

Северные дети Раннее вмешательство для детей и семей

Северный центр благосостояния и социальных исследований (NVC)

Результаты проекта «Раннее вмешательство для семей»



Nordic children—Early intervention for children and families

Publisher:
Nordic Centre for Welfare and Social Issues
www.nordicwelfare.org
© November 2012

Editors: Kristin Marklund and Nino Simic

Principal authors: Kristin Marklund, project manager of 'Early intervention for families', Anna-Karin Andershed and Henrik Andershed, Örebro University.

Other authors: Mirjam Kalland, Petra Kouvonen, Terje Ogdén, Helene Hjort Oldrup, Knut Sundell, Nino Simic and Eivor Söderström.

Editorial staff: Kristin Marklund, Petra Kouvonen, Nino Simic

Legally responsible publisher: Ewa Persson Göransson

Illustrations: Helena Halvarsson

Graphic design: www.aasebie.no

Printing: Ineko

ISBN: 978-87-7919-073-3

No. of copies: 800

**Nordic Centre for Welfare and Social Issues
Sweden**

Box 22028, 104 22 Stockholm, Sweden
Street address: Hantverkargatan 29
Phone: +46 8 545 536 00
info@nordicwelfare.org

**Nordic Centre for Welfare and Social Issues
Denmark**

Slotsgade 8, DK-9330 Dronninglund, Denmark
Phone: +45 96 47 16 00
nvcdk@nordicwelfare.org

**Nordic Centre for Welfare and Social Issues
Finland**

Topeliusgatan 41 a A, FIN-00250 Helsinki, Finland
Phone: + 358 (0)40-0612015
nvcfi@nordicwelfare.org

The report can be ordered as a printed copy or downloaded at:
www.nordicwelfare.org
under the 'Publications' tab.

In digital format, the booklet is also available in
Danish, Finnish, Norwegian, Icelandic and English.

**Перевод на русский язык, вёрстка и подготовка к печати
– СПб ООО «Санкт-Петербургское Общество «А-Я»**





Введение

Вы держите в руках первую часть доклада о проекте «Раннее вмешательство для семей». Этот проект является частью инициативы Совета Министров Северных Стран в 2011 и 2012 годах в области «Раннего профилактического вмешательства для семей, подверженных риску социальной маргинализации». Как следствие этого приоритета Северному Центру Благосостояния и Социальных Исследований (NVC) было поручено осуществить данный проект. Его цель состоит в том, чтобы распространить результаты научных исследований и опыт применения лучших практик, а также создать Северные сети. Проект содержит четыре основных направления: современные исследования факторов риска и защиты, удачные примеры раннего вмешательства в Северном регионе, рекомендации по упрощению доступа к услугам и «Пусть детские голоса будут услышаны!» В первой части доклада, которую Вы сейчас читаете, представлены результаты первых двух направлений проекта.

ЧАСТЬ 1

РАННЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ДЛЯ СЕМЕЙ И ДЕТЕЙ В СЕВЕРНЫХ СТРАНАХ	6
Раннее вмешательство – в начале жизни	7
Маленькие дети более восприимчивы	7
Сотрудники дошкольных учреждений должны реагировать	8
Систематический анализ в партнерстве с родителями	8
Раннее вмешательство как непрерывный процесс	9
Вмешательства должны быть адаптированы к целевой группе	9
Универсальное, избирательное или индикаторное вмешательство?	10
Дошкольное учреждение – место для выявления уязвимых детей	10
Предлагать вмешательство, которое работает!	10
Обучать, направлять и поддерживать родителей	11
Дайте детям возможность развиваться	11
Родительская поддержка как раннее вмешательство	12
ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ В СЕВЕРНЫХ СТРАНАХ – МОДЕЛЬ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	13
Почему родительские обучающие программы, основанные на руководстве?	17
Обучение в родительских программах поддержки	17
Выбор правильной программы	17
Как идти в ногу с научными исследованиями?	18
Что делать, когда нет никаких исследований?	18
ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ С ОЧЕНЬ МАЛЕНЬКИМИ ДЕТЬМИ	20
Поддержка родителей в первые годы жизни ребёнка	20
Что же говорят исследования о вмешательстве для детей в возрасте 0-3 лет?	20
Важность раннего общения и ранней привязанности	22
Примеры перспективных вмешательств для начинающих родителей	24
Программы подготовки к школе, как раннее вмешательство	26
Успешное внедрение новых методов	27
Национальное внедрение более эффективно	29
Раннее вмешательство целесообразно	30
Реализация РМТО в Исландии, ресурсы которой ограничены	33
Пример: РМТО с родителями из Сомали и Пакистана – интервью	34
Заключительные слова	35

ЧАСТЬ 2

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ЗАЩИТЫ У ДОШКОЛЬНИКОВ НА ИХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В БУДУЩЕМ – ЧТО МЫ ЗНАЕМ ИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ И КАК ЭТОТ ОПЫТ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЁН В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ	36
Внимание на экстернализацию и интернализацию проблем	37
Что такое факторы риска и защитные факторы?	38
Факторы риска и защиты существуют на многих уровнях	39
Какие факторы риска и защиты у детей дошкольного возраста?	40
Могут ли исследования в США быть применимы к Северным детям?	40
Поведенческие проблемы – один из самых значительных факторов риска	42
Множество факторов риска означает более высокие риски	43
Сходства между мальчиками и девочками с точки зрения факторов риска и защиты	43
Наследственные и окруженческие аспекты факторов риска и защиты	43
Применение знаний о факторах риска и защиты на практике	44
Профилактика и терапевтическая работа, нацеленные на риск	44
Не точная наука	45
Три принципа риск-ориентированной профилактики и терапевтической работы	45
Необходимость структурированных инструментов оценки факторов риска и защиты	46
Важность образования	47
Какие специалисты могут применять риск-ориентированную профилактику и терапию?	47
Оценка, вмешательство и последующие наблюдения	48
Заключительные слова о факторах риска и защиты	49
Поощрение диалога с родителями – опыт из Финляндии	49
Вызов	50
Родители являются специалистами по своим детям	50
Риск-ориентированная работа на практике – пример из шведского муниципалитета Sjöbo	51





В течение двух лет эксперты из Северных стран проводили регулярные встречи, чтобы подготовить предложения для отбора наиболее работоспособных и эффективных методик раннего вмешательства. Исследователи и практики представили много хороших примеров из своих стран. Одним из результатов стала модель реализации родительских поддерживающих программ «Поддержка родителей в Северном регионе». Был сделан ряд следующих выводов. Вместо большого количества используемых программ, многие из которых не подтверждают свою эффективность в ходе исследований, в Северных странах рационально иметь меньше программ – только те, которые получили высокую научную оценку. Некоторые из рассмотренных программ были, вероятно, эффективны, но им не хватало как документации, так и последующих наблюдений. Пан-северные исследования могут быть реализованы с акцентом на нескольких отдельных вмешательствах. Успешная реализация методологии имеет важное значение для достижения высоких результатов. Национальная поддержка программ оказалась одним из способов повышения успеха.

В дополнение к вышеназванной модели, приводились примеры программ, которые выявляют родителей с новорожденными детьми и программ подготовки к школе в Дании. Также был проведен и представлен обзор исследований в области факторов риска и защитных факторов. А также знаний, необходимых для выявления детей и семей, нуждающихся в поддержке и знаний, необходимых для подготовки интервенций, которые усиливают защитные факторы и уменьшают факторы риска. Раннее вмешательство целесообразно, не в последнюю очередь, с социально-экономической точки зрения. Большинство родителей в Северных странах во время беременности получают поддержку от центров опеки и попечительства, и почти все дети посещают дошкольные учреждения. В Северных странах, поэтому, мы имеем уникальную возможность для выявления детей и семей, нуждающихся в поддержке на ранней стадии, и для предложения такой помощи.

РАННЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО – В НАЧАЛЕ ЖИЗНИ

Дети с риском развития функциональных проблем не имеют времени ждать. Надо, чтобы кто-то своевременно определил, какие проблемы у них есть и то, как с ними бороться. Для таких детей ранняя помощь означает хорошую помощь. Это значит, что можно предотвратить рост той или иной проблемы, с которой в дальнейшем будет все труднее справляться. Как правило, затруднения связаны со сном, питанием, гигиеной или с игрой. Могут возникать трудности с обучением или развиваться проблемы с окружением, а также возможно проявление биологической незрелости, что может быть временным. Внимания требуют дети с задержкой развития речи, дети с пониженными функциональными способностями и те, у кого в семье сложные обстоятельства. Всем, возможно, потребуется специальное обучение, сопровождение и адаптация – социальная, педагогическая или физическая. В некоторых случаях проблемы могут быть прогрессирующими, то есть новые проблемы добавляются к старым, когда дети становятся старше. Например, у детей с речевыми проблемами есть трудности с обучением чтению в начальной школе, что, в свою очередь, может привести к повышенным затруднениям на протяжении всей их школьной жизни.

МАЛЕНЬКИЕ ДЕТИ БОЛЕЕ ВОСПРИИМЧИВЫ

Для того чтобы вмешиваться своевременно, проблемы детей из зоны риска должны быть определены заранее. Очень важно точно выявить и сопоставить функциональную проблему, а затем следовать ей с вмешательством. Чем позже ребенок получает помощь, тем труднее ему правильно помочь. И хотя очень многие маленькие дети демонстрируют явные признаки того, что у них есть проблемы, многие не получают помощь вовремя. Ранняя помощь является хорошим подспорьем и маленькие дети, во многом, более легко попадают под её влияние и более восприимчивы, чем дети старшего возраста.



СОТРУДНИКИ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДОЛЖНЫ РЕАГИРОВАТЬ

Одним из препятствий для раннего вмешательства может быть то, что те, кто работает с очень маленькими детьми занимают выжидательную позицию – «подождать и посмотреть». Это нормально, что существуют различия между детьми, и они ожидают, что некоторые дети вырастут из своих проблем. Это также верно для некоторых детей, например тех, кто взрослеет позже, чем их сверстники, или тех, кто развивается поздно по другим причинам. Когда те, кто работает с детьми, например, сотрудники в дошкольных учреждениях, настороженно относятся к выявлению детей в зоне риска, причина часто в том, что они не хотят, чтобы детям «приклеивали ярлыки» или «подвергали стигматизации». Персонал знает, что ранний диагноз может иногда иметь непреднамеренные негативные последствия, и поэтому хочет защитить детей от этого. Диагноз может также быть ненадежным, что означает, что некоторые дети не диагностируются правильно вообще, и не получают специального лечения.

Еще одна проблема раннего выявления в том, что разные источники дают различные оценки детских функциональных уровней и проблем. Существует часто удивительное отсутствие согласованности между точкой зрения родителей на их ребенка в домашних условиях и взглядами персонала в дошкольных учреждениях. Это затрудняет определение статуса развития ребенка. Однако, какова бы ни была причина для занятия выжидательной позиции до начала анализа и идентификации, это не хорошо, конечно, для детей, которые требуют неотложного вмешательства.

Таким образом, для всех, кто работает с детьми и семьями, важно быть в курсе, что есть дети с особыми потребностями. В то же время, работа по анализу должна принимать во внимание многие элементы неопределенности, которые связаны с детским статусом риска, и должна быть показана осторожность при использовании диагноза или других критериев для классификации детей. Хорошим подспорьем может быть проведение исследования факторов риска и защитных факторов и их анализ, чтобы определить сильные и слабые стороны ребенка. Процедура раннего выявления уязвимых детей должна быть стандартизирована на научной основе, а не определяться субъективными мнениями. Если подход принимает во внимание уровень развития ребенка, анализ может следовать за ранним вмешательством для исправления, предотвращения или стимулирования развития ребенка.

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ В ПАРТНЁРСТВЕ С РОДИТЕЛЯМИ

Раннее выявление должно основываться на наблюдениях и на оценке детей в их повседневной среде и использовать широкий подход к их физическому, умственному, социальному и эмоциональному функциональному уровню и проблемам. Работа должна быть точной, так что-

бы большая часть времени и опыта посвящались детям, которые в этом больше всего нуждаются. Таким образом, анализ необходим для последующих мер системного характера.

Это может быть реализовано как трехступенчатый процесс, в котором первый этап состоит из неофициальных оценок всех детей, которые осуществляются опытным персоналом в медицинском центре или в дошкольных учреждениях. Критерии оценки могут быть сформулированы в качестве контрольных списков (чек-листов) и должны быть основаны на соответствующих научных исследованиях. Детей, которые отличаются от своих сверстников в важных областях или тех, кто должен быть изучен по другим причинам, следует рассматривать более глубоко. Второй этап может состоять из анализа и оценки взаимодействия, поведения и навыков с помощью стандартизированных инструментов анализа или процедур наблюдения. Более детальное исследование должно выполняться в отношении детей, у которых отмечается превышение критических порогов. Третий этап может состоять из тестов и индивидуальных наблюдений в структурированной и неструктурированной деятельности, в которых производится более глубокий анализ поведения и развития ребенка. Важно чтобы на протяжении всего процесса родители были хорошо информированы и принимали в нём участие, особенно если ребенок нуждается в дальнейшем исследовании.

РАННЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО КАК НЕПРЕРЫВНЫЙ ПРОЦЕСС

Важно отметить, что раннее вмешательство не является «вакциной», которая имеет неограниченное по времени действие. Для некоторых детей может быть необходимым поддержание мер вмешательства в течение длительного времени, если они хотят работать. Когда дети становятся старше, они могут быть подвержены рискам в виде новых нагрузок и стрессов. Поэтому раннее вмешательство для них нельзя рассматривать как вмешательство разовое. Это непрерывный процесс, в котором нужно внимательно следить за периодами в жизни детей и за ситуациями, в которых они могут быть подвержены стрессу. Например, когда дети из дошкольников становятся школьниками.

ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДОЛЖНЫ БЫТЬ АДАПТИРОВАНЫ К ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЕ

Дети также могут быть разделены на группы риска или группы вмешательства. Большинство детей принадлежат к группе низкого риска, с хорошими интеллектуальными, двигательными, поведенческими, социальными и эмоциональными функциями. *Небольшая группа детей находится в зоне риска, у них могут развиваться функциональные трудности, так как они подвержены рискам индивидуального характера и окружающей среды.* Последней и самой маленькой группой являются дети, у которых уже развились проблемы с психическим здоровьем, двигательными на-

выками, поведением или когнитивными функциями. Этим детям, возможно, потребуется обширная, долгосрочная помощь и стимулирование. Предположительно, это та группа, которой полезно наиболее раннее вмешательство. Перед началом раннего вмешательства должно быть ясно, какие дети находятся в целевой группе.

УНИВЕРСАЛЬНОЕ, ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ИЛИ ИНДИКАТОРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО?

Универсальное вмешательство, как правило, профилактическое и охватывает всех детей. Избирательное вмешательство направлено на детей, которые оцениваются как находящиеся в зоне риска. Индикаторное вмешательство ориентировано на детей, которые особенно уязвимы или уже имеют развитие функциональных проблем. Фактором риска в развитие ребенка является склонность к образованию когерентной модели поведения, которая возникает у чувствительных детей, когда они подвергаются негативным социально-психологическим воздействиям. Не всегда можно предвидеть проблемы, к которым приведет такой паттерн – одни и те же факторы риска могут привести к различным формам развития проблемы. Как следствие, раннее вмешательство должно иметь более широкую область внимания для предотвращения проблемы и развития детских ресурсов и опыта.

ДОШКОЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ – МЕСТО ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ УЯЗВИМЫХ ДЕТЕЙ

По сравнению с детьми младшего школьного возраста, дошкольники в Северных странах получают меньше специальной педагогической помощи, психиатрического наблюдения или обслуживания со стороны государственных социальных служб. Это может быть признаком того, что дошкольные учреждения слишком мало используются как место для выявления уязвимых детей и что вмешательство в основном начинается с момента поступления в школу. Есть исследования, которые показывают, что дошкольное учреждение имеет меньшее влияние на детей, чем родители и дом, и по этой причине важно, чтобы родители участвовали в раннем вмешательстве. «Низкий порог» доступа часто является преимуществом для раннего вмешательства, потому что сами родители могут легко вступить в контакт со специалистом и попросить оценки проблем своего ребенка. Такая возможность должна быть доступна там, где ребенок часто бывает – в дошкольном учреждении или в медицинском центре. Дошкольные учреждения имеют уникальную возможность для принятия профилактических мер, определения потребностей и осуществления интервенций для детей, которые нуждаются в дополнительной заботе и помощи по развитию и формированию навыков. Ограничивая использование диагностики и категоризации детей в зависимости от типа и степени функциональных проблем, можно предотвратить стигматизирующие воздействия раннего вмешательства на детей и их среду.

ПРЕДЛАГАТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, КОТОРОЕ РАБОТАЕТ!

Растёт понимание того, что раннее вмешательство должно состоять из мер, которые согласно исследованию, работают относительно определенных проблем и в конкретных ситуациях. Другими словами, важно, чтобы использовались лучшие, наиболее эффективные подходы – и пусть исследования руководят практикой. Есть модели, программы, меры и методы, которые показали хорошие результаты при использовании контролируемых параметров оценки.

Вмешательства должны быть четко описаны с помощью методических рекомендаций или руководств и обязаны осуществляться в соответствии с теоретическими и практическими предпосылками. Оценка должна показывать пользу для детей и их семей от интервенций, а также от осуществления стратегии вмешательства. *Если мера не приводит к положительным результатам, это может быть связано с тем, что вмешательство не было столь эффективным, как ожидалось, или его реализация была недостаточной.*

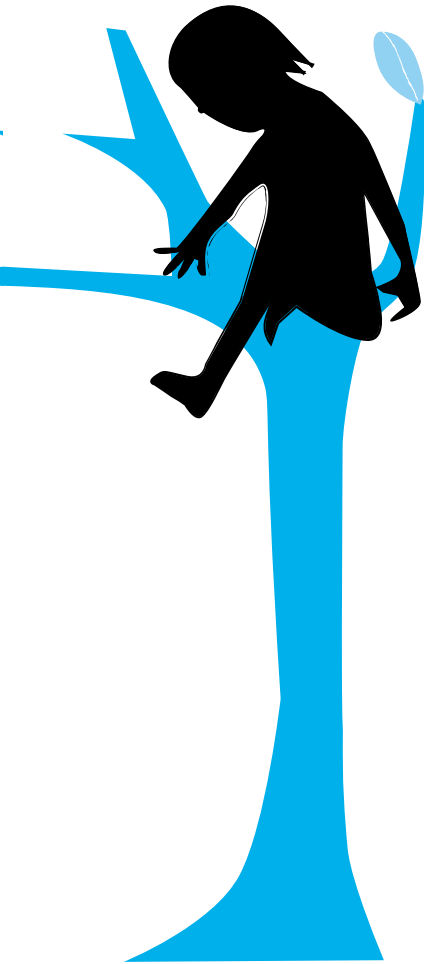
ОБУЧАТЬ, НАПРАВЛЯТЬ И ПОДДЕРЖИВАТЬ РОДИТЕЛЕЙ

Раннее вмешательство для детей, которые еще не начали ходить в школу, часто направлено на улучшение их физического здоровья или стимулирование умственного, социального и эмоционального развития. Тем не менее, вмешательство может быть начато ещё раньше с наблюдения за матерями во время беременности и родов. Обзор международного опыта показывает, что большинство профилактических вмешательств направлено на детей дошкольного возраста и стремится стимулировать их умственное развитие или иным способом повысить их способности справляться в школе. Также было показано, что некоторые вмешательства имеют долгосрочный положительный эффект влияния на детские игровые функции. Обучение, руководство и поддержка родителей также является общим знаменателем успешных проектов и методик, так как они часто сосредотачиваются на развитии знаний и опыта, инициативы и самостоятельности среди родителей и детей.

ДАЙТЕ ДЕТЯМ ВОЗМОЖНОСТЬ РАЗВИВАТЬСЯ

Не все дети могут достичь уровня развития, возможного с точки зрения функционального ресурса, так как наследственность может ограничить способность к обучению и потенциал развития. Несмотря на это, важно в полной мере использовать связанные с окружающей средой вмешательства, чтобы независимо от кондиций детей стимулировать и поддерживать их в обучении и развитии.

Целью раннего вмешательства является уменьшение риска развития поведенческих, умственных или физических проблем, проблем со здоровьем или в школе. Вмешательство может включать в себя выявление и стимулирование детских ресурсов и талантов, а также развитие их способности справляться со стрессами, неудачами и кризисами.



Это может включать в себя создание благоприятной среды вокруг ребёнка, в которой он чувствует свою уникальность и необходимость и в которой он учится важным навыкам, дающим возможность сделать свой вклад и получить за него признание.

РОДИТЕЛЬСКАЯ ПОДДЕРЖКА КАК РАННЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Одним из результатов Северного проекта являются предложения по улучшению реализации в Северных странах родительской поддержки. Основная идея состоит в том, чтобы сосредоточиться на весьма ограниченном числе программ поддержки родителей и на их реализации во всех муниципалитетах. Это означает, что могли бы осуществляться пан-северные исследования, что приведет к большей эффективности затрат, в частности, в плане обучения и внедрения. Введение национальной поддержки реализации родительских программ кажется эффективной моделью. Реализация программы TIBIR в Норвегии является хорошим примером для Северного региона. В качестве программы родительской поддержки в Северных странах предлагается упрощенная модель TIBIR. Важно адаптировать программы поддержки родителей таким образом, чтобы они стали также привлекательными для родителей, подверженных риску маргинализации. Ниже в этой брошюре мы покажем, как поддержка родителей была успешно реализована для семей из Пакистана и Сомали.

TIBIR – РАННЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ДЛЯ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА

Программа TIBIR была разработана в Норвегии на основе опыта предыдущей работы. Целью TIBIR было предотвратить и устранить поведенческие проблемы у детей в возрасте 3-12 лет на ранней стадии и способствовать развитию позитивного социального поведения. Таким образом, программа усиливает вмешательства, направленные на семьи с детьми, которые уже имеют развитые поведенческие проблемы, или которые находятся под угрозой их развития. Программа состоит из шести модулей вмешательства, которые формируют общую стратегию вмешательства для семей с детьми. TIBIR-обучение предназначено муниципальным служащим, которые работают в сфере социальных услуг для детей и семей.

12

Подробнее:
www.atferdssenteret.no



Поддержка родителей в Северных странах – модель раннего вмешательства.

Родительская поддержка в Северных странах включает в себя поддержку семьи на трех уровнях. Основная идея заключается в том, что родители должны легко получать поддержку и что поддержка должна предоставляться на ранней стадии. Когда проблемы серьезные, доступ к помощи и получению более широкой поддержки должен быть очень простым. Предложенное вмешательство должно быть оценено и должно показать хорошие результаты в исследованиях.

Реализация родительской поддержки в Северных странах предполагает, что диапазон вмешательства ограничен, и результаты предлагаемых интервенций можно оценить. Исследование требует времени, и постоянная замена вмешательства может означать, что знание того, что работает, не используется. Лучше мыслить перспективно, а не заменять вмешательства, прежде чем вы узнаете, что работает.

Родительская поддержка в Северных странах является пакетом с полным спектром услуг ранней поддержки семей с детьми в муниципалитете. Реализация поддержки родителей в Северных странах не означает автоматическое увеличение расходов муниципалитета на профилактическую работу. Она может включать повторное определение приоритетов вмешательства, которое уже существует. Во время вводного периода могут производиться затраты на обучение и ведущих сотрудников, которые будут руководителями групп. Это важно для того, чтобы был долгосрочный план по реализации модели. Родительская поддержка должна быть оценена и, в случае необходимости, адаптирована к потребностям различных целевых групп.

В основе модели – общая база знаний для сотрудников, которые работают с детьми. Все специалисты, работающие с детьми, например в дошкольном или семейном центре, должны знать о факторах риска и защитных факторах. Для распространения этого знания для всех сотрудников, работающих с детьми, образовательные инициативы могут осуществляться непрерывно.

Подробнее о факторах риска и защиты на стр. 36.

Три модуля родительской поддержки, предлагаемые родителям во всех муниципалитетах:

1. Универсальная поддержка для всех родителей

Традиции Северной модели благосостояния предполагают, что большинство услуг должны быть универсальными, т.е. они предлагаются каждому, без проверки нуждаемости. Это относится также к родительской поддержке и к услугам для беременных, к родам, к охране здоровья детей и к услугам дошкольных учреждений, которые предлагают всем семьям с маленькими детьми. Эти универсальные услуги являются уникальным полем для профилактической работы, где возможно организовать высококачественную родительскую поддержку. Уже сегодня существует целый ряд родительских программ поддержки. Эти программы не

могут заменить другие социальные услуги, но они могут быть важным дополнением в развитии системы поддержки, предлагаемой семье. В этом проекте мы предлагаем муниципалитетам дополнить свои социальные услуги одной из представленных программ.

В качестве универсальной инициативы предлагается, что родителям во всех муниципалитетах будут предложены консультации по краткосрочному вмешательству. Они позволят затрагивать проблему, возникшую с ребенком, и могут состоять из нескольких дискуссий. Это консультации со специалистами, которые обучены модели родительской программы поддержки, основанной на научных исследованиях, например РМТО – тренинг родительской компетентности, Орегонская модель, «Невероятные годы» или КОМЕТ («Коммуникационный метод»).





Подробнее:
www.allabarnicentrum.se

Модуль может также включать универсальное обучение родителей, основанное на тех же принципах, что и программы, упомянутые выше. Родительский тренинг предоставляется для всех заинтересованных родителей и включает в себя несколько информационных вечеров. В Швеции, например, есть ABC, Alla Barn i Centrum («Внимание всем детям»).

2. Группы поддержки родителей.

Второй модуль включает поддержку для родителей в группах. Целевая аудитория – родители, которые испытывают трудности со своими детьми или с родительскими навыками. Например, они могут иметь детей, которые часто вступают в конфликт с другими детьми, братьями, сестрами и родителями. Или это родители, которые ищут поддержку в виде стратегий улучшения своих родительских навыков. Это те, кто сами ищут себе помощь или следуют рекомендациям программ детского здравоохранения, профессионалов, дошкольных учреждений, социальных служб или других родителей.

В эти группы наряду с другими родителями включаются руководители также из числа родителей. Такие родительские группы обычно встречаются раз в неделю в течение 2-2,5 часов по 10-12 случаям. Группы имеют 1-2 лидеров, которые обучены в программе родительской поддержки. Метод обучения – «мини-лекции», групповые дискуссии, ролевые игры и упражнения в период между заседаниями. Предлагаемые программы: РМТО – тренинг родительской компетентности (группа вмешательства), «Невероятные годы» (базовая) и КОМЕТ – «Коммуникационный метод».

3. Индивидуальная поддержка родителей.

Третий модуль включает индивидуальную поддержку для родителей, которые имеют детей со значительными поведенческими проблемами. Например, в течение длительного времени отношения между родителями и детьми характеризуются как постоянный конфликт, который также проявляется между ребенком и одноклассниками или между ребенком и персоналом в дошкольном учреждении/школе. Семья, возможно, имела родительскую поддержку в группе, но это не было адекватным вмешательством. Целью программы является установление позитивных отношений между родителями и детьми, которые бы способствовали позитивному развитию ребенка. Родители обучаются родительским навыкам и тому, как стимулировать ребенка обучению новым способам коммуникации. Родители также обучаются восстановлению родительского контроля и развитию позитивного взаимодействия с ребенком. Программа включает в себя практические упражнения и домашние задания. Родители и терапевт определяют цели, подцели и стратегии их достижения в процессе лечения. Одна сессия длится 1-1,5 часа, а количество сеансов определяется с учетом потребности семьи. В качестве индивидуальной поддержки предлагается РМТО – тренинг родительской компетентности, «Невероятные годы» (продвинутая) или расширенный КОМЕТ («Коммуникационный метод»).

КОМЕТ

Программа КОМЕТ (Коммуникационный метод) была разработана в процессе деятельности государственной службы «Центр профилактики» в Стокгольме. Это научно-обоснованная родительская тренинг-программа, которая базируется на международных исследованиях взаимодействия между родителями и детьми, а также на теории социального обучения. КОМЕТ предлагает обучение для сотрудников, у которых есть возможность устроить группы для родителей с детьми в возрасте 3-11 лет. КОМЕТ – это родительская поддержка, нацеленная на родителей, которые считают, что они часто спорят и вступают в конфликт с ребенком, и которым трудно управлять ситуацией. Также доступен расширенный КОМЕТ с индивидуальной поддержкой родителей (с детьми в возрасте 3-11 лет) и КОМЕТ для групп родителей подростков (с детьми в возрасте 12-18 лет).

Подробнее:
www.kometprogrammet.se

PMTO – ТРЕНИНГ РОДИТЕЛЬСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ, ОРЕГОН

PMTO – это научно-обоснованная программа, которая обеспечивает индивидуальную поддержку для родителей с детьми в возрасте 4-12 лет с серьезными поведенческими проблемами. Программа улучшает социальные навыки и сотрудничество. Цель состоит в том, чтобы предотвратить и уменьшить поведенческие проблемы у детей. Программа основана на научных исследованиях и разработках, которые проводились в Орегонском Центре социального обучения в США. Норвегия – единственная страна в мире, где PMTO реализуется на основе национальной инициативы. Для норвежских условий программа была адаптирована Норвежским Центром Детского Психического Развития (Atferdssenteret). На основе тех же принципов, что и в PMTO, были разработаны группы вмешательства для родителей, имеющих детей с поведенческими проблемами или детей с риском развития поведенческих проблем (в возрасте 4-12 лет): TIBIR – родительские группы вмешательства.

Подробнее:
www.atferdssenteret.no

«НЕВЕРОЯТНЫЕ ГОДЫ»

«Невероятные годы» – это научно-обоснованная программа обучения родителей. Она разработана психологом и исследователем из США Carolyn Webster-Stratton. Целевой группой являются родители, чьи дети в возрасте 3-12 лет имеют эмоциональные проблемы или поведенческие трудности. Родительский тренинг, в котором родители узнают, как стимулировать позитивное развитие своих детей, делится на две части. Первая часть основана на игре, похвале и наградах. Их цель – улучшить отношения между детьми и родителями. Вторая часть разрабатывает родительские стратегии, уменьшающие поведенческие проблемы их детей. Программа «Невероятные годы» работает как группа вмешательства на базовом и продвинутом уровнях. Если муниципалитет решит применить эту программу, то родитель может работать в ней на разных уровнях, но на основе одной и той же теории. Например, лидерами групп разного уровня могут быть одни и те же люди, которые обеспечивают универсальную подготовку для родителей в семейном центре.

Подробнее:
www.ungsinn.uit.no

ПОЧЕМУ РОДИТЕЛЬСКИЕ ОБУЧАЮЩИЕ ПРОГРАММЫ, ОСНОВАННЫЕ НА РУКОВОДСТВЕ?

Сегодня для предотвращения поведенческих проблем у детей есть целый ряд доступных родительских обучающих программ, основанных на руководстве. Обширные международные исследования и исследования в Северных странах показали хорошие результаты программ родительской поддержки, в том числе тех, которые касаются поведенческих проблем детей. Общей отправной точкой для этих программ является то, что через образование и обучение возможно изменить поведение родителей по отношению к своим детям. Целью поддержки родителей является исключение отрицательных образцов взаимодействия между родителями и детьми.

Было показано, что для родителей, имеющих детей с поведенческими проблемами, одних только дискуссий не достаточно. Добавление стратегий воспитания, обучения, ролевых игр и обратной связи (в учебных задачах) увеличивает потенциал развития родительских навыков.

ОБУЧЕНИЕ В РОДИТЕЛЬСКИХ ПРОГРАММАХ ПОДДЕРЖКИ

Обучение лидеров для родительских программ часто начинается в то время, когда лидер уже состоит в группе поддержки. Повышение квалификации является обязательным, все материалы, которые используются на занятиях, собраны в руководствах. Они могут, например, состоять из теории, упражнений и видео-клипов, в которых показаны примеры тех ситуаций, с которыми группы могут работать. Муниципалитет может обучать руководителей групп, которые, в свою очередь, могут обучать других групповых лидеров. Тренинг длится относительно не долго, но затем требуется сопровождение и дальнейшее повышение квалификации. Например, всё начальное обучение для руководителей КОМЕТ-группы длится 8 дней и разделено на две части.

ВЫБОР ПРАВИЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Многим из программ поддержки, предлагаемым сегодня, не хватает оценки и, во многих случаях, какой-либо документации. Вмешательство, которое не является эффективным, может приводить к тому, что проблемы возникают опять, и родители могут решить, что нет никакого смысла снова искать поддержки. Когда семья ищет поддержки, для эффективности помощи очень важно оказать её быстро. Муниципалитет может выбрать ту программу родительской поддержки, которая уже реализована в большом масштабе. Важно выбирать те программы, которые являются эффективными и по которым есть хорошие результаты исследований. В Швеции, например, многие муниципалитеты предпочитают осуществлять программу КОМЕТ. В Норвегии и Исландии, акцент был сделан на РМТО – тренинге родительской компетентности. В Дании программа «Невероятные годы» была реализована в некоторых муниципалитетах. В Финляндии родительская поддержка рассматривается как

особая часть универсальных социальных услуг, включающих бесплатное материнское и детское здравоохранение. Реализация модели TIBIR в Норвегии может вдохновить страны, которые не имеют национальной стратегии по реализации программ, основанных на поддержке родителей.

КАК ИДТИ В НОГУ С НАУЧНЫМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ?

Для муниципалитета или специалистов может быть трудно идти в ногу с научными исследованиями. Они должны быть переведены в практическую плоскость и способствовать практическим действиям. Вот три примера из Северных стран, в которых представлены результаты исследований в области вмешательства для детей и молодых людей:

- Ungsinn в Норвегии, www.ungsinn.uit.no
- Vidensportalen в Дании, www.vidensportal.servicestyrelsen.dk
- Metodguiden в Швеции, www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide

ЧТО ДЕЛАТЬ, КОГДА НЕТ НИКАКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ?

Есть большое количество инициатив в поддержку психического здоровья детей и молодежи. В 2009 году Национальный Совет здравоохранения и социального обеспечения Швеции определил 103 социальные услуги поддержки детей на основе вмешательства при амбулаторном лечении. Только десять из них были исследованы в Швеции таким образом, что можно было оценить их воздействие. Аналогичная ситуация в дошкольных учреждениях, в начальной и младшей средней школе. Фактически почти все образовательные методы, используемые для поддержки детского психического здоровья, не имеют никакой научной основы. Маловероятно, что все эти вмешательства будут оцениваться в обозримом будущем.

Но вмешательство может быть эффективным, даже если оно не исследовано должным образом. Поэтому, чтобы оценить, являются ли конкретные вмешательства разумно эффективными, требуются другие методы оценки эффектов. Один из подходов заключается в использовании системы критериев, которые определены научными исследованиями как важные.

Именно на этом принципе построена британская база данных по вмешательствам для поддержки родителей, которая предназначена для специалистов и родителей. Вмешательства, описанные в базе данных, были рассмотрены группой экспертов с акцентом на трех основных аспектах

Подробнее:
[www.education.gov.uk/
commissioning-toolkit](http://www.education.gov.uk/commissioning-toolkit)

качества, каждый из которых оценивается в пять этапов. Каждый из этих трех разделов, как было показано, может предсказать, будет ли вмешательство иметь положительный эффект для целевой группы. Высокие баллы даются тогда, когда есть:

1. Разделение на целевые группы

Существует четкое описание потребностей целевой группы, способ привлечения и обеспечения прав целевой группы, способ непрерывного измерения – удовлетворяются ли потребности целевой группы, выполняются ли руководящие принципы и определяется ли момент, когда другие люди должны войти в контакт, чтобы обеспечить иные виды поддержки.

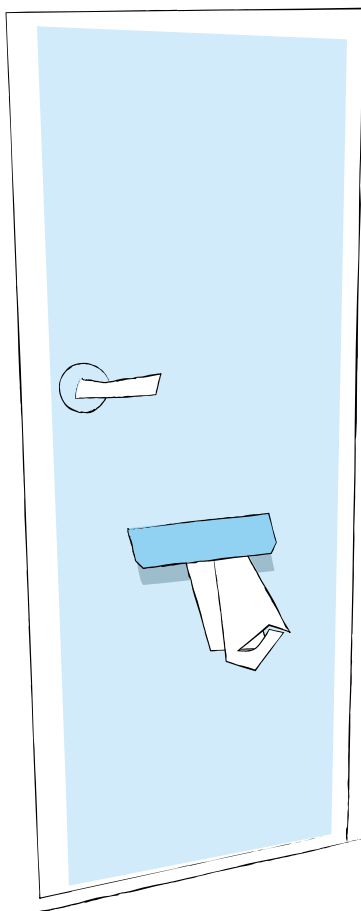
2. Теория, основанная на научных исследованиях

Теория, почему вмешательство приведет к изменению, основывается на исследованиях факторов риска и защитных факторов. Имеются исследования, подтверждающие, что вмешательство изменяет взаимодействия родителей со своими детьми, и что краткосрочный и долгосрочный эффект теоретически реален.

3. Хорошо определены обучение и внедрение

Требования к уровню знаний тех, кто использует метод, определены, обучение четко структурировано по формату, объему и интенсивности. Существует письменное руководство, которое объясняет, что именно приводит к изменениям и какие эффекты нужно ожидать. Существует также метод, определяющий используется ли вмешательство по назначению. Должен быть предложен экспертный надзор в качестве поддержки при начале использования метода и необходимые требования надзорного органа должны быть ясны.

Вмешательства, набравшие высокие баллы по этим критериям, скорее всего, будут работать. Оценка может послужить основой при рассмотрении вопроса о введении нового вмешательства. Высокие баллы, конечно, не дают никакой гарантии, но они повышают вероятность того, что вмешательство является эффективным. *Если есть выбор между несколькими различными вмешательствами, следует избегать тех, которые мало или вообще не соответствуют ни одному из вышеперечисленных критериев (например тех, которые утверждают, что работают для всех типов проблемы). А также тех, которые не имеют теории о том, почему они работают, с неясным научным обоснованием и с краткой подготовкой (например, однодневное обучение).*



Перспективные вмешательства для родителей с очень маленькими детьми

Вмешательство с целью родительской поддержки в Северных странах затрагивает и родителей с детьми в возрасте до 3 лет. Ниже приведены примеры ранней поддержки родителей с младенцами.

ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ РЕБЁНКА

Надежная привязанность между детьми и родителями является защитным фактором, который противодействует развитию проблем со здоровьем в дальнейшей жизни. Вероятность выработки надёжной младенческой привязанности к своим родителям увеличивается, если взаимодействие между младенцем и родителями изначально было вполне удовлетворительным. Это означает, что родители должны понимать сигналы ребенка, уметь их правильно интерпретировать и адекватно реагировать на них. Существует научное обоснование этого.

В этом разделе мы собрали опыт поддержки родителей в течение первого года жизни ребенка. Мы знаем из исследований, что не так много научно-обоснованных методов было реализовано в Северных странах в отношении маленьких детей. Основные интервенции начинаются ещё в декретном периоде в учреждениях детского здравоохранения и в семейных центрах. Тем не менее, нет никаких исследований их эффективности в Северных условиях. Большая часть вмешательств в США, которые дают хорошие результаты в обучении, могут иметь различные целевые группы. Северная универсальная поддержка начинающих родителей может оказаться более полной, чем вмешательства в США.

ЧТО ЖЕ ГОВОРЯТ ИССЛЕДОВАНИЯ О ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0-3 ЛЕТ?

В 2011 году Датский Национальный Центр Социальных Исследований при датском исследовательском институте SFI подготовил обзор исследований по раннему вмешательству для уязвимых и подверженных риску детей в возрасте от 0 до 3 лет и их родителей (в том числе беременных женщин). Обзор охватывает мероприятия, направленные на сокращение или компенсацию следующих факторов риска: материнской наркомании, безнадзорности, насилия в близких отношениях, психических заболеваний у родителей, ранних родов и комбинированных проблем. Цель обзора – разработка знаний, которые могут способствовать практике научного доказательства эффективности в области социальной политики. SFI рассмотрел исследования эффективности, включающие RCTs, квази-экспериментальные исследования и исследования с измерениями до и

Подробнее:
www.sfi.dk,
«Вмешательство для
уязвимых детей 0-3 лет
и их родителей»

после. Обзор представил 81 научное исследование, в которых вмешательства были эффективными. Большинство исследований из США (55), 10 из Европы. Там не было никаких исследований из Северных стран, касающихся этой группы. *Таким образом, можно сказать, что результаты, прежде всего, касаются условий Северной Америки.*

ВАЖНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ С ДЕТЬМИ В ВОЗРАСТЕ 0-3 ЛЕТ:

Целевая группа – раннее вмешательство должно быть направлено на родителей и, в частности, на матерей – не на детей.

Организация – вмешательство должно быть организовано многогранным, то есть оно должно состоять из нескольких различных видов деятельности, таких как дискуссии, практическая помощь, групповые занятия и другие мероприятия.

Продолжительность и интенсивность – раннее вмешательство должно длиться относительно долго – полгода или более и включать тесный контакт между клиентами и терапевтами.

Опросы также показывают, что если вы работаете с одним из родителей с особым фактором риска, например, с зависимостью, предлагаемая поддержка должна быть особо ориентирована на этот фактор риска.

ВАЖНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РОДИТЕЛЬСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ:

Целевая группа – наиболее эффективные мероприятия, нацеленные на матерей с проблемами зависимости и на работу для родителей с детьми в разных возрастных группах.

Организация – вмешательства многогранные и, в первую очередь, индивидуальные.

Продолжительность и интенсивность – вмешательства, как правило, долгосрочные – не менее полугодия. Интенсивность варьируется от ежедневного вмешательства до нескольких раз в месяц.

ВАЖНОСТЬ РАННЕГО ОБЩЕНИЯ И РАННЕЙ ПРИВЯЗАННОСТИ

Согласно теории привязанности уход, который получает ребенок во время первых лет жизни, имеет далеко идущие последствия для его развития. Теория предполагает, что ребенок нуждается в уходе, который является одновременно предсказуемым и эмоционально-ориентированным на нужды ребенка. На практике речь идет о том, как ежедневный уход осуществляется. Когда ребенок плачет от голода, родители должны иметь возможность как для удовлетворения физической потребности ребенка – того, что нужно для еды, так и для удовлетворения эмоциональной потребности ребенка в любви и безопасности. Для обеспечения нормального развития ребенка не достаточно только удовлетворения физических потребностей. Если родитель во время кормления ребенка раздражается или ведёт себя жестко, или безразлично и механически, это влияет на ребенка отрицательно. Если же родитель спокойный и любящий, это положительно влияет на ребенка.

В течение первого года жизни ребенка более правильно говорить о начале общения, чем о начале привязанности. В возрасте около одного года, ребенок вырабатывает свою первую модель человеческого взаимодействия, т.е. модель того, как он или она может выразить свои потребности и чувства, и какой ответ можно ожидать. Эта внутренняя работающая модель не является стабильной. Она развивается на протяжении всей жизни человека. Но первая фундаментальная модель – это основа, на которой базируется более поздний опыт. Негативный опыт в этот период сказывается на развитии ребенка двумя способами. Ребенок становится более уязвимым к последующим негативным переживаниям, и также повышается вероятность, что ребенок будет иметь такие переживания. Это происходит потому, что ребенок уже имеет разработанные негативные стратегии взаимодействия с родителями. Отрицательные стратегии могут обеспечиваться следующими путями:

- Ранний опыт, поражающий структуру и функции мозга;
- Внутренние рабочие модели, влияющие на то, как ребенок интерпретирует взаимоотношения (как вербальные, так и невербальные);
- Болезненный опыт, приводящий к оборонительным действиям, что является препятствием для нового опыта;
- Неуверенные в себе дети часто агрессивны или неприятны и ведут себя таким образом, что пробуждают у взрослых и других детей раздражение и гнев вместо сочувствия;
- Негативные реакции окружающих укрепляют у ребенка отрицательные рабочие модели;

Структурное развитие мозга обуславливается генетически и происходит с первых недель беременности до тех пор, пока человек не взрослеет. Функциональное развитие мозга продолжается в течение всей жизни человека и зависит от опыта. Новое исследование подтверждает, что чувства являются определяющими в процессе развития мозга. В течение первых девяти месяцев также развиваются связи

между более примитивными частями мозга и теми частями, которые отвечают за эмоциональные реакции. Пагубные эмоциональные переживания в течение первых месяцев жизни грозят повреждением или препятствием этому развитию, что в долгосрочной перспективе может привести к импульсивной агрессивности. Это может также быть причиной поздних расстройств личности.

Когда ребенок получает положительную реакцию от родителей, в присутствии которых он чувствует успокоение, когда родители способны переживать и облекать в слова чувства к своему ребенку, он чувствует себя защищенным. У него развивается привязанность к родителям. Это происходит в возрасте около года. Защищенный ребенок старается призвать своих родителей, когда испуган, расстроен, голоден или испытывает боль. Тем не менее, дети также любопытны и стремятся изучить своё окружение. Если уход был эмоционально отрицательным или больше основывался на состоянии и потребностях родителя, чем ребенка, тот не может использовать своих родителей для контроля своих чувств, так, как это может защищенный ребенок. В крайнем случае, ребенок вообще не в состоянии создать никакой организованной работающей модели общения.

Негативный опыт (острая нехватка ухода, жестокое обращение и другие травмирующие переживания) приводит как к структурным, так и функциональным изменениям в мозге ребенка (Glaser, 2000). Это и уменьшенный объем головного мозга, и патологии нервной системы, и гормональные нарушения. Пагубные условия в детстве могут также уменьшить объем памяти и поэтому представлять опасность поздних затруднений в обучении (Wolf, 2009). Наконец, мы теперь знаем, что стресс в детстве повышает риск иммунологических заболеваний, диабета и сердечно-сосудистых патологий (Dube и др., 2009).

Положительный аспект состоит в том, что период, который является наиболее важным для развития ребенка, также является наиболее благоприятным с точки зрения вмешательства. Исследования показывают, что ранняя поддержка родителей, предпочтительно начиная с первых недель беременности, имеет благоприятное долгосрочное воздействие на воспитание родительских навыков и на развитие и здоровье детей.

Читайте статью Mirjam Kalland в полном объеме:
[www.nordicwelfare.org/
Tidigainsatser](http://www.nordicwelfare.org/Tidigainsatser)

ПРИМЕРЫ ПЕРСПЕКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ДЛЯ НАЧИНАЮЩИХ РОДИТЕЛЕЙ

Эдинбургский метод

Эдинбургский метод – научно-обоснованная форма родительской поддержки по выявлению недавно родивших матерей с депрессией. От 10 до 15 процентов всех матерей подвержены депрессии в течение первых шести месяцев после родов. Одна из проблем в том, что женщины, страдающие от послеродовой депрессии, редко обращаются за помощью. Может быть, им очень трудно сказать, что жизнь кажется безнадежной, когда все вокруг ожидают, что теперь её жизнь будет полна радости.

Метод включает скрининг с EPDS (Эдинбургская шкала послеродовой депрессии) и тщательное наблюдение. Это удобный способ, который должен быть дополнен другими мерами поддержки.

Метод состоит из трех частей: 1) Матерям предлагается заполнить форму самооценки EPDS с 10 вопросами во время посещения клиники детского здоровья, когда ребенку 6-8 недель. Вопросы касаются того, как женщина чувствовала себя на прошлой неделе. 2) Обсуждение обратной связи с акушеркой непосредственно после того, как мать закончила заполнять форму. 3) В случае легкой депрессии женщине предлагается ряд сессий с акушеркой – не обязательное консультирование. Если проблемы носят более широкий характер, к женщине вызывается специалист.

Некоторые исследования показывают, что эта форма раннего вмешательства производит воздействие на уязвимые группы женщин. Это сравнительно ограниченное вмешательство может предотвратить более масштабные проблемы. Предложение быстрой помощи женщинам с послеродовой депрессией на самом раннем этапе является экономически эффективным и может предотвратить развитие у женщины длительной депрессии. Важным фактором является то, что вмешательство происходит сразу после того, как депрессия была диагностирована.

Эдинбургский метод в сочетании с поддерживающей беседой даёт возможность ослаблять симптомы легкой и умеренной депрессии. Несколько публикаций подтверждают это, в том числе новый RCT (Morell и соавт., 2009) на примере 3000 недавно родивших матерей. Исследование показало положительный эффект как через 6, так и через 12 месяцев после родов. Эффект для ребенка остается неясным, но предполагается, что родители становятся более чувствительны к потребностям своих детей, когда симптомы депрессии уменьшаются. Хорошее психическое здоровье защищает от других факторов риска, таких как серьезная болезнь, стресс и проблемы на работе.

Эдинбургский метод был реализован в более чем 130 муниципалитетах в Норвегии. В ближайшие годы он бу-

Подробнее об Эдинбургском методе можно узнать в докладе «Уныние и депрессия в связи с рождением ребёнка»...

... на сайте Норвежского института здравоохранения. EPDS форма представлена на норвежском, английском и арабском языках.

дет распространён на большее число муниципалитетов. За распространение и реализацию метода в Норвегии (модель OSS) отвечает «Младенческая Сеть» (Spedbarnsnettverket). Процесс внедрения Эдинбургской модели занимает 2 года и включает в себя получение признания со стороны руководителей, обучение, руководство в течение по крайней мере одного года после внедрения и семинары по обмену опытом.

Программа «Первое родительство»

Программа появилась в Йельском Центре Детских Исследований, Нью-Хейвен, США. Целевая группа – родители ожидающие рождения первого ребенка. Семьи набираются из дородовых групп. Группы родителей встречаются 12 раз в течение 24-недельного периода. Задача групп для родителей – думать вместе о чувствах и потребностях детей, выражаемых через их поведение и о различных аспектах материнства. При необходимости семьям могут оказываться дополнительные меры поддержки. Эти группы ориентированы на обоих родителей. Они предназначены для всех семей, но эта модель применима и к группам риска.

Теория, лежащая в основе вмешательства, коренится в теории привязанности. Родители могут с высокой рефлексивной способностью реагировать на чувства ребенка и его потребности, если не охвачены тревогой или разочарованием. Ребенок рассматривается как отдельный индивидуум, и родители обучаются анализировать чувства и поведение ребенка.

Существует научное доказательство, что интервенции, как в группах, так и индивидуальные могут быть использованы для повышения у родителей рефлексивных способностей в ситуациях риска. В Финляндии исследование по контролю случаев осуществляется доцентом Mirjam Kalland из Центра охраны детства Маннергейма. 200 семей, которые участвуют в группе «Первое родительство» сравниваются с 1500 семьями, получающими стандартные советы в службе детского здравоохранения.

Обучение не требует предварительных знаний. Оно занимает пять дней плюс одна групповая сессия, проходящая под наблюдением. В процессе реализации учебные дни повторяются. Участие принимают специалисты из центров детского здоровья, медики, социальные работники и семейные терапевты.



ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ К ШКОЛЕ, КАК РАННЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Программа НіррНорр

В Дании правительство выделило средства на развитие и документирование родительских программ. Один из испытанных методов – НіррНорр, программа подготовки к школе, целевая группа которой дошкольники в возрасте от 5 до 6 лет и их родители. Программа предлагается семьям, которые могут получить особую выгоду от готовности к вызовам в начальной школе. У некоторых детей родители недатского происхождения и имеются трудности с языком. НіррНорр является структурированной программой, которая длится 30 недель. В мероприятиях родители участвуют вместе со своими детьми. НіррНорр предназначена для стимулирования детей к развитию своего языка путём исследования и решения проблем с окружающими. Развиваются полные и точные двигательные навыки, изучается детская культура в виде литературы, игры и представлений.

Все семьи принимают участие добровольно, набор производится через дошкольные учреждения. В течение 30 недель родители должны отложить 20 минут каждого рабочего дня для такой деятельности. Программа начинается в октябре за год до школы и заканчивается в мае. НіррНорр состоит из пяти частей, которые делают её программой:

- 1) Координатор, который дает указания НіррНорр гидам.
- 2) НіррНорр гиды, которые посещают шесть семей каждую неделю, осуществляют материально-техническое снабжение и занимаются в рамках мероприятий с родителями.
- 3) Книги, материалы и мероприятия.
- 4) Базовая групповая деятельность с другими семьями, принимающими участие в НіррНорр.
- 5) Сайт, который функционирует в качестве источника вдохновения для родителей и дает советы о деятельности.

Идея НіррНорр в том, чтобы дети приобретали навыки играя. Задачи должны быть интересными для детей и разнообразными. Каждый день недели имеет тему, например, для развития языка, социальных навыков, посвящённую природе и природным явлениям или культурным оборотам речи. Программа основана на той философии, что есть много путей к обучению. Там нет однозначно правильных ответов для поставленных задач.

Роль родителей заключается в поощрении и вдохновении своего ребенка, вместо того, чтобы оценивать вклад ребенка. Все мероприятия основаны на взаимодействии между родителями и детьми. Родители, которые отводят 20 минут каждый будний день своему ребенку, должны затем сохранить процедуру, когда их ребенок пойдёт в школу.

Каждую неделю родителей посещает на дому руководство HIPPНорр, чтобы пройти предстоящую недельную деятельность и передать материалы, необходимые для недельных упражнений. HIPPНорр координаторы и HIPPНорр гиды должны пройти пять дней обучения, прежде чем они могут начать работать. Это даёт возможность привлекать добровольцев или, например, студентов, в качестве HIPPНорр гидов.

Оригинальная программа HIPPу была разработана в Израиле и реализована в США, Австралии, Новой Зеландии, Германии, Австрии, Канаде, Южной Африке, Сальвадоре и Израиле. Есть американские оценки по контрольным группам, которые показали эффект программы. От имени Национального Совета социальных служб Дании консалтинговая фирма Rambøll провела оценку HIPPНорр. Оценка показывает, что дети развиваются позитивно в тех навыках, с которыми работает программа. Детский язык, двигательные и культурные навыки развиваются. Дети стали лучше сосредотачиваться на задачах и, в частности, дети, чьи родители имеют родной язык отличный от датского, развивают свою речь. Родители-участники указывают, что они очень довольны программой, особенно домашними визитами, мероприятиями и материалами.

HIPPНорр был протестирован в четырех датских муниципалитетах. Её оценивали непосредственно после окончания программы и через 4-6 месяцев после окончания. Базовая оценка ограничена, и необходимы дополнительные исследования. Однако, это интересная программа, которая ценится родителями и детьми, и может быть хорошим вариантом для уязвимых семей или семей, которые иммигрировали из других стран. Важность школы в качестве защитного фактора высока, и если вмешательство способствует большему процветанию и развитию детей в школе, оно может быть реализовано более широко с небольшими затратами.



Подробнее о
программе HIPPНорр и её
оценка:
www.socialstyrelsen.dk

УСПЕШНОЕ ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ МЕТОДОВ

В Северных странах много ресурсов тратится на развитие области раннего вмешательства. Новые методы часто реализуются в относительно коротких проектах. Довольно часто после завершения проекта метод прекращает использоваться. Приходят новые менеджеры, руководители проектов заканчивают работу или кончаются деньги. Другими словами, происходит огромная трата ресурсов. В последние годы проведённые исследования дали новые знания о том, как успешно внедрять новые эффективные методы. Ведущим исследователем в этой области является Dan Fixsen, который, кроме всего прочего, подготовил обзор знаний в этой области.

С научной информацией о внедрении в среднем 80% от запланированных изменений в работе осуществляются по истечении трёх лет. Без таких знаний 14% изменений в работе проводятся, в среднем, через 17 лет! (Fixsen, Blase и соавт., 2001).

Внедрение касается процедур, используемых для введения новых методов в устоявшиеся виды деятельности, которые гарантируют, что эти методы используются по назначению и на постоянной основе.

Для успешного изменения работы необходима долгосрочная стратегия. Часто проходит несколько лет, прежде чем новый метод интегрируется и становится частью обычной работы. Исследователи обычно говорят о 2-4 годах. Изменение работы проходит через четыре фазы:

1. Инвентаризация потребностей

Изменение работы следует начать с инвентаризации потребностей в связи с новыми методами. Какая область нуждается в совершенствовании, и какие методы, поддерживаемые исследованиями, существуют. Важно не останавливаться, используя метод, который не работает только потому, что внедрение имеет ошибку. Часто бывает, что нет никакого желания изменять существующий метод, поскольку он хорошо работает. Чтобы принять такое решение часто необходимо больше фактов. Это может быть достигнуто, например, посредством местного наблюдения, которое показывает, на самом ли деле лучше стали дети/семьи после завершения вмешательства.

2. Установка метода

Перед началом установки работы по изменению должны быть приняты на всех уровнях. Поддержка политиков и менеджеров имеет важное значение для успеха внедрения. Персонал должен иметь достаточно времени, чтобы подготовиться к изменению работы. Когда принято решение ввести новый метод, следующий шаг – обеспечение необходимых ресурсов. Это касается служебных помещений, времени и мероприятий, нового материала, набора и обучения персонала. Перед началом важно определить потенциальные трудности и факторы успеха.

3. Использование метода

Когда новый метод начинает использоваться, специалисты иногда чувствуют себя некомфортно и неопределенно. Поэтому часто сбой происходит в этой фазе изменения работы. Существует опасность, что профессионалы затем пересмотрят метод, как они считают нужным. Надзор может быть хорошим способом предотвращения этого. Каждый метод содержит основные компоненты, которые составляют его суть. Важной частью внедрения является использо-

вание основных компонентов, как изначально предполагалось. Если вы не работаете с методом как запланировано, он больше не поддерживается исследованиями.

4. Поддержание метода

Когда более половины специалистов используют метод правильно, можно сказать, что он внедрён. Еще через 1-2 года новый метод становится общепринятой практикой.

Для успешного внедрения может потребоваться большая работа. Необходимо учитывать, что неудача внедрения может привести к ухудшению поддержки детей и семей. Кроме того, когда реализация не удастся по причине недостатка знаний об изменениях работы – это неэффективное использование налогов.

НАЦИОНАЛЬНОЕ ВНЕДРЕНИЕ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

В Северных странах, муниципалитеты имеют высокий уровень самостоятельности в принятии решений о поддержке, оказываемой детям и семьям. Таким образом, область раннего вмешательства сильно зависит от муниципалитетов. Правительственные инициативы часто принимаются сегодня в форме проектного финансирования, которое выделяется в периоды проекта. Оценки показали, что многие из проектов заканчиваются после окончания периода реализации проекта.

Норвегия среди прочего выбрала модель государственного управления помощью для поддержки развития профилактической работы. Норвежский Центр детского поведения развития проводит исследования, внедрение, обучение и дальнейшее развитие методов работы по предотвращению серьезных проблем поведения среди детей и молодежи. Существует национальная организация внедрения, региональные экспертные центры, которые обучают и контролируют сотрудников в методах, используемых обществом. Муниципалитеты решают, хотят ли они принять в этом участие и те, которые участвуют, получают бесплатное обучение и руководство.

Для отдельного муниципалитета может быть трудно внедрять научно-обоснованные методы. Некоторые эффективные вмешательства имеют руководства только на английском языке. Некоторые методы имеют лицензии, и муниципалитету требуется уплачивать взносы за пользование ими. Иногда муниципалитеты решают проблему, сотрудничая с рядом других муниципалитетов. Многие муниципалитеты в Северных странах малы, и реализация новых рабочих методов может повлечь за собой трудности. Немногие люди могут быть обучены и если они прекращают свою работу, то становится трудно поддерживать новые методы.

Сколько методов в действительности нужно стране? Иногда мы говорим: «Пусть распускаются тысячи цветов». Широкий спектр вмешательств – это хорошо, но в настоящее время в

Северных странах есть около 100 различных вмешательств. Большинство из них не оценивается. Не будет достаточных ресурсов для оценки всех и в будущем. Увеличение Северного сотрудничества по раннему вмешательству для детей и молодежи должно привести к пан-северным исследованиям. Северные страны небольшие и могут много выиграть от сотрудничества. Реализация ограниченного числа вмешательств в Северных странах при одновременном проведении совместных оценок, может способствовать повышению качества и более эффективному использованию ресурсов. Для социального обеспечения важно, чтобы вмешательства разрабатывались и сохранялись параллельно, таким образом, чтобы обеспечивалась равноценная поддержка во всех регионах северных стран.

РАННЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ЦЕЛЕСООБРАЗНО

В 2012 году датское Министерство социальных дел и интеграции опубликовало отчет «Анализ экономических последствий уязвимости детей и молодежи». Отчет фокусирует внимание на то, что для общества экономически выгодны инвестиции во вмешательства, основанные на научных доказательствах эффективности. Хорошо известно, что незащищенные детство и юность имеют последствия во взрослой жизни. Ребенок (в Дании), помещенный в приемную семью или социальное учреждение будет стоить обществу в среднем 6,7 млн. датских крон (900,000 евро) – больше, чем ребенок, который туда не помещался. По сравнению с нормальной популяцией, такие дети чаще имеют проблемы с зависимостями и психические проблемы, совершают преступления. Большинство живёт на пособия, многие не имеют образования выше начальной школы (39% детей в приемных семьях или социальных учреждениях имеют образование выше начальной школы, по сравнению с 76% нормальной популяции). В ещё худшем положении молодые люди, осужденные за совершение преступлений. Анализ показывает, что есть большие экономические выгоды от перехода на более эффективные вмешательства и на вмешательства, которые улучшают родительские навыки.

Четыре вмешательства с сильной исследовательской поддержкой, выбранные в ходе анализа:

- **«Невероятные годы»** – программа поддержки семьи, направленная на повышение родительских навыков;
- **Размещение детей с родственниками** и сообщества в качестве альтернативы размещения в приемных семьях;
- **MST (мультисистемная терапия)** – это программа, которая поддерживает родителей молодых людей с обширными социальными проблемами;
- **MTFC (многомерное лечение патронатным воспитанием)** – программа для молодых людей с серьезными поведенческими проблемами. Краткое размещение в специально подготовленных приемных семьях и интенсивная поддержка для родителей.

Анализ, представленный в докладе, показывает, что эти меры могут быть применены примерно к 1/3 детей, которые в настоящее время являются объектом таких видов вмешательств. Если общество включает в свои мероприятия эти научно-обоснованные программы, они приведут к социальной выгоды, даже если некоторые из мер дороги в краткосрочной перспективе.

Одной из проблем в этой связи является то, что руководство муниципалитета, которое инвестирует деньги, не всегда видит отдачу от вложенных средств. Программа «Невероятные годы» продолжается около четырех лет, прежде чем стать прибыльной. Раннее вмешательство с программой «Невероятные годы» может сэкономить 52 000 DKK (7000 евро) на одного ребенка за период более четырех лет. Цифра соответствует достижению только 15 процентного положительного изменения жизни. Эта цифра не включает стоимость дополнительных ресурсов в школе, особое обучение, например.

Экономически целесообразным является размещение детей непосредственно с родственниками, а не в традиционных детских домах. Такие размещения показали хорошие результаты. Ряд международных исследований показывают, что детям лучше в домах родственников. Датское исследование показывает, что существует разница результатов в зависимости от типов размещения. Конечно, не все дети, нуждающиеся в жизнеустройстве, могут быть размещены у родственников, но потенциал здесь значительно выше, чем 5% детей, живущих с родственниками в Дании сегодня. Изменение направления может быть необходимо для многих муниципалитетов.

Более широкое использование интенсивной и системной семейной терапии (MST) для молодых людей с тяжелыми поведенческими проблемами приносит расходы в первый год. В течение 2-3 лет программа становится доходной для муниципалитета. Более широкое использование системной семейной терапии для наиболее серьезно пострадавших молодых людей (MTFC) стоит дорого – около одного миллиона датских крон на одного молодого человека. Это является одним из самых больших расходов небольшого муниципалитета, и здесь бывает трудно расставить приоритеты. Надо около 2 лет, чтобы окупить затраты. Однако в долгосрочной перспективе может быть заработано около 341 000 DKK (45,000 EUR) за одно размещение. Социальные издержки могут, конечно, упасть еще ниже, если вы учитываете расходы на здравоохранение, уход, лечение зависимостей, неполученные налоговые поступления и т.д.

К наиболее уязвимой группе относятся дети-сироты, которые к тому же были осуждены за преступления. Теоретически, можно сказать, что вмешательство стоимостью 100 000 DKK (13 000 EUR), которое дает результаты для 1 из 10 молодых людей, выгодно с социально-экономической точки зрения. Таким образом, это может быть дорогостоящим в краткосрочной перспективе и, безусловно, целесообразным в долгосрочной перспективе – инвестировать средства в научно-обоснованные программы, которые повышают родительские навыки. Наиболее важный аргумент, конечно, что эти молодые люди получают возможность иметь жизнь более высокого качества. Некоторые семьи обладают историей социальных проблем в нескольких поколениях. Нарушение негативного тренда жизни семьи может иметь положительные эффекты также для будущих поколений.

Подробнее: полный отчет можно скачать: www.nordicwelfare.org/tidigainsatser



РЕАЛИЗАЦИЯ РМТО В ИСЛАНДИИ, РЕСУРСЫ КОТОРОЙ ОГРАНИЧЕНЫ

РМТО – программа родительской поддержки стала реализовываться в Исландии с осени 2000 года. Фоном было увеличение числа детей, нуждающихся в поддержке специальных служб по причине неправильного поведения. Реализация программы в настоящее время изучена.

Целью исследования было выяснить – может ли РМТО реализоваться в обществе с ограниченными ресурсами и при отсутствии национальной поддержки. Для сравнения был использован норвежский опыт национального внедрения РМТО. В Норвегии, программа получила поддержку министерства и значительные финансовые и профессиональные вливания в начале 1999 года. В Исландии не было такой поддержки.

Исследование в Исландии было проведено в период с 2000 по 2010 годы. Как и в Норвежском исследовании под наблюдением находились три «поколения» специалистов, прошедших обучение в РМТО. Фокус исследования был в основном сосредоточен на том, на сколько результаты будут отличаться от норвежских, или же они будут сопоставимы, несмотря на различия в ресурсах и национальной поддержке. Высокая верность программе желательна и означает, что пользователи следуют доступным руководствам и инструкциям по реализации.

Верность программе была оценена с помощью FIMP – инструмента, который измеряет знания, структуру, обучение, технологические навыки и общее развитие. Подготовку получили 16 человек, двенадцать из которых окончили обучение в течение 2000-х годов.

Результаты исследования в Исландии совпали с результатами норвежского исследования. Это означает, что первое (G1) и третье поколение (G3) обученных продемонстрировали высокую степень верности программе. Было небольшое снижение в верности программе между первым и вторым поколением (G2). Степень верности программе затем восстановилась.

Период между первым и вторым поколением совпадает со временем, в течение которого материал был адаптирован к культурным условиям. Оно включало большую работу по переводу руководства.

Результаты показали, что можно реализовать РМТО также и в обществах с ограниченными ресурсами. Однако, необходимо уделить достаточное внимание предыдущему опыту критических этапов в процессе внедрения.

ИНТЕРВЬЮ

ПРИМЕР: РМТО С РОДИТЕЛЯМИ ИЗ СОМАЛИ И ПАКИСТАНА – ИНТЕРВЬЮ

Несмотря на большие усилия, очень немногие родители из Сомали и Пакистана в Осло приняли участие в муниципальной программе поддержки родителей. Профессионалы были сильно разочарованы. Ситуация изменилась, когда социальные службы изменили метод вербовки и предложили специально адаптированную версию РМТО.

«Нам удалось установить прямой контакт с матерями» – говорит Monica Flock, психолог и руководитель «Проекта меньшинства», который был реализован в двух районах Осло в 2009 году. – «Первоначально, семьи были настроены крайне скептически. Они очень боялись социальных служб».

Все 720 сомалийских и пакистанских семей получили письмо и были по телефону приглашены на встречу в школы. Помещения были хорошо известны участникам, многие посещали их прежде. Няни были использованы для заботы о детях, в то время как матери принимали участие в занятиях. Для поощрения своевременного приезда в начале каждой сессии была организована лотерея. Это стало очень популярным. Каждый из восемнадцати 2,5-часовых сеансов включал 30-минутный перерыв для приёма пищи с детьми.

Такие слова как «проблемы» и «поведенческие трудности» не использовались ни в приглашениях, ни позднее в ходе реализации программы. Также Monica Flock упомянула, что она является психологом только в самом конце курса.

«Психологи ассоциируются с электрошоком и очень серьезными проблемами» – говорит она, – «Мы использовали положительные слова для описания тренинга и фокусировались на том, что обучение расширяет родительские навыки и предназначено для развития. Мы использовали ролевые игры, чтобы показать смысл хорошего взаимодействия конкретным способом».

Несколько так называемых связующих работников прошли краткий курс обучения основам РМТО. У них было то же самое этническое происхождение, что и у участвующих матерей, все они были известны и имели хорошую репутацию. Они были связующим звеном, культурными посредниками между лидерами курса и матерями. Например, они помогли объяснить слова, которых не существует в Сомали, например, «агрессия», или разницу между понятиями «награда» и «взятка», которые в Сомали обозначаются одним словом.

«Они также помогли нам стать более чувствительными к различным темам» – говорит Monica Flock, – «Например, мы поняли, что сомалийские женщины никогда не говорят о своих мужьях в присутствии других женщин».

Весь материал, конечно, перевели на языки участников, но в остальном он был адаптирован к целевой группе на удивление мало.

«PMTO имеет четкую теоретическую основу, но это также очень гибкий метод» – говорит Моника Flock, – «Мы сохранили все компоненты, консультировались с создателями, когда мы должны были сделать что-то и тщательно документировали нашу адаптацию руководства».

Были сохранены все компоненты PMTO: взаимодействие, поощрение, установленные пределы, решение проблем, эмоциональный контроль и руководство.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СЛОВА

Раннее вмешательство для уязвимых семей может происходить по-разному. До сих пор Северная социальная модель имела широкий, универсальный спектр услуг для всех семей, детскую медицинскую помощь, охрану материнства и семейные центры во многих муниципалитетах. Сегодня общество требует большего внимания родителям. Предложение высококачественных дошкольных учреждений для всех детей – сегодня, пожалуй, наибольшее профилактическое вмешательство в Северных странах. Реалии таковы, что процент разводов высокий, и есть дети, которые не преуспевают в домашних условиях.

Программы поддержки родителей являются эффективной мерой для родителей, которые нуждаются в дополнительной помощи. Родительская поддержка сейчас доступна во многих муниципалитетах, но семьи, подверженные риску маргинализации, часто оказываются упущены. На примерах мы покажем, как они могут быть охвачены. Национальная стратегия реализации оказалась фактором успеха, когда она касается внедрения новых методов работы. В то же время финансирование проектов, которое предоставляется в течение 1-2 лет, кажется спорным способом достижения устойчивого улучшения. Многие проекты заканчиваются, когда кончаются деньги. Реализация требует долгосрочной стратегии для достижения успеха.

Норвежское вмешательство TIBIR показывает, как исследования, разработка и реализация могут быть связаны между собой. Трудно ожидать, что все малые муниципалитеты, которые есть в Северных странах, заново изобретут колесо и справятся с внедрением, ведением, оценкой новых методов работы. Раннее вмешательство стоит, однако, рассчитанных затрат. В Дании стало возможным получить совместное финансирование семейных центров и службы занятости, которые ориентированы на уязвимых молодых матерей. Это хороший пример межведомственного сотрудничества.



Подробнее читайте в следующей брошюре: «Дети в Северных странах – развитие Северных семейных центров»

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ЗАЩИТЫ У ДОШКОЛЬНИКОВ НА ИХ БУДУЩЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ – ЧТО МЫ ЗНАЕМ ИЗ ИССЛЕДОВАНИЙ И КАК ЭТОТ ОПЫТ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИМЕНЁН В ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ



То, что происходит в жизни маленького ребенка, может повлиять на его будущее развитие, здоровье и благополучие в последующей жизни. Из исследований теперь известно, что многие проблемы, которые люди испытывают в подростковом и зрелом возрасте, связаны с факторами риска и защитными факторами, возникающими в дошкольном возрасте. В настоящее время имеются знания о характеристиках, поведении, отношениях и обстоятельствах, которые увеличивают или уменьшают риск возникновения долгосрочной психосоциальной проблемы. Однако практическое применение этого знания в службах здравоохранения, дошкольного образования, социальной защиты и психиатрии остается ограниченным.

Обзор осуществляется на основе исследований Anna-Karin Andershed, Henrik Andershed & David P. Farrington от имени Северного Центра Благополучия и Социальных Исследований. Обзор доступен в полном объеме: www.nordicwelfare.org/tidigainsatser.

Этот обзор преследует две цели:

- 1) Определить факторы риска и защиты для детей дошкольного возраста (до 6 лет), которые влияют на развитие психосоциальных проблем. В обзор включены экстернализационные и интернализационные проблемы.
- 2) Обсудить, как факторы риска и защитные факторы могут быть использованы специалистами, работающими с детьми и их семьями.

ВНИМАНИЕ НА ЭКСТЕРНАЛИЗАЦИИ И ИНТЕРНАЛИЗАЦИИ ПРОБЛЕМ.

Два наиболее распространенных неблагополучия у молодых людей – экстернализация и интернализация проблем. Экстернализованные проблемы включают раздражающее, вызывающее, агрессивное, ненормативное, уголовное поведение, а также использование/злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами. Интернализованные проблемы определяются как беспокойство, связанное с депрессивными симптомами или поведением. Оба типа проблем влияют на большинство негативных последствий в зрелом возрасте.

Поэтому в исследованиях важно определить факторы риска и защиты для данных проблем, а затем использовать эти знания в практической работе с детьми и их семьями. Раннее выявление детей с риском возникновения проблем в дальнейшей жизни является серьезной проблемой для специалистов, работающих с детьми. «Поживем-увидим» не является хорошей стратегией. С увеличением знаний, люди, которые работают в дошкольных учреждениях, семейных центрах или детском здравоохранении могут дать детям гораздо больше шансов хорошей жизни.

Важно также подчеркнуть – исследования показывают, что взрослые, которые имеют экстернализованные проблемы такие, как преступность, также очень часто имеют другие проблемы, например зависимости и психические заболевания. Шведское исследование примерно 500 молодых взрослых женщин показало, что статистически более распространено, чем можно было бы ожидать среди тех, кто имеет проблемы – иметь несколько различных проблем сразу. Например, многие женщины с проблемами зависимости также показали преступное поведение и имели психическое заболевание (Wångby и другие, 1999). Из этого следует, что факторы, которые являются факторами риска для экстернализованной проблемы, также нередко могут являться факторами риска для других психосоциальных проблем.

ЧТО ТАКОЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ?

Многие из программ профилактики, имеющие научные доказательства эффективности, основаны на результатах исследования факторов риска и защиты. Факторы риска увеличивают вероятность возникновения проблемы. Наличие защитных факторов означает, что вероятность проблемы поведения уменьшается при наличии факторов риска. Факторы риска и защиты влияют на вероятность проблемного поведения. Они не гарантируют уменьшение или увеличение поведенческой проблемы. Индивидуальные факторы риска не обязательно всегда означают любое заметное увеличение риска. Тем не менее, несколько одновременных факторов риска приводят к этому часто. Поэтому многие профилактические программы пытаются повлиять на несколько факторов риска и факторов защиты.

Факторы риска и защиты могут быть связаны с отдельными лицами, семьёй, друзьями, дошкольным учреждением, жилым районом, и т.д. Многие факторы риска также связаны с другими факторами риска. Одним из примеров является то, что семьи с низким уровнем образования чаще живут в социально неблагополучных районах, где насилие и зависимости становятся все более частыми.

Другой случай, когда родители не в состоянии контролировать своего ребенка и проявлять к нему интерес. Серьезные конфликты между родителями или между родителями и детьми также могут повлечь за собой фактор риска. Другие серьезные факторы риска – это насилие и изнасилования, а также некоторые обстоятельства, такие как финансовые проблемы. Есть факторы риска, которые могут быть связаны с ребенком, прежде чем он или она начинает посещать школу. Вызывающее поведение и агрессивность, в частности, оказались серьезными факторами риска в долгосрочной перспективе. Такое поведение может, в свою очередь, иметь другие негативные последствия, такие как проблемы в отношениях с друзьями или с учителями и школой, что усиливает негативное развитие. Дети в зоне риска обычно имеют проблемы с обучением.

Существует меньше исследований защитных факторов, чем факторов риска. Защитным фактором может быть, например, черта характера, поведение, отношения, особенности, событие или обстоятельство, которые снижают вероятность будущих психологических проблем. Это означает, что защитные факторы могут сделать ребенка более устойчивым к факторам риска и могут облегчить ребенку положительное развитие, несмотря на наличие риска. Защитным фактором может быть то, что ребенок получает позитивное внимание, когда он или она делает правильные в социальном отношении вещи. Более важно выделять позитивные действия ребёнка, чем его негативные действия, так как это повышает вероятность позитивных действий.

Профилактические программы родительской поддержки часто основаны на этих принципах. Защитным фактором может быть способность родителей установить ограничения для ребенка и иметь четкие ожидания поведения ребенка. Важно также проводить время и веселиться вместе с ребенком.

Дети, которые растут в негативных условиях, будут испытывать много факторов риска. Поэтому, важная задача для родителей и специалистов, работающих с детьми – максимальное расширение защитных факторов вокруг ребенка, а не только работа по снижению рисков.

ФАКТОРЫ РИСКА И ЗАЩИТЫ СУЩЕСТВУЮТ НА МНОГИХ УРОВНЯХ.

Чтобы понять развитие поведения, необходимо начинать с подхода, который учитывает как индивидуальные особенности, так и влияние окружающей среды. Целостно-интеракционистическая перспектива предоставляет такой подход. Он учитывает, что поведение развивается в результате постоянного взаимодействия между индивидуумами и социальной средой индивида. На рисунке 1 стрелки показывают, как факторы на различных уровнях могут влиять друг на друга. Ребенок может, например, повлиять на семью/родителей, а родители, в свою очередь, влияют на ребенка.

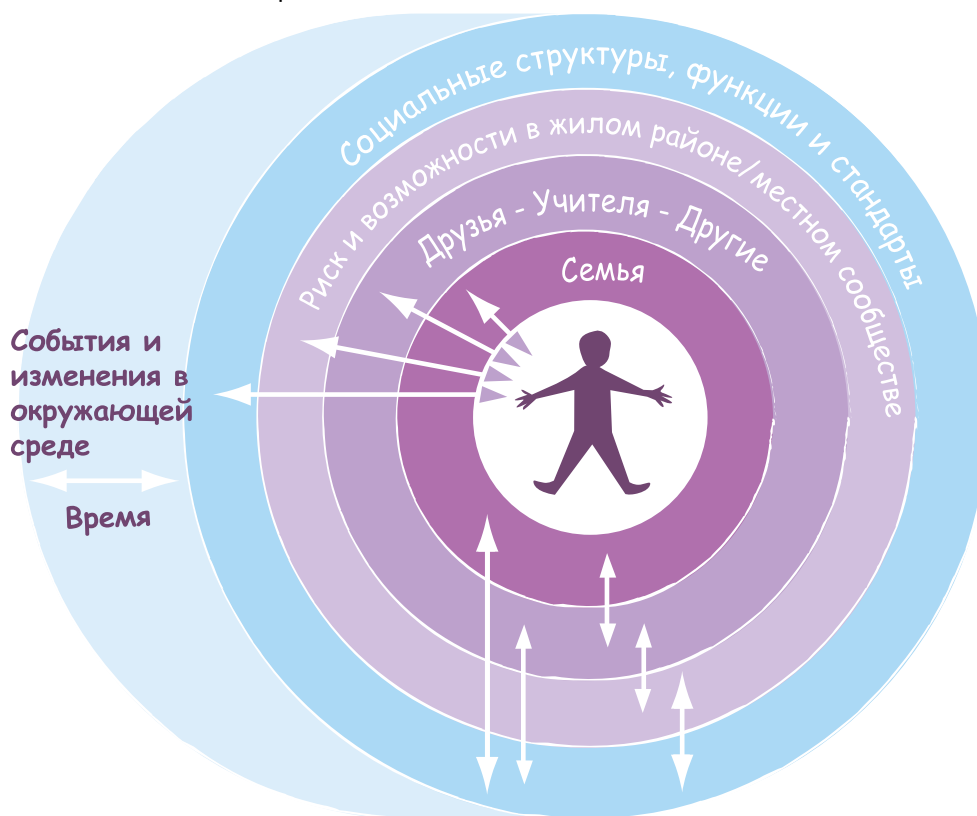


Рисунок 1. Окруженческая модель двунаправленных эффектов между уровнями или слои факторов риска и защиты.

Есть несколько различных способов классификации факторов риска и защиты, и одним из этих способов с ясными практическими последствиями является деление на факторы, которые могут быть изменены (динамические) и факторы, которые не могут быть изменены (статические).

Динамические факторы, такие как поведение ребенка или отношения между ребенком и родителями могут быть затронуты через интервенции поддержки. Статические факторы, такие как гендерная или этническая принадлежность или предыдущие события жизни – не могут быть затронуты. Другими словами, вмешательство должно сосредоточиться на динамических факторах риска.

КАКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА?

Факторы риска и защиты, выявленные в обзорах, приведены в таблице 1. Важно отметить, что таблица не ранжирует как-либо факторы риска и защиты. Это не может быть сделано. Другими словами, в таблице 1 приведен не структурированный список факторов риска и защиты у дошкольников, по которым эмпирические исследования показали возможность связи с будущими проблемами.

В таблице 1 хорошо видно, что относительно большое количество факторов были определены как факторы риска и защитные факторы уже в дошкольном возрасте. В первую очередь это факторы ребенка и его/ее ближайшего социального окружения, например, в семье и среди друзей. Ясно также, что многие факторы могут быть учтены в практической работе с детьми, так как они потенциально изменчивы. Другими словами, это означает, что можно влиять или делать что-то с большинством этих факторов риска, которые могут быть идентифицированы у детей дошкольного возраста.

Возможно, трудно оценивать многие факторы риска у маленьких детей в возрасте до 3-х лет, чтобы делать какой-либо прогноз о том, как они будут в дальнейшем жить. Оценки, как правило, становятся все более и более надежными с увеличением возраста. Например, оценки поведенческих проблем в возрасте до 3 лет менее стабильны, чем когда они производятся в возрасте от 3 до 6 лет. Это указывает на то, что следует с осторожностью использовать знания о факторах риска для оценки риска в возрасте до 3 лет. Однако менее проблематично использовать знания как средство изменения ситуации здесь и сейчас.

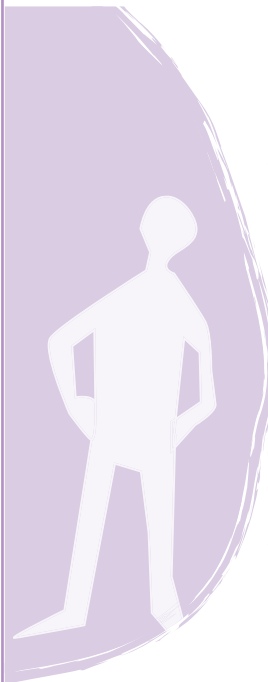
МОГУТ ЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ В США БЫТЬ ПРИМЕНИМЫ К СЕВЕРНЫМ ДЕТЯМ?

Большинство исследований, включенные в обзоры и обобщенные в таблице 1, были проведены в США. Однако есть несколько причин, чтобы полагать, что факторы риска и защиты, как индивидуальные, так и на уровне семьи – то есть те, которые, как представляется, наиболее важны для дошкольников, сильно различаются между детьми в разных западных странах. Факторы окружения, такие как бедность, преступность, доступность оружия в некоторых жилых районах или доступность системы здравоохранения и социального обеспечения могут сильно отличаться. Это означает, что мы должны быть осторожны при использовании оценки на основе обобщений этих факторов.

Таблица 1. Факторы риска и защиты у дошкольников, влияющие на экстернализацию и интернализацию проблем в будущем.

	Факторы риска	Защитные факторы
Родительские факторы	Психические заболевания родителей	Позитивные отношения между родителями и детьми
	Преступность	Надёжная привязанность между родителями и ребёнком
	Злоупотребление алкоголем	Родительская отзывчивость
	Низкий IQ.	Родительское принятие
	Низкий уровень образования	Мало разлучений родитель-ребенок
	Зависимость от социальных пособий	Способность родителей удовлетворять потребности ребенка в безопасности и стимулировании
	Низкий социально-экономический статус	
	Большая семья	
	Переполненный дом	
	Стресс	
	Проблемы брака	
	Конфликты	
	Разлуки	
	Насилие в семье	
	Ребёнок – свидетель насилия	
	Физическое наказание детей	
	Безнадзорность	
	Очень раннее материнство	
	Один родитель	
	Размещение в фостерной семье	
Небезопасные пристрастия		
Дефицит родительских навыков		
Низкое взаимодействие		
Негативный материнский контроль		
Низкая привязанность		
Детские факторы	Проблемы поведения, агрессивность и неповиновение	Высокий IQ
	Темперамент, с которым трудно справиться	
	Отчаянное, привлекающее внимание поведение	
	Импульсивность и ингибция	Темперамент, с которым легко справиться
	Проблемы со сном	Эффективный эмоциональный контроль
	Недоедание	
	Депрессия	

Полное и краткое изложение доступно на: www.nordicwelfare.org/tidigainsatser



ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ – ОДИН ИЗ САМЫХ ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Существует научное доказательство связи между психосоциальными заболеваниями и всеми индивидуальными факторами риска и защиты у детей дошкольного возраста, представленными в таблице 1. Однако эффект каждого отдельного фактора ограничен. Это означает, что большинство детей, которые испытывают или выражают только один из этих факторов риска, имеют хороший потенциал, чтобы избежать возникновения проблем в будущем. Единственным сильным фактором риска возникновения будущих проблем является экстернализованные проблемы у ребенка. В нескольких исследованиях были рассмотрены долгосрочные последствия факторов риска и защиты у дошкольников. Одно из них – Британское групповое исследование 1970 года, в котором отслеживались около 16 тысяч детей дошкольного возраста с измерением факторов риска в возрасте 5 лет, до 10 лет и в зрелости (30-34 лет). (Murray и соавт., 2010).

Среди факторов, определенных в качестве факторов риска в возрасте 5 лет, поведенческие проблемы/экстернализованные проблемы были сильнейшим фактором риска для развития поведенческих проблем в возрасте до 10 лет. Поведенческие проблемы в возрасте 5 лет увеличивали риск того же проблемного поведения в возрасте до 10 лет в четыре раза. Другие факторы риска в возрасте 5 лет увеличивали риск поведенческих проблем в возрасте до 10 лет примерно в 1,5-2 раза. Это было верно для мальчиков и девочек.

В плане риска взрослой преступности, поведенческие проблемы не так сильно выделяются. Все факторы риска повышают риск преступности в зрелом возрасте примерно одинаково, в 1,5-2 раза каждый. Другими словами, по-видимому, экстернализованные проблемы в детстве являются единственным наиболее важным фактором риска для развития проблемного поведения в подростковом возрасте. Таким образом, без вмешательства риск возникновения проблем возрастает, в основном, в подростковом возрасте, но также и в дальнейшей жизни.

МНОЖЕСТВО ФАКТОРОВ РИСКА ОЗНАЧАЕТ БОЛЕЕ ВЫСОКИЕ РИСКИ

Исследования показывают, что, как и факторы риска, защитные факторы, как правило, имеют кумулятивный эффект, т.е. чем больше факторов риска, тем выше риск, и чем больше защитных факторов, тем лучше защита. Например, Британское групповое исследование 1970 года показало, что чем больше факторов риска у ребенка в возрасте 5 лет, тем выше риск развития проблем в подростковом возрасте. Для детей, которые не подвергались любому из факторов риска регулярно, 2% девочек и 5% мальчиков продемонстрировали проблемы в подростковом возрасте.

Для детей, которые подвергались воздействию пяти или более факторов риска, риск поведенческих проблем в подростковом возрасте увеличился на 38% для девочек и 54% для мальчиков! По показателям прогнозирования преступности в зрелом возрасте, тенденция была та же самая. У 3% девочек и 17% мальчиков, которые не подвергались факторам риска, развилось преступное поведение в зрелом возрасте. С более чем тремя факторами риска, доля людей с криминальными взглядами в зрелости увеличилась до 11% для девочек и 44% для мальчиков.

СХОДСТВА МЕЖДУ МАЛЬЧИКАМИ И ДЕВОЧКАМИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА И ЗАЩИТЫ

Хотя мальчики явно чрезмерно представлены с точки зрения поведенческих проблем в дошкольном возрасте, те же факторы риска, видимо, важны независимо от пола. При этом не существует никаких явных признаков того, что защитные факторы очень отличаются у мальчиков и девочек. Тем не менее, есть исследования, которые указывают, что мальчики часто подвергаются большему числу факторов риска и более высокому уровню риска экстернализованных проблем, чем девочки, хотя сами риски в значительной степени такие же. Практическим следствием этого является то, что оценка факторов риска и защиты не должна быть различной для мальчиков и девочек.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И ОКРУЖЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА И ЗАЩИТЫ

Большинство исследований показывают, что генетические причины и обстоятельства, связанные с окружением, важны для развития экстернализованных и интернализованных проблем. Одним из способов понимания этого является то, что индивидуальная генетика влияет на раннее развитие нервной системы, которая создает предрасположенность, чувствительность или уязвимость человека к развитию определенных факторов риска. Некоторые из факторов риска, доказанные исследованиями, например гиперактивность, проблемы с концентрацией внимания и беспокойство по меньшей мере частично обусловлены генетически. Однако важно отметить, что эти проблемы, частично обусловленные генетически, могут, конечно, поддаваться положительному влиянию различных видов вмешательства. Тот факт, что поведение частично унаследовано не означает, что оно не может быть изменено!

ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ О ФАКТОРАХ РИСКА ЗАЩИТЫ НА ПРАКТИКЕ

В данной публикации представлены имеющиеся доказательства факторов риска и защиты в дошкольном возрасте для различных видов проблем. Эти доказательства основаны на исследовании групп детей. Это означает, что

у многих конкретных детей, которые подвергаются определенному фактору риска, проблемы никогда развиваться не будут. Именно здесь способность профессионала должным образом анализировать факторы риска и защиты занимает центральное место в планировании и успехе вмешательства. Профессионал должен определить насколько факторы риска и защитные факторы, наблюдаемые у каждого конкретного ребенка, могут повлиять на этого конкретного ребенка. Это требует подготовки, к которой мы вернёмся ниже.

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА, НАЦЕЛЕННЫЕ НА РИСК

Очень конкретный способ интеграции наиболее эффективных исследовательских методик в практическую работу – это использование знаний о факторах риска и защиты в планировании и осуществлении профилактических или терапевтических вмешательств. Это можно назвать рискориентированными профилактикой и терапией (Farrington&Welsh, 2007). Этот метод работы основан на идее, что изменение факторов риска приводит к уменьшению проблем. Таким же образом, укрепление защитных факторов для конкретной проблемы будет действовать в качестве буфера против неё или изменит её эффективность и риск. Риск-ориентированные профилактика и терапия состоят из двух этапов:

1. Описание и оценка факторов риска и защиты

Определите детей с факторами риска и/или со слабыми защитными факторами. Опишите/оцените факторы риска и защиты конкретного ребенка и семьи, чтобы получить как можно более подробную картину факторов риска и защиты, для которых необходимо вмешательство.

2. Планирование и осуществление вмешательства направленного на факторы риска и защиты, о которых идёт речь. Планируйте и осуществляйте вмешательства по сокращению/ликвидации факторов риска, о которых идёт речь, и повышению факторов защиты. Работа в этом случае включает в себя очень прочный способ объединения исследования, практики и создания политики, которую несколько западных правительств считают возможной и практичной (Farrington&Welsh,2007).

НЕ ТОЧНАЯ НАУКА

Исследование даёт нам относительно обширный список факторов риска и защиты. Трудность и ограниченность этого исследования в том, что мы в настоящее время не знаем, какие из этих факторов вызывают экстернализованные и интернализованные проблемы. Также важно отметить, что одни и те же факторы риска могут приводить к различным последствиям у разных детей.



Таким образом, мы не можем быть уверены в том, вызывает ли конкретный фактор риска на самом деле экстернализованные или интернализованные проблемы. Трудно доказать это надежно. Мы можем быть уверены, что фактор риска увеличивает риск в итоге, но не знаем, будет ли он действовать для конкретного человека.

ТРИ ПРИНЦИПА РИСК-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

При применении риск-ориентированных профилактики и терапии на практике, есть три принципа, которые очень полезны: принципы риска, необходимости и отзывчивости. Исследование показывает, что использование этих трех принципов увеличивает вероятность того, что вмешательство будет эффективным.

Принцип риска

Принцип риска означает, что вмешательство будет более эффективным, если наиболее интенсивные усилия сосредоточены на детях с высоким риском проблем в будущем. Как было описано ранее, дети с несколькими факторами риска подвержены более высокому риску возникновения проблем, чем дети с меньшим количеством или индивидуальными факторами риска.

Принцип необходимости

Принцип необходимости означает, что вмешательства являются более эффективными, если они сформулированы с учетом наиболее значимых потребностей конкретного ребенка и самых важных факторов риска и защиты ребенка и его/ее семьи. Вмешательства должны быть направлены на оказание влияния и сокращение того, что вызывает и поддерживает проблему или проблемы.

Принцип отзывчивости

Принцип отзывчивости означает, что реализация вмешательства должна быть адаптирована так, чтобы ребенок/семья реагировали на вмешательство. Чтобы быть эффективным, вмешательство должно быть адаптировано к способностям ребенка и семьи, образованию, стилям, предпочтениям, пожеланиям и мотивации.

НЕОБХОДИМОСТЬ СТРУКТУРИРОВАННЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ ФАКТОРОВ РИСКА И ЗАЩИТЫ

Когда профессионалы работают в риск-ориентированных профилактике и терапии, необходимо оценить/описать факторы риска и защиты для ребенка и его окружения. Это может быть сделано, по крайней мере, двумя различными способами с помощью структурированных инструментов оценки. Структурированные инструменты оценки имеют четкие определения факторов риска и защиты и как они



должны быть оценены. Они также имеют четко определенные измерительные шкалы для классификации факторов риска и защиты. Примеры структурированных инструментов, которые касаются многих факторов риска и защиты, представленные в данной публикации – EARL-20B (для мальчиков до 12 лет), EARL-21G (для девочек до 12 лет) и Ester оценка. Есть также короткие анкеты, которую иногда называют скрининг инструментами. SDQ и Ester скрининг являются их примерами. Они могут быть использованы в исходной ситуации, в которой специалисты хотят узнать, нужны ли вмешательство и более квалифицированная оценка или исследование.

Достижение высокой доверительности или консенсуса между экспертами является фундаментальной частью юридически безопасной оценки. Это означает, что два независимых эксперта во многом могут договориться об оценке ребенка и его семьи, что легче сделать, когда используется структурированный инструмент оценки. Оценка также систематизируется документально, и это даёт возможность повторить тот же тип оценки в связи с последующей деятельностью. Например, это облегчает ответ такие вопросы, как: снизились ли факторы риска; были ли расширены защитные факторы после вмешательства?

Недавнее шведское исследование показало, что социальные работники, которые прошли обучение по структурированному инструменту (в данном случае Ester оценка) определили значительно больше факторов риска и защиты в оценке случая с мальчиком, имеющим проблемы поведения, чем социальные работники, которые работали с традиционными методами исследования. Это было особенно очевидно в отношении защитных факторов, которые были пропущены в гораздо большей степени, когда социальные работники проводили традиционные исследования. Поэтому, на основе исследования можно утверждать, что специалисты должны использовать структурированные инструменты для оценки факторов риска и защиты у детей и их родителей.

ЗНАЧЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Профессионалы требуют адекватного образования и подготовки для умелого использования на практике знаний о факторах риска и защиты. Такое образование должно включать фундаментальное знание о факторах риска и защиты, исследования по этим факторам и их сильные и слабые стороны. Необходимо также включать в обучение то, как передавать такую информацию семье и, в частности, каким образом информация о факторах риска и защиты может быть использована для создания плана эффективных мер.

Специалисты, которые работают с риск-ориентированными профилактикой или терапией, вероятно, могут определить и предложить мероприятия для большего числа детей, чем нужно на самом деле. Они будут также пропускать некоторых из детей и семей, которые нуждаются в профес-

сиональной поддержке. Эти ограничения в риск-ориентированных профилактике и терапии должны быть известны профессионалам, которые работают с ними. Очень важный аспект применения знаний о факторах риска и защиты касается общения специалиста с конкретными детьми, семьями и опекунами. Профессионалы должны быть в состоянии в очень деликатной форме им объяснить, как оцениваются некоторые факторы, что означает высокий риск и т.д. Это позволит избежать негативных последствий, таких как приклеивание ярлыков ребенку или негативные отношения между семьей и профессионалом.

КАКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ РИСК-ОРИЕНТИРОВАННУЮ ПРОФИЛАКТИКУ И ТЕРАПИЮ?

Все специалисты, работающие с детьми в дошкольном возрасте и во всех вмешательствах, которые ориентированы на детей и семьи с детьми, могут при надлежащей подготовке и руководстве, задуматься о применении на практике риск-ориентированных профилактики и терапии. Это очень конкретный способ работы в научно-обоснованном методе. Весьма вероятно, что фактические оценки и вмешательства будут осуществляться по-разному, в зависимости от активности заинтересованных – первичной медицины, психиатрии, дошкольного учреждения или социальной службы. Социальный работник может использовать оценочный инструмент в ситуации обследования, в то время как воспитательница в семейном центре может использовать знания о факторах риска и защиты в диалоге с родителями и действовать мягче, когда сталкивается с ребенком в опасности.

Вероятно также, что эффективная риск-ориентированная работа требует сотрудничества между различными специальностями, которые могут дополнять вмешательства друг друга. Решение проблем детей и родителей редко является межведомственно организованной деятельностью. Это может означать, что дошкольнику может потребоваться вмешательство, предлагаемое различными ведомствами. Дошкольным учреждением, детской психиатрией и социальным службам, возможно, потребуется принять совместное участие в организации вмешательства. Сотрудничающие ведомства, соглашаясь работать в риск-ориентированном подходе, могут способствовать более эффективному сотрудничеству с общими определениями задач. Это может помочь тем детям и семьям, которые нуждаются в наиболее эффективной поддержке.

ОЦЕНКА, ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ПОСЛЕДУЮЩИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

На рисунке 2 показан возможный процесс оценки, вмешательства и последующих наблюдений, демонстрируя, как можно на практике применять знания о факторах ри-

ска и защиты. Структурированная оценка впервые реализована одним или более подготовленными специалистами с использованием структурированного чек-листа или подобного инструмента. Это создает уникальный список или профиль факторов риска и защиты для конкретного ребенка и семьи. Факторы риска должны быть изменены, уменьшены или устранены, а защитные факторы, которые являются слабыми, должны быть усилены. Факторы риска и защиты затем анализируются на основе принципов риска, необходимости и отзывчивости.

У муниципалитета есть ограниченный диапазон доступных вмешательств. Для специалиста важно знать, какие вмешательства доступны и на какие факторы риска и защиты они нацелены. Т.е. какие факторы риска и защиты являются мишенью вмешательств А, В и С? Специалист, который имеет это знание, будет обладать всеми возможностями для оказания эффективного вмешательства. Затем план запуска вмешательства реализуется. Когда через некоторое время последуют новые анализы, они могут показать, что интервенция окончена или, что она должна продолжаться или что должны быть предложены другие меры. Этот круговой процесс должен быть реализован в структурированном виде до тех пор, пока конечные цели вмешательства не будут достигнуты.

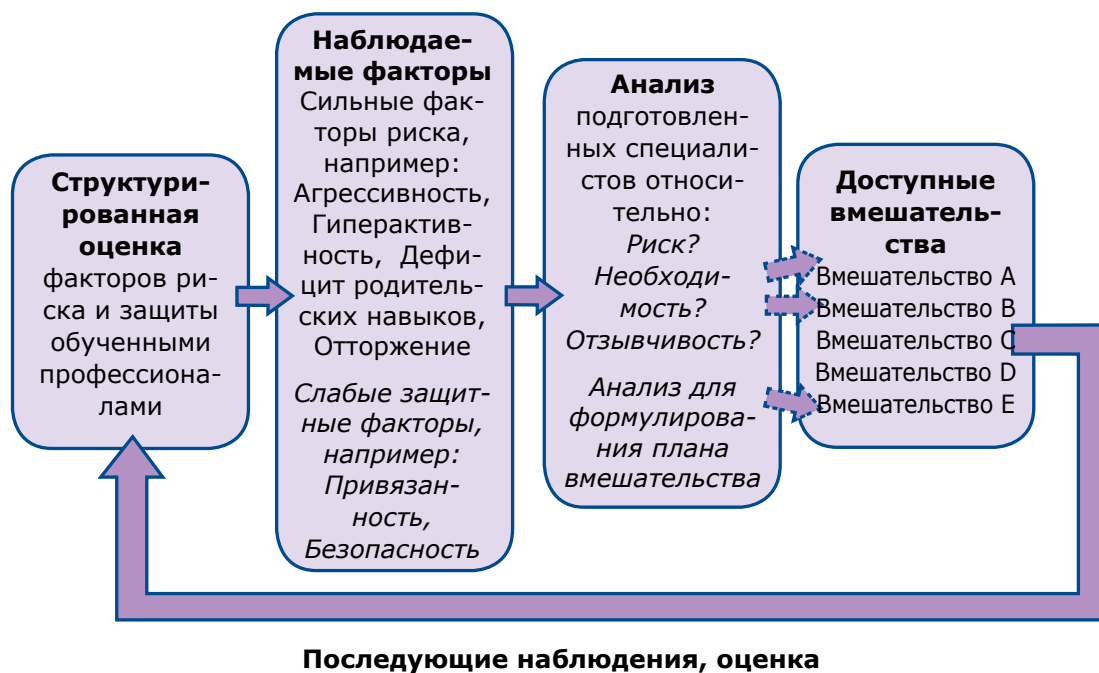


Рисунок 2. Процесс оценки, вмешательства и наблюдений факторов риска и защиты

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СЛОВА О ФАКТОРАХ РИСКА И ЗАЩИТЫ

Исследование факторов риска и защиты, влияющих на будущие проблемы дошкольников, продолжается и сегодня. Тем не менее, знания об этом в настоящее время далеко не полные и не совершенные. Есть много вещей, о которых мы должны знать больше. Тем не менее, существующие сегодня исследования являются лучшим из имеющихся доказательств. Они должны использоваться для качественной подготовки специалистов, чтобы те своей работой могли помочь ещё большему числу детей жить лучше. Существуют все основания для выявления детей и семей, нуждающихся в мерах поддержки на ранней стадии. С увеличением знания о риске и мерах защиты, вполне вероятно, что специалисты, работающие с детьми будут чувствовать себя более уверенно. Наиболее уязвимые дети смогут получить шанс улучшить свою жизнь со специалистами, которые владеют подходами, основанными на научных исследованиях эффективности. В Северных странах есть уникальные возможности для выявления детей, которые нуждаются в поддержке в дошкольных учреждениях, в детском здравоохранении и в семейных центрах.

ПОощРЕНИЕ ДИАЛОГА С РОДИТЕЛЯМИ – ОПЫТ ИЗ ФИНЛЯНДИИ

Знания о факторах риска и защиты важны для специалиста, чтобы эффективно функционировать в своей профессиональной роли. В дополнение к этим знаниям, ему также надо думать о том, как это знание им используется в контакте с семьями. То, каким образом специалисты применяют свои знания о факторах риска и защиты, показывает, насколько они мотивированы на использование мер поддержки, например программ поддержки родителей.

Подробнее о диалоге с родителями:
www.nordicwelfare.org/tidigainsatser

ВЫЗОВ

Специалистов иногда критикуют за то, что они не слушают голоса родителей. Существует некая культура, которая характеризуется иерархическими отношениями ведомств, в которых эксперты «всегда знают лучше», поэтому иногда имеет место конкуренция между знаниями, которыми обладают представители разных профессий. Специалисты также могут в течение длительного времени между собой обсуждать свою озабоченность по поводу конкретного ребенка, прежде чем семья активно включается в обсуждение вопроса. В дополнение к риску профессионалов, строящих реальность, частью которой семья себя не чувствуют, специалисты могут быть не синхронизированы друг с другом. Они находятся в различных этапах процесса и, следовательно, могут иметь проблемы с нахождением общего языка.

ИНТЕРВЬЮ

**РОДИТЕЛИ ЯВЛЯЮТСЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ
ПО СВОИМ ДЕТЯМ**

В качестве усиления этого выделен диалогический подход. Роль семьи в качестве со-участников усиливается, когда подход диалогичен. Специалисты видят семью не только как «мишень для вмешательства». Они рассматривают её как партнеров со специальными знаниями экспертов. В то же время, специалисты также делятся своими экспертными знаниями, например, о том, что исследования говорят о факторах риска и защиты. Потребностей семьи и экспертные знания специалистов, следовательно, сочетаются по-новому с целью совместной работы и обучения.

Когда родители занимают как специалисты со своими детьми, становится возможным создать альянс в наилучших интересах ребенка, для достижения мер поддержки. На конкретном уровне, специалист способен усиливать диалогический подход в контакте с родителями, выделяя следующие факторы:

- Рассматривать семьи в качестве равноправных партнеров в работе и экспертов в их собственной ситуации. Это то, что работает для них? Поощряйте их решать свои собственные проблемы!
- Выделять ресурсы, которые Вы видите у ребенка и семьи. Не зацикливаться только на проблемах.
- Иногда существует одна общая проблема. Ситуация может выглядеть по-разному с разных сторон. Например, ребенок может вести себя очень по-разному у себя дома и в дошкольном учреждении. Обсуждение, которое оставляет место для различных подходов, может выявить новое понимание того, чего данный вопрос касается.
- Все семьи и ситуации уникальны, специалист должен действовать гибко и профессионально взвешивать все альтернативные оценки семьи.

**РИСК-ОРИЕНТИРОВАННАЯ РАБОТА НА ПРАКТИКЕ –
ПРИМЕР ИЗ ШВЕДСКОГО МУНИЦИПАЛИТЕТА Sjöbo**

Почему около 20 школьников в возрасте 8-9 лет имеют специальные договоренности со своей школой, например, для них ограничиваются дни посещения школы и вводится домашнее обучение вместо обычного школьного? Для муниципалитета размера Sjöbo это количество необычно высоко, поэтому он принял участие в шведском проекте «Пиноккио» с целью улучшения работы с детьми до 12 лет, подверженными риску развития отклоняющегося поведения. Результаты были настолько хороши, что муниципалитет продолжает работу в соответствии с той же моделью и принципами после окончания проекта.

«Мы поняли, что должны были иметь дело с этими вещами раньше» – говорит Petra West-Stenkvisnkvist, глава направления индивидуального и семейного ухода и здоровья учащихся в Sjöbo, – «У нас просто было слишком много неотложных вмешательств».

Когда проект «Пиноккио» начался, дискуссии в Sjöbo уже прошли долгий путь с целью создания более эффективной координации. Это облегчалось тем, что дошкольные учреждения, школы, социальные службы и служба ученического здоровья уже находились в той же муниципальной организации.

Инициатива была политически одобрена на высшем уровне и была создана инициативная группа из семейных терапевтов социальной службы, психолога, специального педагога из службы ученического здоровья, дошкольного воспитателя и двух человек из приемной комиссии школы для 5 летних.

«Для нас «Пиноккио» означал систематический, структурированный способ работы, что мы должны делать, как мы должны это сделать – было ясно», – говорит Petra West-Stenkvisnkvist. «Мы ранее не были знакомы с требованиями к документации и измерению конкретных результатов».

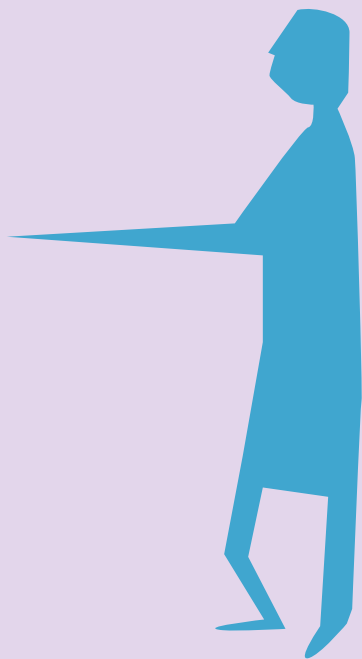
Семеро детей приняли участие в проекте «Пиноккио». Целью было уменьшить ненормативное поведение на 50%.

«Когда проект «Пиноккио» закончился в 2009 году, мы достигли и превысили свою цель», – говорит Petra West-Stenkvisnkvist. – «Мы также получили новые знания и стали более скептически относиться к нашей классификации того, что ненормально. Мы частично изменили наш подход. Сотрудничество является ключом к работе в «Пиноккио», он продолжается и теперь, проект вошел в нашу повседневную работу».

Когда есть подозрение, что ребенок нуждается в помощи, родители встречаются с группой и совместными действиями создают представление о ребенке и его или ее ситуации.

«Мы представляем наши взгляды на основе наших знаний о факторах риска и защиты, в то время как родители представляют свои взгляды» – говорит Camilla Persson, руководитель группы консультации и поддержки. – «Сотрудники имеют высокую квалификацию для выявления у ребенка потребностей на ранней стадии, и мы обучены факторам риска и защиты. Этот опыт имеет важное значение для нашей работы».

Дети в Sjöbo не подвергаются общему скринингу. Персонал дошкольного учреждения прошёл обучение в «ран-



ней идентификации». Система строится вокруг выявления основных проблем, с которыми дети сталкиваются ежедневно. Если что-то кажется неправильным, созывается совместная инициативная группа и приглашаются родители. Каждый заполняет форму с множеством вариантов выбора с указанием информации о ребенке. Форма используется в качестве основы для обсуждения, чтобы постепенно прийти к общей картине ситуации ребенка и решения, которое каждый готов поддержать. Оценка Ester осуществляется и впоследствии каждые шесть месяцев, как измерение последующей деятельности.

Группа в настоящее время работает примерно с 20 дошкольниками. Метод работы такой же, но решения очень разные, как возможности варьировать между семьями с сильными защитными факторами и семьями со средними или без таких факторов.

«Изначально мы посвящаем много времени ребенку и целенаправленной работе по повышению защитных факторов и снижению факторов риска» – говорит Petra West-Stenkivistnkvist. «Структура нашей работы в непрерывных измерениях и последующих мероприятиях, когда мы чувствуем, что делаем правильные вещи».

Важным фактором успешной работы является поддержка политиков и высокопоставленных чиновников. Решение на верхнем политическом уровне требуется для того, чтобы сотрудничество между различными частями организации не пришло в расстройство. Четкий фактор успеха в Sjöbo в том, что Petra West-Stenkivistnkvist была вовлечена с самого начала, и по-прежнему вовлечена теперь уже на более высоком уровне управления, чем когда «Пиноккио» внедрялся. Camilla Persson была также вовлечена самого начала.

«Одним из факторов неудачи реорганизации в муниципалитете,» – говорит Petra West-Stenkivistnkvist – «когда непринужденность сотрудничества теряется, ответственность никому не предназначена, и система уходит в себя. Существует постоянное движение в организации и надо быть в состоянии контролировать его с уровня управления. Другими факторами, которые приводят к худшим результатам при совместной работе, являются плохое сотрудничество с родителями когда проблемы касаются детской или взрослой психиатрии. Тогда сотрудничество не работает в оптимальном режиме. Родителям надо самим прийти со своим ребенком и быть в состоянии сформулировать проблему».

«Это вербальная деятельность с обсуждением метода» – говорит Petra West-Stenkivistnkvist. – «Мы работаем с людьми, которые иногда требуют практического руководства для установки будильника по утрам. Таким только образом

они могут встать и видят свои проблемы, только определив их как проблемы ребенка».

Метод работы, сосредоточенный на сотрудничестве, может также распространяться на другие области в организации. Совместные мероприятия планируются для детей, таким образом, автоматически повышая защитные факторы.

«Все проще с сотрудничеством» – говорит Petra West-Stenkvistnkvist. – «Простая вещь, все педагоги в состоянии поднять трубку телефона и позвонить каждому из нас. Благодаря нашему сотрудничеству мы знаем друг друга. Это очень простой способ повышения защитных факторов!»



Мы хотели бы сказать большое спасибо всем участникам методических и экспертных групп, которые внесли свой немалый вклад в содержание этой брошюры:

МЕТОДИЧЕСКАЯ ГРУППА:

- Vegard Forøy, Норвежский Директорат по делам детей, молодежи и семьи (Bufdir), Норвегия;
- Anne Katrine Tholstrup Bertelsen, Датское Министерство Социальных дел и интеграции, Дания;
- Tórhild Højgaard, Министерство социальных дел, Фарерские острова;
- Lára Björnsdóttir, Министерство социального обеспечения, Исландия;
- Súsanna Nordendal, Министерство социальных дел, Фарерские острова;
- Monica Norrman, Национальный совет по вопросам здравоохранения и социального обеспечения, Швеция;
- Birgit V Niclasen, Министерство здравоохранения, Гренландия;
- Anne Melchior Hansen, Национальный совет по вопросам социальных услуг, Дания;
- Mia Montonen, FSKC, Финляндия;
- Riitta Viitala, Министерство социальных дел и здравоохранения, Финляндия;
- Doris Bjarkhamar, Министерство социальных дел, Фарерские острова;

ГРУППА ЭКСПЕРТОВ:

- Anne Melchior Hansen, Национальный совет по вопросам социальных услуг, Дания;
- Denise Melin, Муниципалитет города Стокгольм, Швеция;
- Eivor Söderström, Муниципалитет города Хельсинки, Финляндия;
- Erla Björg Sigurðardóttir, Муниципалитет города Рейкьявик, Исландия;
- Hanne Holme, RBUP, Норвегия;
- Helene Hjorth Oldrup, SFI, Дания;
- Henrik Andershed, Университет Örebro, Швеция;
- Knut Sundell, Национальный совет по вопросам здравоохранения и социального обеспечения, Швеция;
- Mirjam Kalland, Центр охраны детства им. Маннергейма, Финляндия;
- Terje Ogden, Норвежский Центр детского психического развития, Норвегия.





NORDENS VÄLFÄRDSCENTER / Nordic Centre for Welfare and Social Issues
Box 22028, SE 104 22 Stockholm / Street address Hantverkargatan 29 / Sweden
www.nordicwelfare.org