняват? И защо? Как, кога и къде се променя постуралният тонус, какво го повишава и какво го намалява? Трябва да се наблюдават моделите на движение на детето и какво е тяхното отношение към постуралния тонус. Движенията/дейностите на детето трябва да бъдат смислени. Трябва да е сигурно, че детето успешно ще постигне поставената цел, или да се модифицира/промени целта, докато то постигне успех. Отговорът на детето по време на терапията трябва да бъде възможно най-нормален. Да има достатъчно време детето да даде отговор. Дейността може да е по-лесна от самото начало, ако бъде автоматично улеснена.

Когато е възможно, терапията да се провежда под форма на игра, да бъде забавна. Ситуациите за „разрешаване на проблема“ трябва да дават възможност на детето да извършва движението БЕЗ усилие, да улесни сензорно-моторно заучаване. При възможност, трябва да се окуражава детето да се коригира самостоятелно, да се направлява самостоятелно, да има самостоятелна инициатива. Необходимо е да се използва подходящо оборудване /ортезни средства/, като подготовка за последователността на движенията и като допълнение към терапията. В домашни условия да се адаптират наличните ресурси на семейството за продължаване на терапията.

При кинезитерапията и рехабилитацията се използват няколко общи принципа на терапия: стабилизиране на аномалния постурален тонус; изравняване в средна линия; дистална опора – проксимална стабилност; дозирана сензорно-моторна намеса; съобразяване с емоционалните, социалните и познавателни нужди; предпазване от контрактури и деформации; оборудване и техники.

Трябва да се избягва еволюционната терапия – по-скоро трябва да се улеснява с допълващи се дейности. Подготвителните умения се учат в една поза, пренасят се в дейност и се променят в друга поза. Трябва да се вземат под внимание липсващите модели и така да се избере нормалния модел на координация, за който да се работи по време на терапията. Съперничеството на моделите при церебралната парализа може да доведе до превръщане на един модел в доминантен и ограничаване на бъдещите функции. Разнообразието е необходимо, работата трябва да не е само за един аспект, в противен случай специалистът или детето могат да стигнат до задънена улица. Средата трябва да бъде организирана така, че да дава повече възможности на детето да практикува, експериментира и разрешава проблеми в нови и по-трудни ситуации. Научаването е следствие от успеха на детето и удоволствието от движенията, което го кара да ги повтаря. Детето трябва да преживява усещанията от нормалните движения. Трябва да се поставят цели, свързани със сензорния опит за развиване на представата за собственото тяло, работа за хипо/хиперсензитивност и т.н. Важно е да запомним, че детето е едно цяло и глобалната моторика се наблюдава във всички дейности от ежедневието и терапията.

За да подготвим едно дете за функция, трябва да вземем предвид различни неща:

- мануални техники;
- околна среда (вътрешна и външна);
- играчки/невербални команди;
- оборудване.

Мануалните техники за подготвяне или улесняване на функцията включват:

- мануални техники преди или по време на дейностите за мобилизиране и разтягане на скъсени структури, за да се подпомогне извършването на дейността;
- мануални техники, използващи части от оборудването, за да подобрят постуралното изравняване, да предпазят от контрактури и деформации и да улеснят по-функционалното използване на главата, очите, ръцете и т.н.;
- степенуване, дозиране на мануалните техники по отношение на количество и време, позволяващо адаптирането и активното изпълнение на детето, така че да можем да оттеглим ръцете си (или да помагаме само когато е необходимо) по време на дейността;
- степенуване, дозиране на дейността (обратна последователност) като я разделим на малки компоненти, по време на които би било по-лесно подпомагането на детето, за да контролира то само движенията си.

10.2 Улесняване на уменията за независимост

Развиването на уменията за грижа за себе си е важна част от индивидуалната терапевтична програма на всяко дете. Те са свързани с усвояване на умения за ползване на тоалет, събличане и обличане, поддържане на личната хигиена, грижа за собственото здраве, умения по време на хранене и др.

Когато се поставят целите и задачите в тази област, трябва да се мисли не само за настоящето, а и за бъдещето. Какви умения трябва да учи детето в момента? Тези умения ще бъдат ли част от един цялостен план за максимална самостоятелност на по-голяма възраст? Важно е първо да се направи оценка на това какво може да прави детето сега, с каква степен на самостоятелност е и в какви среди се случва? Има различни инструменти за оценка, чеклисти и формуляри, но ако няма на разположение такива, наблюдението на поведението на детето през деня и воденето на бележки, ще помогне да се направи списък с уменията, които детето трябва да научи. Важно е родителите активно да бъдат включени в този процес.

Когато се поставя специфичната задача, процесът е свързан с въпроси като: Къде се извършва?, Защо се извършва?, Кога се извършва?, Кой го извършва? Общи елементи на всички умения за грижа за себе си са самоинициативност, самонаблюдение, приключване на задачата. Самоинициативността е свързана с разпознаване на необходимостта и започване без подканване. Самонаблюдението е периодична проверка за точност, решаване на проблеми, резултат. Приключването е зависимо от възможностите за разпознаване

на последователността за завършване на задача. Последните стъпки в една задача трябва да са почитване, оценка на средата и след това придвижване напред (преход към следваща задача).

Детето трябва да се обучава в умението, както и в това кога, защо и къде да го прилага. Именно това е ключът към самостоятелно функциониране. Визуалните знаци помагат на всички, дори и на хора, които могат да четат думи. Средата около нас е наситена с визуални указания. Използването на визуално разписание на последователността от стъпките като ориентир дава сигурност на всяко дете, че ще успее. Трябва да се вземат под внимание физическите, сензорните, езиковите, когнитивните и психологичните елементи на всяка задача, както и състоянието и особеностите – физически, сензорни, езикови, психологични на всяко дете. Децата с ДЦП и множествени увреждания се нуждаят от помощта на възрастен за почти всяка дейност от ежедневието. Децата многократно трябва да се упражняват в различни ситуации, да се учат да забелязват ако има проблем и как да се справят с него и не на последно място – да се забавляват!

Инструменти за обучение могат да бъдат: Социални истории (Social Story™), Сензорни истории (Sensory Stories©), предметни или сюжетни картинки, свързващи предмети, тематични кутии – Boardmaker™ (Mayer-Johnson). Интересни предложения и идеи за терапия могат да се намерят на адреси: www.do2learn.com, www.symbolworld.org, <http://pdictionary.com>.

10.2.1 Тоалет

Ученето за използване на тоалетната е значим етап в развитието на малкото дете. Когато е готово за тази важна стъпка, то започва да разпознава чувството, че има нужда да ползва тоалетна и може да задържа или „стиска“, докато не отиде на подходящото място. Детето дава ясни сигнали, когато е готово да се учи да използва тоалетната. То остава сухо за по-продължителни периоди, а някои деца си дърпат пелените, когато те са мокри или казват, когато са направили „пиш“.

Понякога родителите се притесняват, когато другите деца на същата възраст вече се учат да ползват тоалетната сами, а тяхното дете все още не е готово. Като цяло децата със специални нужди показват същите сигнали, когато са готови да се учат да използват тоалетната, като децата в норма, но това зависи от природата на тяхното състояние или увреждане. При някои деца със специални нужди, тези сигнали се появяват по-късно и процесът на учене може да отнеме повече време. При някои деца има неврологични причини, поради които не могат да се контролират тазово-резервоарните механизми.

Подкрепящата и позитивна среда също създава самочувствие и е важен аспект от развитието на уменията за грижа за себе си на детето. За да бъде процесът на обучение за ползване на тоалетна възможно най-лесен, е

важно да са сходни начините за използване на тоалетната у дома и в услуга-та/центъра, която детето посещава. Обучението на умения за използване на тоалетната може да бъде подкрепено, докато детето е на терапия в центъра, чрез взаимно информиране между родители и специалисти за прогреса и споделяне на стратегии. За да се избегнат ненужни инциденти, детето трябва да е облечено с дрехи, които ще може лесно да дърпа нагоре и надолу само. Винаги трябва да се използва позитивен език и действия, докато се помага на детето да използва тоалетната и да му се обяснява, че е това е нормален физиологичен процес. Търпението е най-важното качество при възрастните, докато детето се учи да използва тоалетната. Те трябва да окуражават детето, докато то полага усилия, дори когато има спънки или усилията му не са напълно успешни. Не бива детето да се принуждава да седи на гърне или тоалетна чиния повече от 5 минути. При често повторение, децата бързо се научават да ползват тоалетна самостоятелно, но още дълго време имат нужда от помощ и контрол.

Ако детето има физическо или умствено увреждане, терапията трябва да бъде подготвена така, че да посрещне нуждите му. Самоинициативата е тясно свързана с когнитивното ниво и сензорната преработка. Самостоятелността в тази област има голямо влияние върху качеството на живот както на детето, така и на семейството. Основни пречки могат да бъдат проблеми в праксиса, координация на фината и грубата моторика, сензорна хиперчувствителност – миризи, шум от вода, хипочувствителност към interoцепция, дефицити в interoцепция, т.е. способността за обработка на вътрешните сигнали за глад, жажда, телесна температура. Децата с разстройство от аутистичния спектър често имат слаба interoцепция, отнема им повече време да тълкуват сигналите на тялото. При обучението много помага структурираната програма от картинки, символи или снимки, подредени в правилната последователност.

Терапевтичните намеси са свързани и с редовно осигуряване на енергично движение, за да се осигури бързо разтягане на мускулите на червата и пикочния мехур, както и за стимулиране на перисталтиката на червата. Подходящи са игри на трамплин, на голяма топка, подскоци. Децата с ДЦП и множествени увреждания имат много затруднения при използване на баня и тоалет. Те се пораждат от тонуса, различна степен на УИ, зрителни затруднения, невъзможност за даване на ясен сигнал. В зависимост от състоянието на децата са необходими различни адаптации на средата. Добре е да се поставя адаптер за тоалетната чиния, специални дръжки, осигуряващи на детето повече сигурност, стабилност и самостоятелност. Разнообразни височина стъпала позволяват достъп до мивки или се поставят под краката, за да отнемат въздействието на гравитацията в седнало положение. Трябва да се обръща внимание на дребни на пръв поглед детайли като височина-

та и разстоянието до тоалетната хартия, сапун, хавлиена кърпа, така че да не представлява трудност за детето да ги достигне и използва. Всичко да е на подходяща височина, за да не се фрустрират децата, че не могат да ги достигат и да се отказват да опитват да бъдат самостоятелни. Мокрите кърпички са алтернатива на тоалетна хартия. Деца, които са чувствителни към шума от сешоарите за ръце, могат да почистват ръцете си с мокри анти-бактериални кърпички. Добре е да има огледало на стената до тоалетната, на ниво на височината на децата, за подпомагане на следенето за чистотата и облеклото.

Ученето на използване на тоалетната е като ученето на всяко едно ново умение – отнема време. Проблемите в сензорната преработка оказват голямо влияние върху усвояването на хигиенните навици. Детето евентуално ще се научи да използва тоалетна тогава, когато е готово да го направи. Докато за някои деца този процес отнема седмица, при други може да продължи и месеци. Веднъж научило се да ходи до тоалетната, детето ще има по-голяма независимост.

10.2.2 Обличане

Обучаването на детето в умения за събличане и обличане започва още в ранна възраст, когато то започне да седи стабилно. Визуално разписание за последователност на действията улеснява разбирането на процеса. Картинки, снимки или графични изображения върху шкафове и чекмеджетата с дрехи улесняват и ориентират детето в средата.

За да могат децата да се справят по-лесно с обличането на дрехите, те трябва да са лесни за обличане (панталони с ластични колани и широки крачоли). Ако е необходимо да се ползват копчета и ципове, те трябва да бъдат с големи размери или да им се прибавят приспособления за по-лесна манипулация. Могат да се пришият етикети, емблеми или просто гайки на дрехите, за да се открива предна и задна страна, горе и долу, ляво и дясно. За по-лесно различаване на пръсти и пети на чорапите могат да се пришият знаци. Лява и дясна обувка се отличават като се залепят стикери от външната страна. Много е важно да се раздробява задачата за обличане на дрехи на малки подзадачи. Например при обличането на риза: да вземе ризата от шкафчето, да я разгърне, поетапно обличане на ръцете, наместване на яката и раменете, закопчаване на копчетата, опасване на ризата. Към някои материи децата може да имат непоносимост. При обучение в събличане и обличане е необходимо да се оставя детето да извършва самостоятелно усвоените движения, но не бива да забравяме, че е абсолютно задължително да сме обезопасили както средата, така и самите дрехи. Не е нужно те да имат опасни катарамии, които да одерат децата; дребни копчета и украшения, които могат да бъдат поглънати; връзки и коланчета, които могат да пристягат децата. Когато е въз-

можно, трябва да се позволява на детето да прави грешки, след това да му се помага да разпознава грешката и да я поправя.

При децата с ДЦП и множествени увреждания има специфика на обличането и събличането на дрехи, както и при обуването и събуването на обувките. При събличане, когато детето е с повишен мускулен тонус, трябва да се започва от страната, където тонусът е по-понижен. При обличане първо обличаме страната с повишен мускулен тонус и при необходимост оказваме помощ, като избутваме крайника в ръкава или крачола. При понижен мускулен тонус започваме събличането и обличането от по-активната страна.

Изборът на обувки при деца с ДЦП трябва да е съобразен със състоянието им и с особеностите на ходилата, наличието на спастичност, скъсявания на мускулите и др. Ортопедичните обувки с връзки подпомагат по-доброто фиксиране на глезена и другите части на стъпалото. При обучението в самостоятелност обаче, е по-подходящо да се избират обувки с лепки.

10.2.3 Умения по време на хранене

Проблемите с храненето са доста често срещани при децата като цяло. 25-45% от децата в норма проявяват проблеми с храненето на някакъв етап от развитието си. Около 35% от децата със забавяне в развитието, различно от нарушения от аутистичния спектър, изпитват трудности с храненето. 46-89% от децата с нарушения от аутистичния спектър имат проблеми с храненето. Родителите и учителите съобщават за: избягване на плодове, зеленчуци; не могат/не искат да се хранят със семейството; не искат да ядат в близост до други деца, оплакват се от звуци, миризми от приготвянето на храна и храненето на другите; стават от масата; хранят се с пръсти; не опитват нищо ново; ядат едно и също всеки ден; настояват за „еднаквост“; емоционални са към храната; хранят се много бавно; ядат много малко, ако изобщо ядат (Rogers, 2012).

Терапията, свързана с проблемите с храненето, трябва да бъде комплексна – орално-моторна, сензорна и емоционална. При оценка на състоянието трябва да се имат предвид средата, позата на детето по време на хранене и неговите орално-моторни умения. Важно е планът за терапевтична намеса да бъде съгласуван с родителите. Специалистите и родителите трябва да поставят заедно малки постижими цели и да ги постигат една по една, напр. „Искам той да пие мляко“; „Искам той да седи на своя стол, докато се храни, а не в скута ми“; „Искам тя да яде пресни плодове и зеленчуци“ и т.н.

Три са основните моменти в терапията: социално моделиране, структуриране на времето за хранене и използване на поощрения. Детето има нужда да бъде „научено“ на правилен модел на хранене. Храненето трябва да става заедно със семейството, в компанията на друг човек; детето може да участва в приготвянето и сервирането на храната; храненето пред огледало и научаването на функциите на устата, зъбите и езика предизвикват интерес у

детето; говоренето за храната и новите думи за храна могат да се превърнат в игра, храненето трябва да бъде приятно и интересно. Играта с храна, мачкането, късането, са нагледен модел за ролята на зъбите. Храненето трябва да се случва на едно и също място по едно и също време. Предлагането на три вида храни в чинията на детето (една от които е любима), е първата стъпка за разширяване на предпочитанията. Много подходящо е използването на чинии с отделения или „огледална чиния“ (същата като тази на детето, в която то може да премести нежеланата храна), като по този начин различните храни не се докосват. Използването на поощрения и детски филмчета от типа на „Мечо Пух“ могат да покажат на детето разликата между „гладното и щастливото, сито коремче“.

Храненето и говорът са взаимно свързани. Чрез развиването на способността за хранене се подпомага оралния контрол и оттам развитието на говора. Храненето включва механизмите на сучене, смучене, дъвчене, движение на храната вътре в устата и гълтане. За формиране на умения за хранене е важно правилното позициониране на детето и изправянето му срещу гравитацията. Позата при хранене на деца с ДЦП трябва да е стабилна, симетрична, главата изправена в средна линия, вратът изпънат, брадичката леко навътре. При нужда възрастен седи отстрани и фиксира главата и челюстта на детето. Във времето за хранене, детето може да наблюдава лица, изражения, движения и да им подражава. Уменията за самостоятелно хранене предполагат стабилно отвеждане на лъжицата до устата, набождане с вилица, нарязване на храната, пиене от чаша (различен вид и размер) и почистване със салфетка. Храненето и пиенето при деца с ДЦП и множествени увреждания не е лесно. Различните състояния на децата изискват различен подход към храненето и подбор на различни адаптирани прибори – специални лъжици (пластмасови, плоски – има много разновидности), специални чаши за деца със затруднения с преглъщането на течности и др. Въпреки, че храненето се извършва от родител или обучен специалист, на децата трябва да се предоставя възможността да поставят храна в устата си сами. Те може да дъвчат и под надзор като се стимулира самостоятелността им, използвайки подходяща по консистенция и лесна за хващане храна. Съобразяването на консистенцията на храната със състоянието на детето е важно за приема на достатъчно количество храна. Плътноста на храната се отразява на лекотата на хранене. Пюретата са леки и се преглъщат най-лесно. Те са полутвърди и не изискват дъвчене и преместване в устата, за разлика от по-сухите, влакнести храни или бучки. Все пак повечето деца с церебрална парализа се научават да се справят с по-компактни храни като размачкани яйце или банан, а впоследствие и с още по-компактни храни като печен фасул, варени моркови и др. При някои деца устата е отворена широко и трудно се променя при хранене, пиене или от приборите за хранене. При тях може да е нужна повече орална стимулация

за подобряване на сетивността – лъжица, вибрираща четка за зъби, придържане на челюстта или помощ на езика от страна на хранещия, за да се улесни преглъщането. При други, устата е с повишена чувствителност и при допира с лъжица или бисквита рязко се затваря и може да прехапе пръста на хранещия. В този случай чувствителността може да бъде намалена чрез период на потискане на рефлексите. Координацията на движенията от предната част на устата към гърлото, след това над трахеята и надолу към хранопровода не е лесна за всички деца. Понякога храна или течност остават в устата или между бузите и зъбите поради липсата на преместващи движения, странично дъвчене или движения на езика. При нормалното преглъщане, когато храната преминава от гърлото надолу, епиглотисът (гълтачът) покрива горната част на дихателните пътища. Ако координацията не е точна, храната и течностите преминават надолу по „кривото гърло“ и има задавяне. Рефлуксът е друг проблем, често срещан при хора, които не се движат. При него има преминаване на съдържание от стомаха обратно в хранопровода. Това причинява киселини или повръщане. Кървене и цикатрикси може да се появят в долната част на хранопровода. Ако детето с церебрална парализа не може да комуникира добре, понякога единствения начин, по който може да каже на другите за болката от киселините, е плачът. Използването на специални нехлъзгащи се подложки за чиниите и чашите при хранене е подходящо и при други дейности на маса. Не бива да се поставя много храна върху лъжицата (за да не се страхува детето от количеството), трябва да се стимулира активността на устните при обирането на храната от лъжицата. Постепенно да се предлагат нови храни. Нужно е детето да опита всичко – от загребване с лъжица до наливане на вода. Ако детето има физически затруднения с хващане на приборите, те трябва да се адаптират така, че то да се чувства спокойно и сигурно, а не да се стяга и това да доведе до разсипване на храната. За да мотивираме децата да се хранят самостоятелно, е нужно при най-малкия успех да се поощряват. Понеже храненето протича бавно и трудно, поемането на калории и общото хранене може да са недостатъчни за нормалния растеж. Децата често са с ниско тегло, ниски на ръст и превръщането на хрущялната тъкан в костна може да изоставя с години от нормата за възрастта. Недохранването увеличава риска от инфекции и задържа развитието. Трябва да се имат предвид хранителни алергии, диети. Ако децата се хранят със сонда, необходимо е да се правят опити за хранене през устата, за да се поддържа тонусът на орално-моторната мускулатура, да се стимулира говорната функция и навика за хранене.

10.2.4 Сън

Децата със специални нужди имат сериозни затруднения със съня – поведенчески проблеми със съня, проблеми с циркадния ритъм сън-събуждане, проблеми със съня, свързани с тревожност.

В изследване на Wiggs & Stores (2004) се сравняват обективни данни за съня на деца с разстройство от аутистичния спектър. Времето на заспиване и окончателно събуждане са необичайно ранни или късни. Времето, необходимо за заспиване, брой събуждания, време в будно състояние са с необичайно голяма продължителност. Количеството време, прекарано в сън като процент от времето в леглото е необичайно малко. Цялостният модел на моторна активност е необичаен през целия период на съня. Трябва да се има предвид, че децата, които спят лошо, имат по-висок процент на проблемно поведение, отколкото децата, които спят добре (Goldman, 2011).

Приспиването на малкото дете често се оказва една дълга и трудна задача за неговите родители и те се обръщат към специалистите за практически насоки за това как да се справят с отказа да се ляга, трудности при заспиването; събуждането през нощта, нощни кошмари; сънища с ужаси и намокряне на леглото.

Лягането и подготовката за сън са спокоен и постоянен ритуал. Установяването на точно време за лягане, което съответства на нуждите на семейството и детето, са първата стъпка за постигането на поставената цел. Времето, необходимо за подготовка за лягане, включва дейности, свързани с обличане, измиване, четене на приказка или пеене на тихи песни. Гледането на телевизия, енергичните игри и пиенето на напитки с кофеин (кола, какао и др.) трябва да бъде избягвано в последните часове преди заспиване. Леглото не е място за игра, то трябва да се асоциира само със сън. Подготовката на детето, че скоро приближава времето за лягане, е един ефективен метод. Това може да бъде вербално напомняне, показване с картинка или жест. Вечерята трябва да е лека, без тежки и енергийни храни, много подходящо (с изключение на децата с непоносимост към казеин) е пиенето на мляко преди лягане, то улеснява заспиването. Силният шум (сешоари, вентилатори, телефони, прахосмукачки), силното осветление и натрапливите аромати (ароматизатори, приготвяне на храна), както и температурата в стаята също трябва да са съобразени с времето за лягане на детето. Ако детето се отпуска и успокоява от някаква миризма, тя трябва да се използва само при лягане, за да може то да я асоциира с времето за сън. Много подходящо е също така използването на успокояваща музика. Детето трябва да се приучава към самостоятелно заспиване и сън, което изисква минимално присъствие на възрастен, за да се избегнат зависимости от гушкане, любими предмети или дълги ритуали преди лягане.

10.3. Насърчаване на комуникацията

Играта е основният начин, по който децата общуват. От самото си раждане детето е потопено в света на играта. Това е естественият начин, по който то

учи. С помощта на играчките детето опознава заобикалящия го свят, придобива умения за общуване и социализация.

Играчките, които се предлагат на децата със специални нужди, трябва да привличат вниманието им и да стимулират сетивата им. Те трябва да имат допълнителни ефекти – да дават отговор, да стимулират уменията за координация, да стимулират уменията за свързване и разделяне по цвят, форма, големина и т.н. Важно е играчките да са безопасни, да отговарят на културните специфики на обществото, да не окуражават насилието. **Играта**, било то на открито или закрито, е ключ към начина, по който децата учат с удоволствие и предизвикателство. Играта е важна част от детското обучение, тъй като предлага познания и действия от първа ръка, които мотивират децата. Игрите имат важни качества, включващи обща дейност, взаимно увличане, повторение, редуване, вътрешно мотивиране и възможности за вземане на решения при липса на напрежение. Ефективните игри са силно стимулиращи. Интерактивните игри не са време извън същинската работа с децата, те са най-интензивната развиваща дейност.

Играта, подкрепена от възрастни, подпомага подготовката на малкото дете за детската градина и училището. Тя също така е идеална възможност за родителите да опознаят света на своите деца и да разбират по-добре техните чувства и действия. В игра с детето си възрастните виждат света през неговите очи. Взаимно споделят внимание и емоции – родители и бебе изграждат доверителна връзка още с първото „Агу-у“. С времето играта на детето се променя, преминава в различни етапи. Играта е различна в нова ситуация и с нов партньор – дете или възрастен. В съвместната игра децата се научават да споделят своите играчки, да спазват правила, да изчакват реда си, да си сътрудничат и да помагат на другите. Самостоятелната игра, където бебето манипулира с играчка, дрънка, хвърля и т.н., преминава в споделена игра с мама или друг възрастен. Настъпва необходимост у детето да играе с мама – игра с кубчета, да подава играчката на възрастния, за да установи с него контакт, където играчката е посредник между детето и възрастния. Появяват се провокация и имитация, познавателният елемент в играта, потребността от ритъм, музика, рисуване. С развитието на детето то включва в играта си реч, фантазия и се наблюдава социална активност – играта търпи развитие, разнообразява се и се усложнява. Ако е налице изоставане на детето, то проличава най-забележимо в играта.

Начините, по които нашите деца учат, са чрез слушане, визуално, кинестетично, логически. Основно учат чрез дейности, като използват различните сетива, експериментират, повтарят. Нужно е време за размисъл. Важно за малките деца е да им се дава достатъчно време, включително да разсъждават върху дейността. Към всяко дете трябва да се подхожда индивидуално. В някои случаи освен играчки е подходящо да се използват специално подготвени и съобразени със състоянието и развитието на детето дидактични материали.

Дидактичните материали, които се използват в работата с децата със специални нужди, трябва да привличат вниманието им, да превеждат информацията до мозъка им по различни сензорни канали. Могат да се използват реални, миниатюрни предмети, снимки, картинки, символи според нивото на детето, съобразени с грубата и фината моторика. Моливите, химикалите и четките трябва да подпомагат развитието на правилен захват, може да се използват допълнителни приспособления за захващане. Подложки с нехлъзгащата се повърхност и подходящ наклон на масата са предпоставка за успех при разглеждане на книжки, рисуване и писане.

Правилното позициониране на децата по време на занимания е предпоставка за по-добра концентрация върху дейността и успех. За да се запази правилната поза по време на заниманията и цялостния дневен режим, понякога е необходимо за децата с двигателни проблеми да се ползва специализирано оборудване или да се пригоди средата с подръчни материали и пособия според нуждите на всяко дете.

За да се подобри разбирането и да се включват и децата с множествени увреждания в заниманията, може да се използват **Сензорни истории /Sensory Stories©/**. Така се активират някои или всички сетива на децата – зрение, вкус, осезание, слух, обоняние, кинестетични, вестибуларни и проприоцептивни усещания. Подготвените материали включват книжка – например приказка, разказ, стихотворение, песен, картини, снимки, рисунки, играчки, природни материали, зрителни стимули, тактилни стимули – различни материали и консистенции, звукови стимули, аромати, вкусове, движение, докосване.

За въвеждане на понятия по определени теми, могат да се използват **Тематични кутии**. В тях се съхраняват материали по дадената тема, като например „Рожден ден“, „Дните на седмицата“, „Сезони“ и др. Кутиите съдържат артикули, които стимулират сетивата и предизвикват ответни реакции. Чрез тях се представя съществената част от информацията, за да могат децата да разберат темата. Трябва да се включат следните неща: музика или звуци, миризми, вкусове, предмети, които могат да се усещат и са свързани с темата, снимки по темата.

За да разбират и да се подготвят за събитията през деня, на децата с множествени увреждания помагат **Свързващите предмети**. Свързващите предмети могат да бъдат разнообразни, но непременно трябва да бъдат индивидуални за всяко дете, да му бъдат представени и да има постоянство в тяхното използване. Това могат да бъдат реални или миниатюрни предмети, които да подсказват на детето предстоящата дейност. Например малка пластмасова лъжичка може да бъде свързващ предмет за предстоящата закуска, като лъжичката е различна от тази, с която детето ще закусува. По същия начин могат да се подберат свързващи предмети за дейностите от дневния режим – тоалет, разходка, игра, терапия и др. Могат да се използват за детето през

целия му ден въщи или в центъра за терапия, на детската площадка и т.н. Така значително се намалява безпокойството на децата дори в непознати ситуации.

Структурираната среда е предпоставка за успех в работата с децата със специални нужди. Структурирането се изразява в осигуряване на ясни физически и визуални граници, като за целта могат да се използват мебели, паравани, екрани, килими, ленти и т.н. Освен устно дефиниране и етикетирание на всички стаи, области, материали, е необходимо и използване на етикети, символи, цветово кодиране, номерации, снимки. Конкретни помагала като таймери, часовници, списъци, разписания, подпомагат времевите рамки. За да бъде обаче структурираната среда още по-ефективна, е необходимо и минимизиране на визуални, звукови и физически дразнителни, отвличащи вниманието на децата. Различните дейности, свързани например с хранене, игра, почивка, занимания – индивидуални или групови, трябва да имат подходящо място в помещенията. Важно е да се предоставят и показват ясни и визуални системи за награда. Правилата и рутините да са ясни и визуално представени.

Рутината позволява на децата да разбират какво се случва, да очакват събития, да развиват заучени отговори и да инициират действия. Тя може да бъде вградена в ежедневието чрез визуални разписания.

Визуалните разписания осигуряват структурираност, показват последователността в ежедневието – тоалет, хранене, позната песен, избор и награди, очакване на промяна, свързващ предмет или символ, визуализират преминаването на времето, стимулират комуникацията, показват и улесняват промените в графика, маркират начало и край, подобряват ангажираността към задачите, повишават чувството за сигурност и намаляват тревожността. Чрез тях се подобрява мотивацията, насърчават се самочувствието и независимостта.

Децата трябва да бъдат подпомагани от търпеливи родители и специалисти, в една изпълнена с обич среда да могат да изграждат и развиват личността си. Особено важно е да се зачита уникалността на всяко дете. Подготвената среда трябва да предложи на детето най-добрите условия за развитие. Заобикалящата среда трябва да бъде прегледана и добре подредена, така че да предлага на детето условия за ориентиране. Детето разбира какво е структура и в **Монтесори средата**, чрез открити етажерки и разнообразни кълчета (за рисуване, за четене, строителни игри и др.). Мария Монтесори (1870–1952) твърди, че редът в заобикалящата ни среда води до подреденост и във вътрешния ни свят. В тази връзка е особено важно на детето да не се предлага прекалено голям избор. Когато има твърде много неща на разположение, човек не само че не може да поддържа ред, но загубва и желание да се занимава съсредоточено само с едно нещо, тъй като

многого други неща лесно го разсейват. Една подготвена среда приканва детето към занимание. Добре подредената стая, от една страна, и грижовното и привлекателно представяне на „хубави неща“, сред които специфични Монтесори материали, природни материали и др., стимулират детето за действие. За да се развива детето свободно само, е желателно да се остави определено свободно пространство. В идеалния случай повече от 1/3 от пространството е свободно и може да се използва според случая. **Педагогиката на Монтесори** улеснява общуването между децата и възрастните. В основата стоят особените, специфичните нужди на децата и тяхното възпитаване в самостоятелност. „Помогни ми да направя това сам(а)“. Това изречение изяснява целта, която си е поставила Мария Монтесори. И тя е разработила метода си, така че детето да се научи да бъде самостоятелно. Това научаване не е мъчително и уморително, напротив, то доставя удоволствие и води до концентрация и носи вътрешно спокойствие. Практиката показва, че най-важното е поведението на възрастните спрямо децата. Важно е възрастните да работят с децата убедени и уверени, че точно това трябва да правят. В такъв случай може да се прилага методът на Монтесори, дори ако не разполагаме с нито един от оригиналните материали на Монтесори. В противен случай материалите на Монтесори сами по себе си са без стойност. Без да познаваме съпътстващите основни положения в педагогиката на Монтесори и без да сме запознати с правилната употреба на материалите, ние не бихме могли да ги използваме целесъобразно. Няма смисъл да правим нещо, което не смятаме за полезно или не сме разбрали много добре. Децата веднага забелязват това.

Общуването се разглежда като сложен и многостранен процес. Този процес е важен фактор за цялостното развитие на личността. Общуването е опит да разберем чувствата и мислите на хората около нас, както и да дадем подходяща реакция в отговор на тези мисли и чувства..

Нуждата от общуване и социално взаимодействие ни заставя от най-ранни години да се стремим да използваме жестове, мимики, да развиваме устната реч. Така разбираме света, който ни обкръжава, мислим, изразяваме своите потребности, идеи. Човек използва също погледа, посочването, усмивката, плача, погалването, агресията, интонацията, паузите, приближаването и заставането редом до другия, за да привлече чуждото внимание. Особено важно за комуникативното развитие на малкото дете е то да бъде въведено от възрастния в света на обектите, но не самоцелно, а по-скоро заради факта, че тези обекти могат да са предмет на общуване. „Споделено внимание“ означава разговарящите да имат общ интерес към определен обект, лице или събитие и да демонстрират този общ интерес чрез насочване и задържане на вниманието си върху него. Чрез „споделеното внимание“ детето научава, че хората избират (заедно) определено нещо от средата, играят и си говорят за

него. В ранното детство трябва да се подпомага детето да научи основите на общуването: визуален контакт, изражение на лицето, редуване.

Основни причини, поради които общуването при децата може да бъде затруднено, са слаба мотивация за общуване, недостатъчна степен на разбиране на света, затрудняват се да изчакват другия/да се редуват, нямат понятие за „социално време“, нямат достатъчно практически опит и умения, не са в състояние гъвкаво и креативно да използват езика, нямат умения да използват езика за социализиране, страдат от нарушения на невербалната комуникация.

Когато детето няма развита функционална система за комуникация, то може да бъде обучено да използва различни методи за общуване. Те могат да бъдат алтернативни – вместо реч, или допълващи речта. В зависимост от използването на технологии могат да бъдат нискотехнологични – картинки, знаци, символи и др., или високотехнологични – редица електронни помагала, компютри, таблети, смартфони. Изборът ще зависи от индивидуалното ниво на физическата и умствената способност на детето, от заобикалящата среда.

От най-ранна възраст децата започват да използват жестове, за да общуват. Когато обаче децата и възрастните, които се грижат и работят с тях, използват една система на жестове, може да се подобри разбирането и общуването между всички тях.

Макатон е международно призната система за комуникация, използвана в повече от 40 страни по света. Създадена е през 1972 г. от Маргарет Уолкър, Кати Джонстън, Тони Корнфорт и носи в името си първите срички от личните им имена. Това е език за комуникация с референтен речник, съставен от ежедневния опит и нужди на комуникиращите. Включва три основни елемента: жестове, символи, реч.

Децата се обучават да комуникират чрез жестове, с надграждане на все повече нови понятия и поетапно включване на определени думи и/или символи, като така се обезпечават нуждите им от комуникация, съобразно специфичните им обучителни затруднения – например лоша паметова успеваемост, нарушена концентрация; ограничени възможности за ретенция и репродукция; проблеми с експресията. Взети са предвид и ситуативните нужди на всички участници в комуникативния процес, с трансфера на информация и предаването на умения от един участник на друг, както и зарядът на комуникацията. Програмата Макатон включва основен речник от 450 думи, които се преподават в специален ред от 8 задължителни нива и 9-то допълнително ниво. Например в първо ниво са включени понятия, свързани с основни житейски нужди като „ям“ и „пия“. Всяко следващо ниво включва по-сложни и абстрактни понятия като понятията за време и емоционална експресия. Жестът трябва да бъде съпроводен с дума, за да предизвикаме комуникация.

След като основното ядро от понятия бъде усвоено, всеки напредва според индивидуалните си нужди. В допълнение към основния речник, фондация Макатон предлага ресурси с над 7000 понятия.

Използването на алтернативни начини на комуникация дава възможност на децата със специални нужди да инициират контакт, да общуват и да бъдат разбрани, подобрява се и тяхното разбиране, а това намалява тревожността, агресията, подобрява концентрацията, развива познавателните им умения и говора. Системата за Общуване чрез Картинки – PECS е разработена през 1994г. в Делауеър (САЩ) от Анди Бонди – клиничен психолог и Лори Фрост – логопед и езиков терапевт. Основната цел на PECS е децата бързо да придобият определени комуникативни умения, особено способността да инициират спонтанно комуникация и да взаимодействат с друг човек. Същността на системата се състои в това детето да подаде картинка на комуникативния си партньор в замяна на мотивиращ предмет – например храна, играчка или любимо занимание. Фазите на PECS са: преподаване обмена на картинки, дистанция и постоянство, различаване на картинките, построяване на изречение чрез фразова лента, отговаряне на „Какво искаш?“, атрибути и коментари. На всяко дете се предоставя индивидуален картинен речник. Използват се специализирани компютърни програми за картинки и символи. Обучават се родители, асистенти, учители, как да използват речниците при общуване с децата. Важно е родители и екип да работят заедно през ранните години. Успешното партньорство ще осигури двустранен поток от информация, обмяна на знания и опит за резултати, които ще имат положително влияние върху развитието и процеса на учене.

Използването на Макатон и PECS е забавно за децата. За да бъдат ефективни, те трябва да се използват при всички ежедневни дейности. Целта е децата да инициират спонтанна комуникация, да увеличат социалните си взаимодействия, да общуват с всеки, защото жестовете и картинните изображения са универсални и лесни за разбиране, да обогатят речника си, да развият вербални умения, да намалят негативните си реакции.

Технологични предложения в този аспект са: Boardmaker™ (Mayer-Johnson), iPod Touch, iPhone, SmartPhone, iPad, слухови и визуални таймери, специализирани помощни устройства, комуникатори и др.

10.4. Управление на поведението

През детството повечето от нас се научават да се държат по определен начин, който е приемлив за обществото, в което живеем и възрастните имат право да изискваме дадено поведение от едно дете, само ако преди това сме го обучавали и тренирали на такъв тип поведение. Ако искаме да дадем определение за „поведение“, то би било: „Поведение е всичко, което ние

правим или казваме, което другите хора могат да видят“. Поведението, каквото и да е то, не се случва във вакуум. То се проявява в определен социален контекст и продължава като такова, защото се стимулира или поощрява по някакъв начин. Преди да преминем към принципите за работа с деца с неприемливо поведение и конкретните стратегии и техники за справяне с него, бихме искали да споделим нашето разбиране за това кое поведение може да бъде определено като такова. Неприемливо за нас е всяко едно поведение, което не отговаря на социалните норми и изисквания, не съответства на конкретната ситуация, има негативен, неприятен или нараняващ характер. Кога едно поведение може да се смята за проблемно? Едно поведение се счита за проблемно ако отговаря на няколко или на всички тези критерии: Самото поведение или неговите крайности са неприемливи за възрастта на човека или нивото на развитието му; Поведението е опасно за самия човек или за околните; Поведението причинява затруднение за човека, като му пречи да усвоява нови умения или да се включва в обучение; Поведението причинява голям стрес в живота на тези, които живеят и работят с този човек, влошава живота им до недопустима степен; Поведението е в разрез със социалните норми.

Преди да се започне с конкретна промяна или корекция, е необходимо неприемливото поведение да бъде анализирано. Най-важният въпрос, на който трябва да се отговори, е: Защо детето реагира по този начин?, Каква е причината за въпросното поведение? Съществуват различни методи за анализ на поведението. Един от тях е „Айсберг“, наречен така по аналог на природното явление. Така както над водата е една малка, видима част, а по-голямата е скрита под водата и не се забелязва, така и този метод визуално показва и описва конкретното поведение и вероятните възможни причини. След първоначално хипотезиране, последващо наблюдение и точен анализ, стават ясни факторите, обуславящи специфичното поведение. Друг използван метод е „STAR“, при който отново се описват и с цел улеснение, визуално се онагледяват четирите основни момента при анализ на дадено поведение, а именно: обстановка (Settings), подбуди (Triggers), действия (Actions), резултати (Results). Удобен за използване при отчитане на поведението е и табличния формат, като основното, което трябва да се проследи, са предпоставките, поведението и последствията. На практика се изисква регистриране на точното време, в което се проявява поведението и отговори на въпросите: Какво се случва преди това?, Какво направи детето?, Какво се случи после? Подобен, но по-подробен и в повечето случаи използван за анализ на по-сериозни проблеми, е ABC-анализът. Отново в табличен вид се нанасят времето на наблюдението, контекста и дейността, предпоставките, проявеното поведение, последствията, реакцията на детето и интензивността на поведението.

Независимо коя форма за анализ и оценка на поведението се използва, не бива да се забравя, че тя се прилага индивидуално за всяко дете и понякога откриваме различни причини за едно и също поведение в различни ситуации, както и обратното. Основният метод, който се използва при всеки един от тях, е наблюдението. Важно е да бъде регистрирана честотата на поведението, т.е. колко често за даден период от време то се проявява; продължителността, т.е. колко дълго продължава това поведение през наблюдавания период; интензивността, т.е. силата, с която поведението се проявява. По време на наблюдението и анализа търсим така наречената функция на поведението. Тя може да бъде различна, независимо от това, че поведението е едно и също. Няколко са основните функции, които поведението на детето цели да задоволи: навик, комуникативна функция, привличане на вниманието, скулка, желание за контрол и намалена сензитивност. Важно е да бъде оценена правилно функцията на всяко поведение, за да може да бъде предложена адекватна реакция от страна на възрастните, която да помогне за корекцията на поведението.

При терапията на деца с неприемливо поведение се използват няколко основни принципи на работа. На първо място трябва да се посочи важността на общите действия. Всички от обкръжението на детето (родители, близки, специалисти, учители) заедно коригират неговото поведение и то по един и същ начин. В противен случай промяната би имала временен краткотраен или избирателен характер. За целта изключително полезно е провеждането на съвместни срещи, на които се дискутира, коментира и обсъжда тази тема. Промяната на поведението изисква много време и достатъчно търпение от страна на всички възрастни. Задължително е въвеждането на правила, но по позитивен начин. Независимо от това дали правилата ще бъдат въведени устно или пък визуално унагледени, те са абсолютно задължителни, като основният им акцент и формулировка би следвало да бъде върху това не какво да не прави детето, а какво точно да прави. Изискванията ни към детето трябва да се уеднаквят. Не на последно място е и въвеждането на дневен режим/разписание, който информира и подготвя за предстоящата дейност или за евентуална промяна. Така детето получава сигурност и спокойствие, а това от своя страна намалява вероятността за възникване на неприемливи поведенчески прояви. Пространството трябва да поставя ясни физически и визуални граници. Най-подходящо е работното място с ограничени звукови и светлинни дразнители. Да не е близо до врата и да не е пред прозорец. Ако това е невъзможно, използването на някакъв параван или шкаф, който да отдели работното пространство от останалото, както и залепването на непрозрачно фолио на прозореца, биха подобрили предметната среда. Сортирането на играчките по вид и функционалност в кутии е добър подход при подредба на работното пространство. Детето няма

нужда от всички играчки „накуп“, за него по-интересно би било подмяната на вече познатите материали с добре „забравените“ такива. Използването в ежедневието на много нагледни предмети, символи/снимки и етикети на гардеробчето, на кутията за обувки, на играчките, ще улесни разбирането на детето с неприемливо поведение. Отмерването на времето за игра, хранене, разходка, за всяка приятна и неприятна дейност от дневния режим на детето посредством таймер или пясъчен часовник ще подобрят приемането на смяната на дейностите. Всичко това ще повиши разбирането, ще донесе спокойствие и предвидимост в конкретната ситуация, което е от изключителна важност за подобряване на концентрацията на внимание, съответно и на познавателните умения на детето.

Готови „рецепти“ няма, но практиката при работата с деца с неприемливо поведение е показала няколко ефективни техники, които специалистите и полагащите грижи за детето могат да приложат в ежедневните си занимания с него. Винаги трябва да се имат предвид физическите, сензорните, езиковите, когнитивните и психологичните елементи при усвояването на всяко умение. Всяко дете би реагирало по по-приемлив начин на указания, които му казват какво да прави, а не какво да не прави. Детето има име, използването му в началото на изречението би подобрило неговата концентрация при получаване на дадена инструкция. Игнорирането на неприемливото поведение е по-добрият подход от опитите за обяснение. Детето има потребност от даване на правилен модел на поведение, от похвали и поощрения при „добро поведение“. Уменията се затвърждават с постоянство, предварително обяснение и дейности от типа „Ако....ще“; „Първо – после“ и пр. „Първо си прибери играчките и после ще излезем навън“ , „Ако подредиш този пъзел ще ти дам любимата кола“ и т.н. Важно е специалистите да предлагат подходящи социални истории (Social Stories™). Децата със специални нужди като цяло имат нужда от малко повече време за реакция. Даването на една единствена инструкция, бавното и спокойно говорене, близостта до детето, настъпването на промяна след предварително предупреждение (посредством символ, жест или дума) и използването на конкретни молби и похвали са ключа към успешно постигнати цели и добро поведение.

В процеса на корекция и промяна на поведението е необходимо разграничаване на детето от неговото поведение. По-ефективно е използването на награди, похвали и поощрения, които да го мотивират, отколкото наказания. Една ситуация е удовлетворителна, ако детето повтори действието, за да получи награда отново. Наградите и поощренията трябва да бъдат силни, своевременни, системни и привличащи вниманието. За награда биха могли да се използват: храна (бонбон, солета, сок и др.), внимание (прегръдка, усмивка, визуален контакт и др.), знак (звездичка, стикер, точка и др.), вербална похвала („Браво“, „Чудесно“, „Добре се справи“ и др.) или специална дейност (игра

навън, любима играчка, телевизия и др.). Тъй като наградите трябва да носят удовлетворение, често пъти е необходимо не само наблюдение на детето и изготвяне на списък с любимите му храни, играчки и дейности, но и събиране на информация от близките му. Много важно при използването на наградите е те винаги да са свързани със социална похвала, като отначало се дават постоянно, а след това от време на време да се използват за моделиране на поведението. Високите технологии не са за пренебрегване. Един iPad и безжична мрежа могат да променят живота на детето и семейството, когато се използват коректно.

Глава XI

Подпомагане на обучението (включване в яслени групи и детски градини)

Когато детето наближи възрастта за постъпване в детска ясла или градина, за родителите започва дълъг емоционален процес на приемане, че малкият човек вече е пораснал. При детето със специални потребности емоциите и притесненията са още по-големи. На преден план излиза въпросът къде да бъде обучавано то. Родители, учители и специалисти обсъждат този въпрос и търсят най-подходящия вариант за детето, защото безспорно, всяко дете има право да получи образование. Изборът на подходяща ясла и детска градина е важен. Освен удобното местоположение на детското заведение, други фактори, които трябва да се вземат предвид, са архитектурната достъпност и пригодност на средата, броят на децата в групата, опитът на педагогическия персонал с деца със специални потребности, възможностите за ползване на допълнително ресурсно подпомагане.

Семейството и специалистите посещават заедно детската градина, срещат се с бъдещите учители на детето и с ресурсните специалисти. Те ги запознават с индивидуалния план на детето, върху какво е работено до момента, какви са настоящите умения и нужди на детето. Могат да предложат подкрепа на учителите от детската градина, особено когато последните не се чувстват достатъчно подготвени да приемат детето със специални потребности в общообразователната среда. Посещенията, разговорите и предложенията на специалистите могат да помогнат много за плавния преход и за това учителите да се чувстват по-уверени, а родителите – по-спокойни, че за детето им ще бъдат полагани качествени грижи. Доверието и сътрудничеството между екипа по ранна интервенция, семейството и детската градина е ключово за успешния преход на детето към следващия етап от живота му.

Специалистите, работещи с деца със специални потребности, на база собствения опит извеждат няколко основни момента, свързани с подкрепата и подпомагането в обучението на децата със СОП в продължителния преход към ясла или детска градина.

Първият важен елемент от подкрепата в детската ясла или градина е архитектурната среда. Необходимо е тя да бъде достъпна за колички, проходилки и вертикализатори. Всяка работна стая трябва да разполага с кът за почивка и отмора. Детските градини имат специфична подредба на средата, съобразена с държавните изисквания, но имайки предвид индивидуалните

потребности и програми, на децата със специални нужди е необходима промяна на предметната среда. За децата със специални нужди е необходимо индивидуално работно място, което да бъде съобразено с тяхното състояние и необходимостта от използване на помощни средства (специални столчета, вертикализатори, нехлъзгащи се подложки за сядане, приспособления за писане, хартия с релефни широки редове, папки с ограничителни редове, триъгълни моливи, подложки за рисуване, специализирани ножички за лява и дясна ръка и др.). Средата трябва да бъде изчистена от излишни стимули и картинки. На работната маса да бъдат поставени само необходимите за конкретната дейност материали и пособия. Ако е необходимо, да бъдат изработени специални дидактични пособия, а играчките и дейностите да бъдат съобразени с възможностите, интересите и потребностите на конкретното дете. За децата с нарушения от аутистичния спектър индивидуалните работни места трябва да бъдат обърнати с лице към стената, ограничени с параван, екран или с помощта на някои от мебелите в стаята, а при групова работа да бъде осигурена „двойка с поддържащо партньорство“. Тя представлява двойка деца – дете от групата, което да оказва помощ на детето със СОП в ежедневните дейности в детската градина.

За да постигне успех в различни дейности в детската градина (индивидуално или групово), детето трябва да бъде добре позиционирано, особено ако то има двигателни затруднения. За дете с ДЦП е подходящо да има индивидуален специален стол с маса за позициониране. Многократно през деня позата на децата трябва да бъде променяна, като те бъдат позиционирани прави при наличието на вертикализатор, поставени легнали по гръб, по корем или в страничен лег върху триъгълна възглавница, с помощта на ролчета, навити на руло одеала и т.н. При нужда за децата с двигателни проблеми се използват специални дъски с хлъзгава повърхност за по-лесно прехвърляне от инвалидната количка до тоалетната, леглото, стола и т.н. При липса на такива помощни средства, специалистите по ранна интервенция могат да посъветват учителите как да позиционират детето с наличните ресурси, така че седежът му да бъде устойчив и да предполага свободно движение на ръцете и сигурност. При деца със синдром на Даун е добре столчетата да имат удължени напред странични ограничители, които да не позволяват прекалено разтваряне на краката. При продължително стоене в абдукция, има опасност от деформация в тазобедрената става. Да не се допуска децата със синдром на Даун да сядат по „турски“ на земята. Както за тях, така и за децата с ДЦП е подходяща поза „русалка“. При децата с повишена хиперактивност могат да се поставят подложки с нехлъзгаща се релефна повърхност на столчетата им.

Играчките и материалите, които се предлагат на децата със специални нужди, трябва да бъдат съобразени с особеностите на групата и фината им

моторика, лесни и удобни за хващане. Когато на децата с ДЦП се предлагат книжки и картинки, те могат да бъдат изработени от различни материали, да са по-плътни и за предпочитане е да бъдат поставени на наклонена повърхност под ъгъл 45 градуса. Картинките трябва да са изчистени, с ясни цветове, без допълнителни елементи. Ако се налага, за улесняване на общуването могат да се използват индивидуални комуникатори за детето. Ако в детската група има дете със сериозни двигателни нарушения, при което се наблюдава повишен или понижен тонус на мускулите в устата, отговорни за дъвкане и преглъщане (на устните и езика), тогава е необходимо хранещите детето да се консултират с кинезитерапевт/рехабилитатор, логопед от екипа специалисти и с родителите за подходящия модел на хранене. Важно е да се внимава за открито или скрито аспириране. При децата с ДЦП от изключителна важност са и приборите за хранене. Те не бива да бъдат метални, тъй като това би повишило спастичността им и би засилило саливацията. Подходящи са почти плоски пластмасови лъжици и пластмасови чашки с изрязана част от стената, така че да се улесни дишането по време на пиене. Когато децата с ДЦП се приучават към самостоятелно хранене и пиене, могат да се ползват адаптирани прибори – лъжици с удебелени дръжки за подпомагане на захващането на детето и изкривена предна част под различен ъгъл за по-лесно поднасяне към устата, а чашите за пиене за по-голяма стабилност трябва да имат дръжки от двете страни за двете ръце. Чиниите трябва да бъдат фиксирани върху нехлъзгаща се повърхност.

Децата от спектъра на аутизма също имат особености при храненето, които трябва да се имат предвид. Това могат да бъдат различни алергии, сензорни нарушения и/или диети, с които храната им трябва да бъде съобразена. Понякога неправилното сервиране на храните може да доведе до прояви на неприемливо поведение. Те лесно могат да бъдат избегнати като се използват съдове с няколко отделения, в които различните вкусове и консистенции да не се смесват.

Друг много важен момент от подкрепящата среда в детската ясла или градина е педагогическият персонал. Той трябва да притежава подходяща квалификация. Специалистите трябва да са подготвени и запознати със спецификата на най-често срещаните състояния и техните характеристики, както и с аномалното развитие при някои от тях. Както беше споменато по-горе, често в детските градини работят ресурсни учители. Необходима е системна работа в екип с всички засегнати страни – родители, педагози, ресурсни учители и други терапевти, работещи по случая на конкретното дете, за да бъде изработена индивидуална програма за всяко от тях съобразно неговите потребности и умения. Децата със СОП не бива да бъдат изключвани от груповите занимания, но им е необходима индивидуална подкрепа и подход. При възможност е хубаво на детето да бъде осигурен социален асистент, а

ако такъв не е на разположение, могат да бъдат формирани така наречените „двойки с поддържащо партньорство: дете-дете“.

За да се чувстват децата включени, учителите от детските градини трябва да обърнат особено внимание на комуникативните умения на детето. Ако то има затруднения, да го подпомогнат в случаи, когато детето желае играчка или храна; да го научат да търси помощ; да изразява желанието си за почивка и занимания; да отговаря осъзнато с „да“ и не“; да може да отхвърля или да приема предложени дейности, играчки, храни; как да реагира на „почакай“, както и на други вербални и визуални инструкции. Не на последно място учителят трябва да подготви детето за случващи се промени и изненади. Визуализацията на средата е от изключителна важност в процеса на обучение на децата със СОП. Визуални графици, свързани с ежедневните дейности, ползването на тоалет, миенето на ръце, подготовката за обличане, хранене, сън, помагат и подкрепят детето в самостоятелното им изпълнение. Учителите не трябва да забравят, че ако е нужно прилагането на визуално разписание за дневния режим в групата, то цялата група трябва да бъде въввлечена в използването му.

Често в детските градини и ясли се провеждат тържества, на които се събират голям брой деца и възрастни. Това е „деликатен момент“ за детето със специални нужди. Повечето деца имат свръхчувствителност към много шум, затворени пространства с много хора или просто голям брой хора на едно място. Учителят е този, който ще подготви детето за това, което предстои. Понякога децата със СОП със своето поведение създават предизвикателни ситуации. Използването на символни картинки подпомага детето при разбиране на инструкциите и подобрява социалното поведение. Въвеждането на символна картинка, означаваща „промяна“ или „изненада“ и обяснението на предстоящите събития би помогнало на детето по-лесно да се настрои и адаптира към неочаквани промени. Ако детето със специални нужди използва жестов език или друг алтернативен метод на комуникация, то учителите и другите деца от групата трябва да са запознати с това, за да реагират по адекватен начин и да му оказват съдействие. Всяко дете има силни страни, които учителят и специалистите трябва да открият. Те ще бъдат база, от която да се тръгне, за да бъдат преодолявани затрудненията едно по едно.

Детската градина дава възможност на детето да общува и играе с други деца на неговата възраст. Там то се учи на самостоятелност и независимост. Тя подготвя детето за училище, насърчава детското творчество и откривателство, дава възможност на детето да изпробва нови дейности. Всяко дете има уникални качества, интереси, способности и образователни потребности. Образователните програми трябва да се създават така, че да вземат под внимание широкото разнообразие от тези качества и потребности. За да се почувства детето включено, трябва да има добра организация, да му се оказва

помощ, да има специализирани учебни материали, адаптирана среда, не на последно място да се създаде атмосфера на толерантност към различията и уважение към личността на всяко дете. Участието на родителите в процеса на обучението е от изключителна важност. Важно е партньорството както с родителите на детето със СОП, така и с родителите на другите деца. Всеки родител от групата трябва да знае, че в групата на неговото дете има дете/ деца със специални потребности и да е запознат в основни линии с особеностите на състоянията, за да очакваме една адекватна реакция и толерантност, която да бъде в подкрепа на цялостния процес. Родителите на деца със СОП като цяло подкрепят интегрираното обучение. Те смятат, че всяка възможност е добре да бъде използвана. В процеса на подготовка за училище те търсят най-добрите алтернативни форми за подкрепа на своите деца. Мултидисциплинарната връзка между специалистите по ранна интервенция, педагозите и родителите е важна при обмена на информация за децата, посещането на техните специфични нужди, поставяне на общи цели, изготвяне на график за терапия, както и общото им планиране и изпълнение.

Глава XII

Мониторинг и оценка

Процесът на мониторинг и оценка на услугите по ранна интервенция е ключова и неразделна част от самите услуги. Мониторингът и оценката се провеждат по предварително изработени план за дейности и индикатори за успех. Те са съобразени със заложените цели и дейности на програмата.

Мониторингът на услугата е фокусиран върху изпълнение на заложените дейности – следи се за това дали предварително планираните цели и дейности се реализират, дали има отклонение от плана и ако има, на какво се дължи. Мониторингът включва и наблюдение на финансовата дисциплина по изпълнението на дейностите.

Оценката на услугата има за цел да провери въздействието на услугата и да отчете нейните успехи или предизвикателства по време на реализацията. Оценката не е начин за техническо проследяване на реализираните дейности, а ИНСТРУМЕНТ ЗА РАЗВИТИЕ на услугата.

Мониторингът и оценката на услугата по ранна интервенция представляват постоянен процес, който започва ПРЕДИ стартирането на дейностите и продължава през цялото време на реализирането на услугата. Препоръчително е мониторингът и оценката да се извършват от външен оценител, който обаче работи в много тясна връзка с целия екип на услугата. Работата на външния оценител се подпомага от специално определен за това член на екипа на услугата. За по-мощни услуги се сформира отделен екип за мониторинг и оценка. За по-малко мощни услуги дейността може да се извършва и от един или двама души.

Има различни методи за извършване на мониторинг и оценка. Препоръчително е процесът да включва комбинация от работа с документи и емпирична работа с участието на екипа, реализиращ услугата и потребителите на услугите. Работата с документи включва проследяване на техническата и финансова изрядност на дейностите, както и използването на ключови документи за услугите, например формуляри за домашни посещения, за оценка на нуждите на семейството, за скрининг на състоянието на детето и др. Емпиричната работа може да включва реализирането на интервюта с членове на екипа и потребителите на услугите за проверка на реализираните дейности и за удовлетвореността от програмата, анкети за събиране на статистически данни, въпросници за бърза обратна връзка и др.

От основно значение при реализирането на мониторинга и оценката е предоставянето на обратна връзка за текущите резултати на ръководството

на услугата и на целия екип. За да може обратната връзка да се използва като инструмент за развитие, тя би могла да се поднася под формата на тематични презентации, семинари за споделяне на наученото, сформирани работни групи и др. Особено ефективен инструмент за развитие са така наречените „лаборатории за промяна“, където резултатите от оценката се поднасят на екипа на услугата в специално подготвени за това сесии, където оценителят и екипът на услугата заедно работят по планирането на предстоящи дейности или въвеждането на нови процедури на работа.

Добра практика е резултатите от мониторинга и оценката да бъдат обобщавани в междинни и крайни доклади. По този начин, наученото се документира и може да бъде използвано както по време на реализирането на самата услуга, така и при планирането на бъдещи услуги. Изработените доклади са и добър инструмент за застъпничество пред местни и държавни власти за осигуряване на устойчивост на услугите.

Глава XIII

Екипни срещи. Работа в екип. Междусекторно сътрудничество

13.1. Екипът

Екипът е малка група от хора с допълнителни умения, които са свързани пряко с постигането на специфични общи цели и резултати, чрез подход, за който са взаимно отговорни.

Работата в екип осигурява активното участие на всеки негов член, повишава вътрешната и външна мотивация. Всеки професионалист участва със силата на натрупания опит и информация, които има, а това е предпоставка за обмен на повече идеи. В екипната работа е налице взаимна зависимост и допълване. При този начин на взаимодействие, всеки член участва в общата работа със силните си страни - професионални умения и знания. В екипния процес възникват повече варианти за решаване на даден проблем. Екипната работа гарантира по-голяма увереност и сигурност за успеха на поставените задачи.

Екипът на Център за ранна интервенция на уврежданията, който работи по предоставянето на дейностите, се състои от:

- управленски екип – ръководител екип;
- мултидисциплинарен (специализиран/мобилен) екип от специалисти по ранна интервенция;
- външни специалисти.

13.1.1. Ръководител екип

Ръководенето на екип е една най-важните принципни възможности за успешно изграждане и функциониране на екипа. То е ориентирано към изпълнението на поставените цели, чрез конкретни действия, непрекъснато усъвършенстване и приемане на нови предизвикателства. Ръководителят на екипа трябва да може да определя целите на екипа и да координира общите действия за постигането им. Първостепенна задача на добрия ръководител на екип е да подбере подходящите хора, с които заедно да постига поставените цели. Успешният подбор изисква специфичните знания, уменията и естествените способности на членовете на екипа да се допълват взаимно.

От особена важност е създаването на екипен дух – силна идентичност с екипа, съпричастност към колегите и всеотдайност в работата. Ръководителят на екипа трябва да владее до съвършенство петте функции на упра-

влението – планиране, организиране, мотивиране, ръководство и контрол и освен това да умее да насърчава груповото вземане на решения.

13.1.2. Сформираният **мултидисциплинарен екип** се състои от: рехабилитатор/кинезитерапевт, социален работник, логопед, психолог, педиатър. Това са специалисти с образование в областта на детското развитие, работа със семействата, които получават надграждащо образование. Броят на персонала, квалификацията и опита му трябва да осигуряват качествено и навременно предоставяне на услугите по ранна интервенция.

За да се осъществи ефективно сътрудничество между всички членове на екипа, семейно-ориентираният подход в предоставянето на услуги насърчава всеки член на екипа да повишава професионалните си знания и компетенции. Членовете на екипа с различни специалности взаимно се обучават, учат едни от други и работят заедно, пресичайки традиционните граници на своята тясна специалност. Прехвърлянето на роли не е размяна на роли. То е споделяне на познанията, експертизата и опита и сред членовете на екипа, за да се подобрят услугите за семействата.

Ролите и отговорностите на всеки член на екипа трябва да бъдат ясно определени, като членовете изпълняват както специфични, така и някои общи функции. Например първоначалната оценка се извършва от мултидисциплинарен екип от специалисти – поради комплексността и обема на събираната информация и допълването на наблюденията на специалистите от различни дисциплини. Всеки член на екипа допринася за описването на оценката в областите, отнасящи се до неговата специалност. Екипно се осъществяват и други подобни съвместни дейности.

За ефективността на услугите по ранна интервенция за всяко дете и семейство се определя **водещ на случая**. Неговата роля е да осъществява и координира дейностите със семейството; да организира срещи на екипа и подпомага сътрудничеството и комуникацията между всички членове на екипа; да следи за воденето на документацията, за спазването на срокове и др.

За осигуряване качеството на предоставяните услуги, при необходимост могат да се ползват почасово **външни специалисти**, които се включват с експертния си опит в зависимост от нуждите на потребителите. Те могат да бъдат специалисти, обучители, супервайзори или оценители.

13.2. Екипни срещи и изграждане на екип

При изграждането на екипа трябва да се обърне внимание на особеностите на структурата на екипа. Когато членовете на екипа се съберат за първи път, те изпитват чувство на несигурност, неувереност, трудно се доверяват едни на други. Те може да не се познават помежду си, да имат различен про-

фесионален опит или да нямат предишен. Ролята на лидера на екипа е от съществено значение. На този етап се създават приятелски връзки, групи по интереси и т.н. Непосредственият резултат от тези срещи е осъзнаването, че целостта и единството на екипа са предпоставка за общия успех, а не индивидуалността. Необходимо е намиране на възможно най-подходяща структура и система на управление на самия екип. По принцип тази структура трябва да съответства на мисията и целите на екипа.

Екипът трябва да провежда редовни срещи за обсъждане на важни за хората въпроси. Това действа обединяващо. Както формалните, така и неформалните срещи трябва да са ефективни и конструктивни. Необходимо е да се отделя време в началото на всяка среща за преглед на постигнатото до момента и планиране на бъдещите дейности. Да се прави текущ преглед на случаите. Да се обсъждат възникнали промени, опасения и успехи. По време на срещите специалистите обменят информация за особеностите на семействата (характеристики, семейни роли, мотивация, нагласи и очаквания, подходи към децата); родителите изпълняват ли предложените дейности/съвети на специалистите, възникнала необходимост за връзка с външни лица или организации и др. Могат да се обсъждат както постижения с децата и семействата, така и възникнали проблеми, свързани с работата със семействата, партньорски организации, институции. Срещите могат да бъдат един път седмично, а в извънредни ситуации по-чести. В началото на всяка среща е добре да се определи роля на всеки – водещ, протоколчик. По възможност всички участници да бъдат предварително уведомени за дневния ред на срещата и за въпросите, които ще се обсъждат. Необходимо е ръководителят на екипа да изисква подготовката на предварителна информация, справка, отчет, който ще се обсъжда. По предварително зададения дневен ред всеки участник може да даде своите предложения. По време на тези срещи се води протокол. Той служи като писмен документ за взетите решения (срок, отговорник), дава възможност на отсъстващи членове на екипа да бъдат уведомени за срещата и да се запознаят с новостите и обсъжданията. Срещите да са с не много голяма продължителност – час, час и половина. Да се определят общи правила на поведение. Да се съобрази часа на срещата със заетостта на членовете на екипа.

Членовете на екипа попълват редовно формуляри за задължителна документация по случаите, които водят, ежедневно/седмично планират услугата, изготвят отчети и др. Класическият подход е определянето на задачите за следващия месец да става не по-късно от 25-то число на предходния. Що се отнася до контрола на изпълнението, то той е предоставен изцяло на екипа и той предвижда система в това отношение. Също с фактора време се обвързва и система за отчитане изпълнението на дейностите или на работата. Тук се допуска тъй наречения гратисен период за отчитане, т.е. не по-късно от 3-то до 5-то число на следващия след текущия месец.

Изграждането на екипа е продължителен процес. Той се формира на базата на предварително планиране, определено от естеството на работа, професионализъм и личностни качества.

13.3. Междусекторно сътрудничество

За малкото дете и неговото семейство, ползващи услуги по ранна интервенция, е от изключително значение да имат осигурен достъп до здравни, образователни и социални услуги. Семейно-ориентираният подход, прилаган в ранната интервенция, дава възможност да се изградят партньорски взаимоотношения и доверие между специалисти и семейство. Познавайки добре нуждите на детето и семейството, една от задачите на специалистите е да подпомогнат семейството при изграждането на връзки със здравни, образователни и социални услуги в общността.

Целта е да се използват предимствата на всеки сектор, като се постигне добра информираност и координация между услугите, които ползва семейството. Предимствата от това са прилагане на подходи и методи на работа, които не са в противоречие един с друг; обмен на информацията относно поставени цели, постигнати резултати, което да обедини усилията в една посока и да допълни общата картина за състоянието на детето и семейството и др.

Междусекторното сътрудничество реално може да се осъществи чрез подаване на информация (напр. индивидуален план) до личен лекар (при съгласие на родителя); насочване към медицински или друг специалист; обсъждане на прилагани методи на работа и постигнатите резултати; съдействие и подготовка на детето и семейството при постъпване в детска ясла или детска градина; консултиране на учителя относно спецификата на състоянието на детето и др.

От изключително значение за семейството е услугите по ранна интервенция да си взаимодействат ефективно с родилното отделение в общността и отдела за закрила на детето. Добра практика е да има координация между тези три звена и при раждане на дете с увреждане или риск от развитие на увреждане те да организират подкрепата в екип чрез следните стъпки:

- Подаване на информация от родилно отделение (РО) до ОЗД и услуга-та по ранна интервенция и координиране на необходимата подкрепа между трите звена. РО следва да предоставят пълна информация за състоянието на детето и нагласите и психологическото състояние на майката и семейството. ОЗД предоставят информация за всички социални услуги, материални и финансови помощи, които семейството би могло да получи.
- Организиране на среща за подкрепа на семейството от доставчика на услугата по ранна интервенция – психологическа подкрепа на майката

и семейството, представяне на услугите по ранна интервенция, предоставяне на информация за увреждането и рисковете, насочване към родителски организации на деца със същото увреждане или родител на такова дете, който е преминал обучение за оказване на подкрепа.

- При риск от изоставяне на детето срещата на доставчика по РИ (психолог) следва да предхожда срещата с ОЗД, за да могат да бъдат използвани всички възможности семейството да получи емоционална подкрепа, както и пълна информация за състоянието и перспективите, въз основа на които да вземе информирано решение.

Глава XIV

ПРИЛОЖЕНИЕ – ОБРАЗЦИ НА ДОКУМЕНТАЦИЯ

БЛАНКА ОТ ПЪРВОНАЧАЛЕН ТЕЛЕФОНЕН КОНТАКТ

Име на детето.....
Възраст / Дата на раждане
Име на родител.....
Град Тел за връзка
С какъв проблем е детето (диагноза)
Моментно състояние на детето по думи на близък
• двигателно развитие
• интелектуално развитие
• говорно развитие
Посещава ли детско заведение
Имейл

Общообразователни или специални ясли/ДГ/училище; Центрове за деца със специални нужди; Ресурсен център; Индивидуална работа със специалисти (логопед, психолог, специален педагог и др.). Има ли социален асистент или ресурсен учител.

Необходими документи, които да се предоставят при първа среща между специалистите и родителите:

- *Акт за раждане*
- *Медицински картон*
- *Консулти*
- *Епикризи*
- *РЕЛКК / ТЕЛК (ако има такава)*
- *Фото снимка*

Дата на обаждане: Приел информацията:.....

ДОГОВОР
за предоставяне на социални услуги към
Център за ранна интервенция на уврежданията

Днес..... в гр./с. между,
представяван от,
от една страна, доставчик на социални услуги към Център за ранна интервенция на уврежданията, и

.....
родител на детето

ЕГН.....
Адрес.....

от друга страна, наричан Потребител на социални услуги се сключи настоящия договор за срок от

Страните се споразумяха за следното:

I. Предмет на договора

Център за ранна интервенция на уврежданията предлага следните услуги:

- Домашни посещения от мобилен екип
- Индивидуална и групова работа в центъра
- Провеждане на родителски групи за взаимопомощ и подкрепа
- Поддържане на неформална родителска мрежа
- Групи за игра– дете и родител
- Информационни и обучителни дейности
- Ресурсна библиотека с литература и библиотека на играчките

II. Права и задължения на страните

A. Център за ранна интервенция на уврежданията се задължава:

- Да осигури на детето и родителите му ползването на предлаганите от т.1 услуги според нуждите на детето;
- Да уведомява своевременно родителите, когато не може да предостави договорените услуги поради отпуски, грипни ваканции, заболяване на специалисти и др.;

- Да отговаря за качеството на услугите и тяхното своевременно извършване;
- Да спазва изискванията за конфиденциалност на получената лична информацията според Закона за защита на личните данни.

Б. Права и задължения на потребителите на услуги:

- Родителите на детето имат право да бъдат информирани от специалистите за състоянието на детето, използваните методи и подходи, подпомагащи неговото развитие и възможностите за ползване на допълнителни социални, здравни и образователни услуги.
- Родителите имат право да се обучават и получават насоки от специалистите относно развитието на детето и посрещане на неговите нужди
- Родителите на детето заедно със специалистите съставят Индивидуалния план за услуги на детето и семейството.
- Родителите имат право да подават жалби до Ръководителя на Център за ранна интервенция на уврежданията по въпроси, касаещи предоставянето на услуги. Съобразно разработена процедура за подаване на жалби, Център за ранна интервенция на уврежданията гарантира, че ще приеме, разгледа и отговори на всички подадени жалби, без това да доведе до неодобрение или дискриминационно отношение към ползвателя на услугата.
- Родителите се задължават да уведомяват своевременно специалистите при необходимост от отлагане на домашно посещение и при възможност за насрочване на друго да се свържат с специалистите.
- При отсъствие на детето поради заболяване, родителите са длъжни да представят медицински талон от личния лекар. При отсъствие по семейни причини родителите на детето подават молба до Център за ранна интервенция на уврежданията.

III. Цена на договора

1. Услугите се предоставят на основание чл. 20 ал.3 от Правилника за прилагане на Закона за закрила на детето и потребителите не заплащат такса, тъй като се финансират от бюджета на община

.....

IV. Срок на договора

1. Краткосрочен – до 3 месеца;
2. Дългосрочен – над 3 месеца.

V. Условия и начин за прекратяване на договора:

1. При навършване на 6-годишна възраст на детето.
2. При подаване на писмена молба от родителя на детето, считано от датата на получаване на молбата в Център за ранна интервенция на уврежданията.
3. С предизвестие от Център за ранна интервенция на уврежданията, отправено писмено в 14-дневен срок от датата на прекратяване, в случай на неспазване на задължения по договора от страна на родителя.
4. След изтичане срока на договора.

VI. Общи условия

1. Настоящият договор се подписва в 2 еднообразни екземпляра – по един за всяка от страните.
2. Договорът се включва с пряко договаряне или с Направление от ОЗД.

Родител:..... Ръководител на Център за РИ:

**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ДАВАНЕ НА СЪГЛАСИЕ
ЗА ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИ ДАННИ
(съгласно чл.4 от Закона за защита на личните данни)**

От родител:.....

На детето:.....

Адрес:.....

С подписването на тази декларация заявявам, че съм предоставил/а информация за детето ми, представляваща лични данни и че съм уведомен/а от специалист от социалната услуга Център за ранна интервенция на уврежданията, че:

1. Предоставените от мен лични данни на детето ми, ще бъдат използвани само във връзка с участието му в социалната услуга Център за ранна интервенция на уврежданията
2. Данните ще бъдат съхранявани с изискуемото ниво за сигурност като регистри, картотеки и електронни данни.
3. Предоставените от мен данни няма да бъдат представяни на трети лица, с изключение на държавни органи – в кръга на тяхната компетентност.
4. Право на достъп до личните данни на детето ми да имат само специалистите, работещи с детето ми.

Като необходимо условие за ползване на социалната услуга Център за ранна интервенция на уврежданията, съм съгласен/а личните данни на детето ми да бъдат обработвани.

Дата:
.....

Име и подпис на родителя:
.....

ФОРМУЛЯР ЗА ДОМАШНО ПОСЕЩЕНИЕ

Дата:

Име на детето:

Присъстващи:

Цели:

.....

Дейности	Резултати

Напредък по настоящата програма:

.....

.....

.....

.....

Предложени нови дейности:

.....
.....
.....
.....

Друга информация:

.....
.....
.....
.....

Предоставени материали/оборудване:

.....
.....
.....
.....

Специалисти:

Дата на следващо посещение:

Описание на формуляра за домашно посещение

Дата: дата, на която се провежда домашното посещение

Име на детето: собствено и фамилно име

Присъстващи: Членове на семейството, които присъстват на домашното посещение освен детето

Цели: Цели на посещението. Взимат се от индивидуалния план за услуги на семейството.

Дейности: Това са дейностите, извършени по време на посещението и могат да включват игри, песни, двигателни дейности, разговори с родителите и др.

Резултати: Свързани са директно с дейностите и често е полезно да се включи информация, напр. постави кубче в кутия 4 пъти, направи 3 стъпки, държан за една ръка, изяде половин бурканче с бебешка храна.

Напредък по настоящата програма: Кратко описание на това какво ново има спрямо предходното посещение, дали са били успешни предложените от специалиста дейности. Важно е да се включи информация ако дейностите не са били успешни и по възможност защо.

Предложени нови дейности: Списък с нови идеи/дейности, по които родителят да работи с детето до следващото посещение.

Друга информация: Свързана е с други въпроси, които не попадат в никоя от другите категории, например детето е било болно предната седмица, ходило е на лекар; майката иска да се консултира с медицински лица.

Предоставени материали/оборудване: Дали са предоставени за ползване помощни средства – вертикализатори, проходилки, обувки, шини; играчки; брошури или други информационни материали и т.н.

Специалист/Терапевт: Име и подпис

Дата на следващо посещение: Планира се и се записва датата и часа за следващо посещение

ПЪРВОНАЧАЛНА ОЦЕНКА НА ПОТРЕБНОСТИТЕ НА ДЕТЕТО И СЕМЕЙСТВОТО

I. СОЦИАЛНА АНКЕТА

1. Имена на детето.....
2. Дата на раждане..... Навършена възраст.....
3. Име на майката..... Възраст.....
4. Образование..... Професия.....
5. Име на бащата..... Възраст.....
6. Образование..... Професия.....
7. Семейен статус:
 съжителство с брак; съжителство без брак; разведен родител;
 самотен родител; вдовец/ца.
8. Братя и сестри, възраст.....
9. Членове на разширеното семейство помагат ли при отглеждане на детето?
Кои?
.....
10. Адрес.....
.....
11. Телефони за връзка
12. Имейл:.....
13. Диагноза/ако има такава/:.....
.....
14. Личен лекар.....
15. РЕЛК/ ТЕЛК.....
16. Насочени от.....
17. Детето посещава ли детско заведение?.....

4. Период на кърмачето

Хранене.....

Пиене на течности.....

Захранване.....

Двигателно развитие.....

Езиково-говорно развитие: Гукане, Лепетна реч,

Първи думи....., Първи изречения

Прохождане.....;

5. Фамилна обремененост

6. Изследвания: ТФЕГ, КТ, МРТ, Не са правени:

7. Консултации със специалисти –

Неонатолог, невролог, офталмолог, ортопед, психиатър,

Други

8. Рехабилитация

9. Хоспитализация

10. Терапия

11. Наблюдение на детето:

Оценка на детето по области на развитие

Груба моторика:

Фина моторика:

Импресивна реч:

.....

Експресивна реч:

.....

Когнитивни умения

.....

Игра

.....

Личностно-социални умения

.....

Основни проблеми:

.....

12. Оценка на риска – изоставане в областите на развитие:

.....

13. Риск от увреждане

.....

14. Заключение

.....

Ръководител екип: Специалисти:

Дата:

ПРОУЧВАНЕ ПОТРЕБНОСТИТЕ НА ДЕТЕТО И СЕМЕЙСТВОТО

Въпросник за родители

Име на детето:

Име на родител:

Дата:

- | | ДА | НЕ |
|---|-------|-------|
| 1. Бихме желали да знаем повече за детското развитие относно: | | |
| а. хранене/пиене | | |
| б. сън | | |
| в. ходене по нужда | | |
| г. двигателни дейности | | |
| д. език | | |
| е. общуване | | |
| ж. игра | | |
| з. поведение | | |
| и. друго (уточнете) | | |
| 2. Бихме желали да се срещаме с други родители, които имат дете със сходни потребности | | |
| 3. Нуждаем се от повече информация за други услуги или ресурси в общността (родителски групи, други организации и т.н.) | | |
| 4. Бихме желали да научим повече за родителските умения | | |
| 5. Бихме желали да знаем повече за състоянието на нашето дете (информационни материали) | | |
| 6. Нашите спешни нужди са: | | |

.....
.....
.....

МОЕТО ДЕТЕ И СЕМЕЙСТВО

Как бихте описали поведението на детето си? (напр. спокойно, върши нещата бавно)

.....
.....

Силните страни на вашето дете:

.....
.....

С какви предмети обича да играе детето ви и как ги използва?

.....
.....

Как той/тя взаимодейства с деца и възрастни?

.....
.....

Общуване:

- а) Вербално (с реч)
- б) Невербално (с мимики, жестове, език на тялото)
- в) Разбиране

Любими занимания:

Какво вие и детето ви обичате да правите заедно?

.....

Ежедневни дейности

Хранене:

Часове за хранене през деня:

Видове храна, която детето яде:

Проблеми:

Предпочитания:

Сън:

Сън през деня:

Нощен сън:

Проблеми:

Предпочитания:

Къпане:

Проблеми:

Предпочитания:

Общност:

Къде ходи детето извън дома? (напр. пазарене, детската площадка, на гости и т.н.)

.....

Поведение/ Предпочитания/ Проблеми:

Как разбирате, когато детето ви желае внимание: да бъде успокоено, да си играете с него, храна/напитка или играчка?

.....

Как разбирате, когато детето ви е превъзбудено или отегчено, забавно му е или е изморено?

.....

Дейности, които обичам да правя с детето, са:

.....

Дейности, които не обичам да правя с детето, са:

.....

Довършете следните изречения с първата мисъл, която ви дойде на ума:
Ще бъде много различно, когато детето ми може

.....

.....

Наистина чувствам, че бих приел/а помощ за

.....

.....

Подкрепа на семейството:

Получавате ли подкрепа от членовете на разширеното семейство, детегледачка или близки приятели?

.....

Понякога излизате ли без детето?

Имате ли някакви планове за бъдещето:

.....

Попълнено от:

.....

Специалист от Центъра за ранна интервенция на уврежданията:

1.
2.
3.

ИНДИВИДУАЛЕН ПЛАН ЗА УСЛУГИ НА СЕМЕЙСТВОТО

Име на детето: Д-р:

Име на родителя: Възраст:

Адрес: Телефон:

Диагноза (ако има): Дата:

1. Описание на случая

Медицинска история Минала/настояща терапия	
Агенции, с които семейството работи	
Извършени оценки по програмата за ранна интервенция	
Притеснения на родителите	
Профил на развитието на детето	
Силни страни/ресурси на семейството	

2. Цели и задачи

Цел

Задачи

Цел

Задачи

Цел за семейството

3. Услуги

Какво ще се случва	Кои членове на екипа за ранна интервенция ще участват	Къде	Колко често	Начална дата

Ръководител екип:..... Специалисти:.....

Дата:.....

ОЦЕНКА НА ДЕТЕТО В ОБЛАСТИТЕ НА РАЗВИТИЕ

Име на детето:

Дата на раждане:

Идентиф. №:

Всяка област включва информация от стандартизирани тестове, информация от родителите/обгрижващите и от наблюдения на детето. Всеки раздел трябва да съдържа описание на настоящите способности, силни страни, дефицити и нужди на детето. Опишете функционалното ниво на тези умения. Описаните умения могат да бъдат демонстрирани по време на обичайна игра, обгрижване и дейности извън дома.

ПОЗНАВАТЕЛНО РАЗВИТИЕ

Този раздел включва уменията за игра и развитие на ранни понятия, като постоянство и функция на предметите. Включени са също класификация, пространствени отношения, решаване на проблеми, внимание към задачата, дейности за запомняне и готовност, особено свързаните с ранни умения за учене – подготовка за ограмотяване и за математически представи.

ЕЗИКОВО РАЗВИТИЕ

Този раздел включва ранно развитие на езика, включително способността на детето да разбира (рецептивен език) и изразява (експресивен език) своите желания, нужди и мисли в ежедневието, както и прагматиката, артикулацията, оралните механизми и др.

СОЦИАЛНО И ЕМОЦИОНАЛНО РАЗВИТИЕ

Този раздел включва способността на детето да ангажира другите и да взаимодейства в тяхната среда. Тук се включват също привързаността/отделянето на детето и автономията му; способността да следва рутини, указания, да научава правила и очаквания; взаимодействията с останалите членове на семейството; притеснения относно поведението; емоционални реакции към другите и т.н.

ДВИГАТЕЛНО РАЗВИТИЕ

Този раздел включва седеж, стоеж, придвиждане от едно място до друго, манипулиране на играчките, умения, свързани с подготовка за писане и развитие на грубата и фината моторика.

ГРИЖА ЗА СЕБЕ СИ

Този раздел включва уменията на детето за самообслужване като хранене, обличане, тоалетни нужди и др.

ДРУГА ИНФОРМАЦИЯ

Включете допълнителна информация от оценяване от други източници, или информация, незасегната в предишни раздели. Тук се описват нуждите, свързани с ползване на помощни средства. Този раздел включва също силни страни и затруднения на детето при усвояване на знания и умения в ежедневието. На база на тази информация се правят препоръки за интервенции, както и се извеждат цели за Индивидуалния план за услуги и стратегии за преподаване на умения.

Дата на изработване:

Екип по „Ранна интервенция“:

.....
.....

ПРИКЛЮЧВАЩ ДОКЛАД

Изходяща оценка

Име на детето:.....

Д-р.....

Име на родител:.....

Причина за насочване към социалната услуга Център за ранна интервенция на уврежданията /притеснения на родителите/

.....
.....

Обективно състояние

.....
.....
.....

Причини за напускане на социалната услуга Център за ранна интервенция на уврежданията

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Дата:..... Специалисти: 1.....

2.....

Примерен план за оценка на

Цел:		
1. Да подпомогне семейството да полага грижи за развитието на своето дете; 2. Да подпомогне развитието на детето според неговите „специални нужди“; 3. Да подпомогне семейството да изгради здрава емоционална връзка със своето дете с цел превенция на изоставянето.		
ДЕЙНОСТ	ИНДИКАТОРИ ЗА УСПЕХ	РЕЗУЛТАТИ
1. Договаряне на участие в Програма „Ранна интервенция“; 1.1. Изграждане на партньорски взаимоотношения със семейството	Договорено участие на семейството в предложената Програма за ранна интервенция; Създадено партньорство със семейството	Семейството е овластено и се чувства като равнопоставен участник в процеса на планиране и вземане на решения; Услугата се предоставя съвместно със семейството
2. Набелязване на поетапни цели и изготвяне на Индивидуален план за услуги на семейството с конкретни стъпки	Изготвен Индивидуален план за услуги на семейството, с набелязани цели и стъпки	Семейството и екипът на програмата работят по съвместно изготвен план, които води до подобрения в развитие на детето; Семейството е удовлетворено от постигнатите резултатите
3. Предоставяне на информация според идентифицираните нужди на семейството	Информирано семейство	Семейството използва предоставената му информация за задоволяване на конкретни нужди, свързани с развитието на детето
4. Създаване и развитие на контакти с други услуги в общността и (не)формални групи за взаимопомощ (мрежата за подкрепа на семействата и др.)	Осъществени и развити контакти на семейството с подходящи услуги в общността и/или (не)формални групи за взаимопомощ	Семейството става ползвател на други подходящи услуги в общността и/или се включва в групи за взаимопомощ
5. Предоставяне на експертна услуга от консултантите ранна интервенция	Предоставена експертна услуга на семейството от консултантите ранна интервенция	Експертната услуга, предоставена от екипа на програмата, води до подобряване на състоянието на детето в съответната област на интервенция Детето остава в семейна среда
6. Оценка на развитието на детето (прави се от специалистите на Програмата)	Изготвена оценка на развитието на детето	Оценката на развитието на детето води до актуализиране на индивидуален план за услуги на семейството и съответно до подобряване на състоянието на детето

услугата домашни посещения

Подход и средства			
МЕТОД НА СЪБИРАНЕ НА ДАННИ	ИЗТОЧНИК НА ДАННИ	ВРЕМЕ	ОТГОВОРЕН ЗА СЪБИРАНЕ НА ДАННИ
Полуструктурирани интервюта	Родители; Консултанти ранна интервенция	Регулярно	
Преглед на документи Полуструктурирани интервюта	Родители Консултанти ранна интервенция Индивидуални планове за услуги на семейството	Регулярно	
Полуструктурирани интервюта Преглед на документи	Родители; Консултанти ранна интервенция Формуляри за домашни посещения Въпросник за идентифицираните нуждите на семейството	Регулярно	
Полуструктурирани интервюта Преглед на документи	Родители; Консултанти ранна интервенция Формуляри за домашни посещения	Регулярно	
Полуструктурирани интервюта Преглед на документи	Родители; Консултанти ранна интервенция Формуляри за домашни посещения	Регулярно	
Преглед на документи	Оценки на развитието на детето Индивидуални планове за услуги на семейството	Регулярно	

Библиография:

1. Айзенберг, А., Какво те чака през втората и третата година на детето, ИК „Емас“, 2007 г.
2. Аутизъм и генерализирани разстройства на развитието – статии, разкази на родители, Добрич, 2004 г.
3. Бакюс, Ан, „Моето бебе от 1 до 3 години“, ИК „Слънце“, 2014 г.
4. Белчева, Д. Нарушения на общуването при детски аутизъм., Сп. Специална педагогика, октомври, 1999 г.
5. Бончева, Ив., Психология на детското развитие, ИК „Славена“, 2013 г.
6. Боянова, В., От симптома към диагнозата в логопедичната практика, НБУ, 2012 г.
7. Бутоу, А., ВСВА-D, Международна конференция по аутизъм 2014 г., Варна
8. Василева, Н. Проблеми на ранната диагностика на аутизма, СУ „Свети Климент Охридски“, Катедра Специална педагогика
9. Върбанова, П., Педагогически и възпитателни стратегии при работа с аутистични деца., Сп. Специална педагогика, юни, 1999 г.
10. Георгиев, Л., Психология на развитието и възрастова психология, София, 2005 г.
11. Грижа за растежа и развитието на детето, ИК „Софтпрес“, 2009 г.
12. Декларация от Саламанка, Испания, юни 1994 г.
13. Десев, Л., „Речник по психология“, София, 2003 г.
14. Еванс, М., Какво е аутизъм. Работа с аутистични деца., 2000 г.
15. Желев, В., Физиотерапия в педиатрията, учебник за студенти по физиотерапия, ИК „Авангард Прима“, 2012 г.
16. Иванов, Ив., С. Мутафов, Педагогическа хигиена, Шумен 1996 г.
17. „Интегрираното обучение – от концепцията към практиката“, април-септември 2006 г. – изследване на Фондация „Спасете децата – Обединено Кралство“, Център за приобщаващо образование
18. Как се развива вашето дете 0-4 г.? Издание на Програма „Ранна интервенция“ на Фондация „Карин дом“
<http://karindom.org/bulgarian/programa-ranna-intervencia/biblioteka/kakse-razviva-vasheto-dete-/>
19. Канарис, Х., Обучителен наръчник с лекции, Варна, 2008 г.
20. Колчева, Н., Комуникативното развитие при аутистичните деца., Сп. Специална педагогика, септември, 2000 г.
21. Максън, Д., Хранителни проблеми при децата с аутизъм, Идеи и стратегии в изграждане на уменията за самообслужване, Международна конференция по аутизъм 2014 г., Варна

22. Манова, М., Хиперактивното дете. Практическо ръководство за разбиране и терапия на деца със синдром на дефицит на внимание и хиперактивност, София, 2012 г.
23. Матанова, В., Психология на аномалното развитие, София, 2003 г.
24. Матанова, В., Аутизъм. Диференциална диагноза, София, 2007 г.
25. Минчев, Б., Психология на човешкото развитие, Варна, 2005 г.
26. МКБ-10, София 1998 г.
27. Назир, Р., Медицински интервенции при аутизма: как да решим какви терапии да прилагаме, Международна конференция по аутизъм 2014 г., Варна
28. НАРЕДБА № 1 от 23 януари 2009 г. за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания
29. Наръчник с учебни теми и материали, ЦСРИ „Карин дом“, 2009 г.
30. Национален план за интегриране на деца със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания
31. Национална програма за развитие на училищното образование и предучилищното възпитание и подготовка (2006 – 2015 г.)
32. Обществени нагласи и отношение към приобщаващото образование – изследване на агенция Алфа Рисърч, май 2006 г.
33. Петрова, Св., Василева, Д., Киркова, И., Станчева, Н., 50 въпроса и отговора за аутизма, ИК „Псидо ЕООД“, 2010 г.
34. Попзлатева, Ц., Лекции по психопатология, ФНПП – СУ
35. Попов, Г., Обща и клинична психопатология, ИК „Стено“, Варна, 2010 г.
36. Постел, Ж., „Речник по психиатрия и клинична психопатология“, Плевен, 2000 г.
37. Ричмън, Н. Общуването с децата. Как да помогнем на децата да се справят в условията на тежък стрес, Save the Children
38. Станкова, М., Клинични и социални аспекти на поведенческите проблеми в предучилищна възраст, София, 2012 г.
39. Травърс, Дж., ВСВА-D, Международна конференция по аутизъм 2013 г., Варна
40. Фрост, Джо, Отглеждане на дете от 1 до 5 години, ИК „Хермес“, 2013 г.
41. Цокова, Д., Аутизъм. Въведение в теорията и практиката на нарушенията от аутистичния спектър, София, 2004 г.
42. Шапкова, П., Как да работим с деца с аутизъм, София, 2012 г.
43. Канккунен, А., Научитесь помнимать меня, Руководство для родителей и педагогов, Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2005 г.
44. Руководство по раннему обучению 3-6 лет, Портредж, США, „Петербург XXI век“ 1995 г.
45. A parent`s guide to early education, Portage Guide To Early Education, S. Bluma, M. Shearer, A. Frohman, J.Hilliard, 1977

46. BOBATH, B (1975): Motor development in the different types of cerebral palsy Heinemann, London
47. BOBATH, K (1980): A neurophysiological basis for the treatment of cerebral palsy Heinemann, London
48. BOBATH, B & BOBATH, K (1984): The neurodevelopmental therapy In Scurlton (Ed) The management of the motor disorders of cerebral palsy Heinemann, London
49. Brito, A.T., Serrano, A., ECI practices in Portugal
50. ECI Webinar series: Practical strategies for working with children with autism, Cathleen McConnell Fad
51. European Agency for Development in Special Needs Education, Early Childhood Intervention, Analysis of Situations in Europe, Key Aspects and Recommendations, Summary Report
52. Florida's Early Intervention Professional Competencies
http://www.floridahealth.gov/alternatesites/cms-kids/providers/documents/Professional_Competencies.pdf
53. Gagnon, Elisa. „Power Cards: Using Special Interests to Motivate Children and Youth with Asperger's Syndrome and Autism.” Autism Asperger Publishing Company. Shawnee Mission, Kansas. 2001.
54. Gine, Cl., ECI practices in Spain
55. Goldman, Suzanne E., McGrew, Susan, Johnson, Kyle, Richdale, Amanda, Clemons, Traci. „Sleep is Associated with Problem Behaviors in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders.” Research in Autism Spectrum Disorders. 5(3), September 2011, 1223-1229.
56. Gray, Carol, Atwood, Tony. „The New Social Story Book.” Future Horizons. Arlington, Texas. 2010.
57. Mauro, T., Special Education Transitions
http://specialchildren.about.com/od/specialeducation/a/transitioneipk_3.htm
58. Newman, J. ECI practices in the USA
59. Pretis, M. ECI practices in Austria and Germany
60. Sensory Stories©. Therapro, 2011. www.sensorystories.com
61. Super Duper Handy Handouts, № 196, Joint Attention Skills and the Child with Autism
62. Wiggs, Luci, BSc, Dphil, Stores, Gregory, MA, MD, FRCP. „Sleep Patterns and Sleep Disorders in Children with Autistic Spectrum Disorders: Insights using Parent Report and Actigraphy.” Developmental Medicine and Child Neurology, 2004, 46: 372-380
63. Wikipedia, Joint attention