

Joanna Doroszuk, Karolina Tersa
Uniwersytet Gdański

Oblicza i znaczenia współpracy we wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka

Prezentowany artykuł zawiera refleksję na temat znaczenia współpracy we wczesnym wspomaganie rozwoju dziecka. W szczególności koncentruje się na tych obszarach współpracy, które są określone przez ustawy. Przedstawiamy cztery ważne pola współpracy: pomiędzy rodziną, a terapeutami, wewnątrz zespołów terapeutycznych, a także pomiędzy instytucjami wspierającymi dziecko jednocześnie i w sytuacji kiedy dziecko przechodzi z jednej instytucji do drugiej. Opisujemy współczesne tendencje obserwowane w tych obszarach.

Słowa kluczowe: współpraca, wczesne wspomaganie rozwoju, wczesna interwencja, terapia, zespoły terapeutyczne, strategie przeniesienia

Colors and meanings of cooperation in early childhood developmental support

The article we present contains reflection on meanings of cooperation in early childhood developmental support. It especially focuses on those parts of cooperation, which are connected with institutional laws and arrangements. We introduce four important fields of cooperation: family support, therapeutic teams, institutions working simultaneously and subsequently. We describe contemporary tendencies observed in those areas.

Keywords: cooperation, early childhood developmental support, early intervention, therapy, therapeutic teams, transition plans

Wprowadzenie – oblicza współpracy

W centrum naszego zainteresowania stawiamy, w niniejszym artykule, wczesne wspomaganie rozwoju. Łączy się ono w naszym przypadku z wieloletnią praktyką zawodową. Pracując jako terapeutki i organizatorki wczesnego wsparcia, a także analizując je z perspektywy naukowej, niezwykle często spotykamy się z kategorią współpracy. Co istotne, tematyka współpracy pojawia się w bardzo wielu aspektach wczesnego wspomaganie.

Oczywiście współpraca jest istotnym wymiarem każdego rodzaju wsparcia terapeutycznego. Idąc dalej można powiedzieć, że leży u podstaw pracy pedagogicznej czy też jakiegokolwiek pracy wykonywanej dla drugiego człowieka. Istotne jednak dla nas jest, że we wczesnym wspomaganiu, jako względnie młodej dziedzinie pedagogicznej, poszukuje się wciąż sposobów na to, by ten interesujący nas aspekt udoskonalić. Wydaje się to działanie o tyle ważne, iż – jak wiadomo – wczesne etapy rozwoju człowieka są wyjątkowo znaczące. Wspieranie ich w stopniu niezwykle wysokim warunkuje dalsze funkcjonowanie jednostki (a także, o czym wspomnimy dalej, jej otoczenia). Zatem jakość udzielanego wsparcia, w tym jakość podejmowanej w różnych obszarach współpracy, ma znaczenie, które trudno przecenić.

W niniejszym artykule zajmiemy się głównie wymiarem organizacyjnym współdziałania. Opiszemy współczesne trendy współpracy w zespołach terapeutycznych, w rodzinie, a także współpracę instytucjonalną. Na marginesie nieco pozostawimy, niezwykle istotną, acz pozostającą głównie w gestii rozważań psychologicznych, kwestię współpracy z podmiotem wsparcia, jakim jest samo dziecko.

Współpraca pomiędzy specjalistami

Główne zasady pracy specjalistów w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka są w Polsce określone przez Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017r., poz. 1635). W skład zespołu wchodzi: pedagog specjalny, psycholog, logopeda, a także inni specjaliści (np. fizjoterapeuta), lecz ich obecność w zespole uwarunkowana jest potrzebami rozwojowymi dziecka (2017, § 3, pkt 2). Warunki i zasady współpracy pomiędzy specjalistami nie są regulowane przez powyższe rozporządzenie (co m.in. implikuje różne rodzaje zespołów terapeutycznych działające w poszczególnych placówkach, a także dywersyfikację modeli pracy terapeutycznej). Natomiast sama konieczność ich współpracy determinowana jest chociażby przez wyznaczone w wskazanym rozporządzeniu zadania pracy zespołu. Bowiem zarówno opracowanie programu wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (który powinien opierać się na przeprowadzonej wcześniej diagnozie funkcjonalnej), jak i jego ewaluacja, a także wzmacnianie jakości funkcjonowania dziecka w środowisku domowym oraz społecznym wymagają od terapeutów zaangażowania, wzajemnej komunikacji, jak i podejmowania działań wspólnych (2017, § 3, pkt 4). Ponadto – mocno akcentowany m.in. w powyższym rozporządzeniu – nacisk na wsparcie rodziny dziecka z niepełnosprawnością (którego analizy dokonamy w dalszej części artykułu) powinien implikować

przyjęcie wspólnego stanowiska terapeutów wobec rodziców oraz opracowanie wspólnego planu wsparcia danej rodziny.

Ramy współpracy pomiędzy specjalistami zostały dookreślone m.in. w Programie Rządowym (którego realizacja nastąpiła w latach 2005–2007), nazwanym *Wczesna, wielospecjalistyczna, kompleksowa, skoordynowana i ciągła pomoc dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie* [Program Rządowy 2004]. Znaczące w perspektywie powziętych rozważań są zwłaszcza wskazane w dokumencie cechy udzielanego dziecku i rodzinie wsparcia, tj.:

- skoordynowanie i kompleksowość, określone w dokumencie jako:
- łączenie diagnozy lekarskiej i psychologiczno-pedagogicznej ze wskazaniami koniecznych działań rehabilitacyjnych i logopedycznych,
- łączenie diagnozy z opracowaniem i wdrożeniem indywidualnego programu – rehabilitacyjno-terapeutycznego,
- łączenie realizowania programu rehabilitacyjno-terapeutycznego z jego modyfikowaniem w związku z osiąganymi efektami lub ich brakiem przez interdyscyplinarny zespół specjalistów i finansowanie tego programu z różnych źródeł,
- łączenie oddziaływania zorientowanego na dziecko z pomocą czy wsparciem udzielanym jego rodzicom;
- wielodyscyplinarność, która polega na realizacji programu pomocy dziecku i jego rodzinie przez specjalistów współpracujących ze sobą, tworzących zespół [Cytowska 2006: 19].

Znaczące wydaje się w tym ujęciu holistyczne spojrzenie na dziecko, łączenie poszczególnych aspektów jego rozwoju. Osiągnięcie przez dziecko danej umiejętności może być zależne od poziomu jego funkcjonowania w innych sferach (np. rozwój mowy determinowany jest m.in. przez rozwój poznawczy i ruchowy dziecka). Dlatego ważna jest wymiana wiedzy i doświadczeń pomiędzy specjalistami, a także wspólne opracowywanie programu rehabilitacyjno-terapeutycznego oraz jego ewaluacja.

Cel współpracy pomiędzy specjalistami wydaje się klarowny, jednak stosowane modele pracy zespołu specjalistów nie są prawnie regulowane i w dużej mierze zależą od specyfiki funkcjonowania placówki. W polskich placówkach funkcjonują zespoły multidyscyplinarne, interdyscyplinarne oraz transdyscyplinarne. W zespole multi- oraz interdyscyplinarnym praca terapeutów ma charakter bardziej jednostkowy i odrębny, następuje tylko wymiana wiedzy (bardziej lub mniej usystematyzowana) pomiędzy specjalistami. Natomiast zespół transdyscyplinarny wydaje się bardziej odpowiadać wskazanym wyżej założeniom skoordynowania, kompleksowości i wielodyscyplinarności. Opracowanie diagnozy dziecka oraz programu jego wsparcia jest wykonywane przez zespół terapeutów wspólnie, natomiast spotkania zespołu są regularne, co pozwala na stałą

ewaluację pracy. Bardzo ważną cechą tego rodzaju pracy zespołu jest włączenie rodziców w jego skład jako jego pełnoprawnych członków [por. Dunst, Bruder 2002: 361–375].

Możliwości współpracy między terapeutami w danej placówce, obranie przez nich konkretnego modelu pracy terapeutycznej, determinowane jest również przez warunki systemowe. Utrudnieniem transdyscyplinarności zespołu może być chociażby niewielka liczba godzin wsparcia przysługująca dziecku (2017, § 6, pkt 1) czy trudności lokalowe danej placówki komplikujące np. dodatkowe spotkania zespołów terapeutycznych. Problematyczne może być również autentyczne włączenie rodziców w skład zespołu oraz partnerska relacja pomiędzy rodzicami i wszystkimi terapeutami pracującymi z dzieckiem. Specyfice współpracy z rodzicami poświęcimy kolejną część artykułu. Natomiast w tym miejscu chciałbyśmy po krótko omówić jeden z australijskich modeli pracy zespołu terapeutycznego, który w sposób ciekawy łączy zagadnienie współpracy pomiędzy specjalistami oraz współpracy z rodziną.

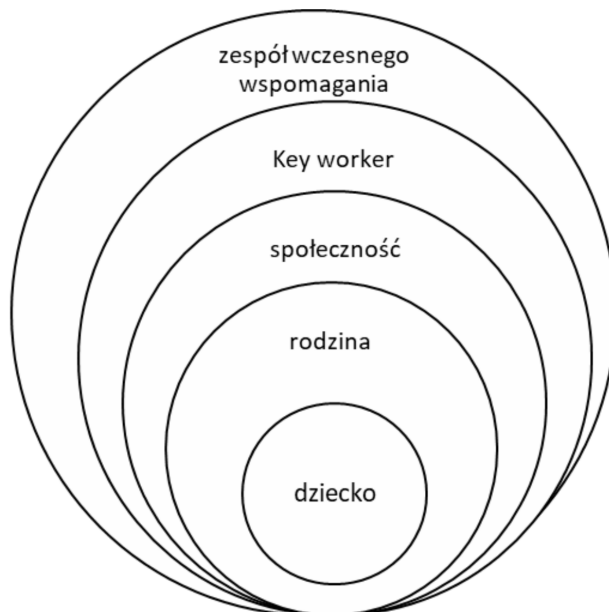
Key Worker model w większości założeń nawiązuje do modelu transdyscyplinarnego. Zakłada bowiem holistyczne podejście do dziecka i konieczność współpracy pomiędzy specjalistami już od etapu diagnozy dziecka. Dla terapeutów pracujących według tego modelu naturalne środowisko, w którym funkcjonuje dziecko, stanowi ważną strefę wpływu – należy je wzmocnić, by dziecko mogło się w nim optymalnie rozwijać. Wyróżniająca wskazany model jest jednak przede wszystkim rola Key workera jako łącznika pomiędzy zespołem terapeutów a społecznością, w której funkcjonuje dziecko i jego rodziną, co obrazuje poniższy schemat. Rola Key Workera ma bardzo duże znaczenie, gdyż reprezentuje on zarówno rodzinę dziecka (wśród specjalistów) jak i specjalistów (wśród rodziców i najbliższego otoczenia dziecka) (Early Childhood Intervention Australia NSW Chapter, 2014). Dodatkowo powinien on minimalizować trudności wynikające ze współpracy rodziny ze specjalistami, a także zapobiegać szumowi informacyjnemu, który często dodatkowo obciąża rodziców dzieci z niepełnosprawnością.

Key worker zmienia oblicze współpracy z zespołem transdyscyplinarnym. To właśnie jeden wybrany z zespołu terapeuta otacza rodzinę szczególną uwagą, przekazuje jej informacje, towarzyszy w różnych ważnych sytuacjach rodzinnych.

Kluczowymi obszarami, w których Key worker wspiera rodzinę są:

- informowanie rodziców o możliwościach wsparcia, zasobach i usługach, z których mogą korzystać,
- koordynowanie zajęć terapeutycznych, z których korzysta dziecko,
- identyfikowanie i zaspokajanie potrzeb rodzicielskich,
- propagowanie rodziny dziecka z niepełnosprawnością w środowisku lokalnym,

- wsparcie emocjonalne [por. <https://www.earlyed.com.au/our-services/therapy-services/key-worker>, dostęp: 25.09.2017].



Rysunek 1. Model zespołu interdyscyplinarnego z Key Workerem

Źródło: Opracowano na podstawie: <https://www.earlyed.com.au/our-services/therapy-services/key-worker/> [dostęp: 25.09.2017].

Key worker wychodzi naprzeciw potrzebom rodziny, która bardzo często znajduje się w trudnej sytuacji emocjonalnej (implikowanej przez zaburzony rozwój dziecka). Dodatkowo ułatwia on transfer poziomy, o którym szerzej w dalszej części rozważań. Zastosowanie wskazanego modelu wydaje się trudne w polskich warunkach systemowych. Może stanowić ono jednak znaczącą inspirację dla zespołów terapeutycznych i ich koordynatorów. W sposób unikatowy, lecz kompleksowy, rozwiązany jest w powyższym modelu aspekt współpracy z rodziną, na który chcielibyśmy zwrócić w tym miejscu szczególną uwagę.

Współpraca z rodziną małego dziecka niepełnosprawnego

W programach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w ciągu ostatniego piętnastolecia zaszła bardzo duża zmiana w obszarze współpracy z jego rodziną. W wyniku badań i obserwacji, oddziaływania terapeutyczne bez udziału rodzi-

ców zaczęto oceniać jako mniej skuteczne [Owieczko, Łangowski 2003]. Medyczny paradygmat wspomagania skoncentrowany na specjalistach został zastąpiony przez nowy, skoncentrowany na rodzinie [Twardowski 2014].

Wiele współczesnych programów wczesnej interwencji budowanych jest na podstawie modelu ekologii rozwoju człowieka Bronfenbrennera, w którym podkreśla się znaczenie systemu rodzinnego dla rozwoju człowieka [por. Brzezińska 2004]. Dziecko jest bardzo ważnym członkiem tego systemu i dlatego też znaczące są relacje, jakie kształtują się między nim a rodzicami. Nawiązując do tego modelu, M. Skórczyńska wskazuje: „Jednym z programów wczesnej interwencji jest budowanie rodzicielskiej pewności siebie w zakresie kompetencji rodzicielskich” [2006: 284]. Im większe są trudności i zaburzenia dziecka, zwłaszcza w sferze poznawczej, a także dotyczące umiejętności komunikacyjnych, tym trudniejsze jest budowanie relacji z dzieckiem, co może implikować frustrację rodzica, a z czasem nawet wypalanie się jego sił [por. Sekułowicz 2013]. Budowanie poczucia kompetencji u rodzica wydaje się więc bardzo ważnym celem oddziaływania terapeutycznego. Oddziaływanie terapeutów stanowi pewien element życia dziecka, w przeciwieństwie do czasu spędzonego z rodzicami, z którymi ma ono stały kontakt.

Na kształtowanie kompetencji u rodziców, jako najważniejsze zadanie zespołu terapeutycznego, wskazuje także A. Twardowski, nazywając proces ten upełnomocnieniem rodziców. Autor wskazuje na kształcenie takich kompetencji jak:

1. zaangażowanie,
2. poczucie skuteczności,
3. umiejętność zaspokajania własnych potrzeb,
4. umiejętność korzystania z dostępnych zasobów,
5. rozumienie otoczenia społecznego i wiara w możliwość wywierania wpływu na nie,
6. przekonanie, że to, co się robi, jest wartościowe,
7. poczucie możliwości decydowania o sobie” [2004: 17].

Znacząca w tej perspektywie wydaje się zwłaszcza chęć systemowego, ustandaryzowanego wsparcia rodziców dziecka z niepełnosprawnością. Istotne wydaje się także postrzeganie rodziców nie tylko przez pryzmat ich roli rodzicielskiej (czemu może służyć np. uczenie rodziców identyfikowania i zaspokajania własnych potrzeb). Owe umiejętności mają również duże znaczenie dla partnerskich relacji pomiędzy rodzicami a terapeutami, które są propagowane w wskazanym wcześniej modelu transdyscyplinarnym pracy zespołu terapeutycznego. Jednocześnie w procesie kształtowania kompetencji rodzicielskich, zadbanie o dziecko następuje dwustronnie – przez udzielenie mu wsparcia terapeutycznego, jak i stworzenie mu odpowiednich warunków do rozwoju poprzez wsparcie jego środowiska rodzinnego. Ponadto jak wskazuje D. Richey: „Podejście skoncentrowane na rodzinie ma dostarczać wsparcia, aby one [rodziny] i poszczególni jej

członkowie mogli uczestniczyć we wczesnej interwencji swoich dzieci w sposób pożądaný dla dziecka i zmieniający się w czasie” [2004: 33]. Okres wczesnego wspomagania rozwoju dziecka, obejmujący pierwsze kilka lat jego życia, może (a nawet powinien) wpisywać się bowiem w bardzo dynamiczny proces zmiany w życiu dziecka i jego rodziny.

Współpraca według paradygmatu skoncentrowanego na rodzinie wydaje się procesem przemyślanym, skoordynowanym i wychodzącym naprzeciw potrzebom rodziny. Nasuwają się pytania, jak bardzo w warunkach polskich placówek możliwa jest tak optymalna i przemyślana koncentracja specjalistów na rodzinie dziecka objętego wczesnym wspomaganie w rozwoju. Jest to zagadnienie warte dalszych naukowych eksploracji (także na drodze empirii). Pewne odpowiedzi możemy jednak odnaleźć w rozważaniach dotyczących międzyinstytucjonalnego transferu współpracy.

Międzyinstytucjonalny transfer współpracy

Współpraca między instytucjami, obejmującymi opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym i jego rodziną, jest obszarem w szczególny sposób istotnym. Dzieje się tak z tego powodu, iż we wszystkich znanych nam systemach wsparcia ten wymiar współpracy opisywany jest jako wymagający zmian, niewystarczająco eksplorowany czy też po prostu szwankujący (zob. m.im. European Agency for Development in Special Needs Education 2012, KPMG 2014, s. 14, Tim Moore 2012). Tymczasem, jak pisze I. Chrzanowska, „Na edukację patrzeć należy jak na jeden organizm, który dobrze funkcjonuje tylko wówczas, gdy wszystkie jego elementy składowe pozostają w równowadze” [2016: 73].

W myśleniu o współpracy instytucjonalnej we wczesnym wspomaganie chcielibyśmy wyróżnić dwa jej wymiary. Pierwszy z nich odnosi się do instytucji pracujących symultanicznie, obejmujących opiekę nad dzieckiem do szóstego roku życia oraz jego rodziną. Nazywamy ten rodzaj działań POZIOMYM TRANSFEREM współpracy. TRANSFER PIONOWY z kolei to współdziałanie między instytucjami, które przejmują kolejno po sobie działania skierowane do interesujących nas podmiotów, a więc w głównej mierze na linii: środowiska odpowiedzialne za prewencję powstawania specjalnych potrzeb – środowiska wczesnego wsparcia – środowisko szkolne.

Dużo częściej rozpatrywany w literaturze przedmiotu transfer poziomy wiąże się z klasycznie rozumianym pojęciem współpracy międzysektorowej. W rozważaniach nad wczesnym wsparciem często pojawia się marzenie o jego lepszej koordynacji, braku rozczłonkowania resortowego (co ma miejsce np.

w Polsce, ale również w większości miejsc na świecie, gdzie takie wsparcie jest dostępne). Marzenie o koordynacji przybiera często wymiar postulatów o jednym miejscu udzielania takiej pomocy – tak aby była łatwo dostępna, nie trzeba było tej pomocy składać z wielu elementów i samemu jej planować.

Postulaty współpracy międzysektorowej pojawiają się zarówno jako proponowane teoretycznie zasady wczesnego wsparcia, faktyczne zadania zespołów, zalecenia instytucji UE. Na przykład „Rozporządzenie MEN w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci” podkreśla, iż:

„Do zadań zespołu należy w szczególności:

2) nawiązanie współpracy z:

- a) przedszkolem, inną formą wychowania przedszkolnego, oddziałem przedszkolnym w szkole podstawowej, do którego uczęszcza dziecko, lub innymi podmiotami, w których dziecko jest objęte oddziaływaniami terapeutycznymi, w celu zapewnienia spójności wszystkich oddziaływań wspomagających rozwój dziecka,
- b) podmiotem leczniczym w celu zdiagnozowania potrzeb dziecka wynikających z jego niepełnosprawności, zapewnienia mu wsparcia medyczno-rehabilitacyjnego i zalecanych wyrobów medycznych oraz porad i konsultacji dotyczących wspomagania rozwoju dziecka,
- c) ośrodkiem pomocy społecznej w celu zapewnienia dziecku i jego rodzinie pomocy, stosownie do ich potrzeb” [2017, § 3, pkt 4].

Do zasad efektywnego wczesnego wsparcia zalicza się m. in.:

- ukierunkowanie w największym stopniu na pracę z rodzicem, rodziną, wspólnotą lokalną, tak by promować tworzenie stymulującego otoczenia, sprzyjającego rozwojowi dziecka;
- podkreślanie bezwzględnej potrzeby projektowania odpowiednio dobranej interwencji, podjętej w stosownym czasie, w spotykającej podmioty oddziaływań trudnej życiowej sytuacji;
- respektowanie zasad: podejścia nieoceniającego, braku stygmatyzacji, współuczestnictwa, skupienia na atutach, powszechnej dostępności i wczesnej interwencji;
- **uwzględnianie współpracy międzysektorowej** [D’Addato, Williams 2013].

Dokumenty struktur Unii Europejskiej również propagują tego rodzaju współpracę. Przykładem takiej promocji jest m.in. stwierdzenie, iż „systemowe podejście do służb wczesnego wsparcia oznacza silną współpracę między różnymi sektorami polityki, takimi jak edukacja, zatrudnienie, zdrowie i polityka społeczna. Wymaga to spójnej wizji, która jest podzielana przez wszystkie zainteresowane strony, w tym rodziców, wspólne ramy polityczne o spójnych celach w całym systemie oraz wyraźnie określone role i zakres odpowiedzialności na szczeblu centralnym i lokalnym” [European Commission 2011].

Tymczasem własne poszukiwania stosowanych na świecie dobrych praktyk ujawniają, iż nie-resortowy system wczesnego wsparcia wydaje się nigdzie na świecie nie działać. Należy przy tym zadać sobie pytanie czy na pewno postulowany stan jest pożądany, czy obok okazji do skoordynowanych działań nie zawierałby skutków ubocznych, takich jak praktyki ekskludujące. Działoby się tak z pewnością, gdyby upragnione przez wielu skoordynowane wsparcie dostarcza-
ne było w jednym, mającym charakter oddzielnej placówki, miejscu. Koordynacja współpracy nie musi jednak oczywiście przybierać takiego stacjonarnego wymiaru.

Wśród działań podejmowanych w ramach wczesnego wsparcia można odnaleźć z kolei różnorakie próby zminimalizowania braków współpracy poprzez rozczłonkowany system. Należą do nich m.in.:

- amerykański system, gdzie poszczególne stany wybierają, który (medyczny, edukacyjny czy związany z pomocą społeczną) program ma być prymarny w danym stanie. Pozostałe systemy wsparcia istnieją, ale nie są odpowiedzialne za koordynację działań [Massachusetts Department of Public Health, 2013: 19];
- australijski pomysł, by jak najmocniej osadzać wczesne wsparcie w kontekście edukacyjnym, z nim go integrować, pozostałe elementy użytkując jako opcjonalne/dodatkowe [KPMG 2014: 19];
- monitorowana współpraca w polskim projekcie pilotażowym [por. Serafin 2012].

We wszystkich tych pomysłach wiodącym wydaje się przekonanie, że istotne jest nie tyle utworzenie jednego rodzaju instytucji na poziomie realizacji działań, co na poziomie tworzenia jednej, spójnej polityki wspierania rozwoju małego dziecka. Znalezienie podmiotów odpowiedzialnych za tę koordynację wydaje się zatem podstawowym zadaniem, które wieść może do udzielania bardziej efektywnego i sprzyjającego zainteresowanym podmiotom wczesnego wsparcia.

Wczesne wspomaganie jako praktyka izolująca

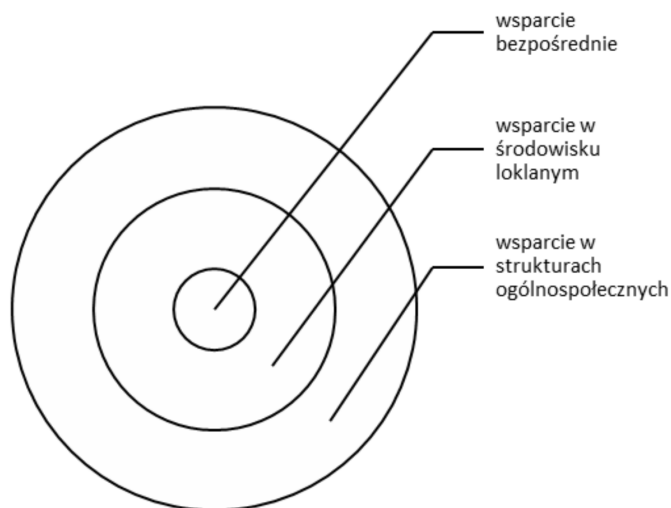
W anglojęzycznej literaturze przedmiotu pojawia się obecnie często postulat inkluzyjności wczesnego wsparcia. Dotychczasowe wczesne wspomaganie jest w większości miejsc na świecie izolujące, wyłączające. Ale trudno oczekiwać, że będzie inne, jeśli jest PRZYMUSOWO prowadzone indywidualnie, ma wymiar wyłącznie terapeutyczny. Dzieje się tak np. w przypadku polskich rozwiązań prawnych, gdzie wręcz nakazane jest, że:

- „4. Zajęcia w ramach wczesnego wspomagania są prowadzone indywidualnie z dzieckiem i jego rodziną.
5. W celu rozwijania kompetencji społecznych i komunikacyjnych przygotowujących dziecko do funkcjonowania w życiu społecznym zajęcia w ramach

wczesnego wspomagania mogą być prowadzone w grupie, z udziałem rodzin dzieci lub innych dzieci objętych wczesnym wspomaganiem. Liczba dzieci w grupie nie może przekraczać 3" [Rozporządzenie MEN 2017, § 6].

Brakuje rozwiązań nie tylko usprawniających, ale pozwalających te sprawności wykorzystać w uczestniczącym życiu. Na świecie pojawia się wiele form uspołeczniającej wczesnej interwencji, jak np. australijskie *early intervention play-groups*. Agencja Wczesna Interwencja Australia ukuła postulat rekonceptualizacji wczesnej interwencji z tej skupionych w centrach pomocy do tej skierowanej na zewnątrz [Moore 2012: 30].

W Australii właśnie propaguje się strukturalne podejście do wczesnego wspomagania. Opiera się ono na założeniu, iż dziecko i rodzina to tylko elementy szerszego środowiska. Strukturalność podejścia odnosi się do spojrzenia na podmioty wczesnego wsparcia z kilku perspektyw, co ilustruje poniższy schemat:



Rysunek 2. Struktura australijskiej wczesnej interwencji

Źródło: Opracowano na podstawie [KPMG 2014].

Na poziomie wsparcia bezpośredniego pomoc jest tu dostarczana do dzieci i ich rodzin, w programach, takich jak: wsparcie rodziców, programy dla rodzin ryzyka itd.

W przypadku wsparcia w środowisku lokalnym, interwencje celują w cechy określonych jego elementów, by zbudować społeczną spójność i wsparcie (np. przez uczestnictwo w spotkaniach wspólnot lokalnych i rozbudowę podejścia opartego na miejscu). Zadania te są skierowane również na budowanie odpowiednich świadczeń lokalnych i zapewnienie dostępu do nich.

Poziom ogólnospołeczny z kolei odnosi się do szeroko rozumianych społecznych działań, które mają odpowiedzieć na potrzeby środowisk trudnych, wrażliwych na pojawianie się utrudnień rozwojowych, poprzez politykę rządową, finansowanie, mieszkalnictwo, odpowiedzi na przemoc domową itp. [KPMG 2014].

Podejście skoncentrowane na rodzinie gdzieniegdzie w literaturze anglojęzycznej, jak u T. Moore [2012], nazywane jest tradycyjnym. Bazowym – ale niewystarczającym. Aby być inkluzyjną – wczesna interwencja musi wyjść do instytucji, które są naturalnymi środowiskami dziecka. W przypadku dziecka do drugiego, trzeciego roku życia rodzina może być takim jedynym środowiskiem. Nie oznacza to, że działania mają być skupione wyłącznie na niej – dziecko i rodzina są jednym organizmem, więc inkluzja dotyczy ich wszystkich. Wsparcie środowiskowe kierowane jest więc głównie do rodziców. W przypadku dziecka nieco starszego zarówno przedszkole, jak i instytucje lokalne (jak kluby, instytucje kultury, sportu, rekreacji itd.) są już jego środowiskami.

Autorzy australijscy proponują konkretne, widoczne w tabeli 1 obszary wsparcia, jakie tym instytucjom powinny zapewnić organy wczesnej interwencji.

Tabela 1. Obszary wsparcia

Wsparcie kierowane do instytucji edukacji wczesnodziecięcej (przedszkoli)	Wsparcie kierowane do środowiska lokalnego i jego instytucji
<ul style="list-style-type: none"> – promocja pozytywnego podejścia wśród nauczycieli do dostosowywania opieki, – diagnoza dziecięcych utrudnień i potrzeb, – analiza środowisk najwcześniejszej edukacji i identyfikacja modyfikacji, mających na celu umożliwienie pełnego uczestnictwa w zajęciach, – analiza tych środowisk celem identyfikacji istniejących lub możliwych szans dla rozwoju ważnych umiejętności, – wspieranie personelu we wprowadzaniu dostosowań i maksymalizowaniu szans rozwojowych dziecka, – monitorowanie wpływu podejmowanych działań na umiejętności rozwojowe i funkcjonalne dziecka oraz jego partycypację, – wzmocnienie możliwości służb uniwersalnych do odpowiadania na indywidualne potrzeby. 	<ul style="list-style-type: none"> – promocja zrozumienia i akceptacji dla dziecka z trudnościami rozwojowymi i jego rodziny, – rzecznictwo dla uzyskania przez nich pełnego dostępu do instytucji lokalnych, – promocja jakości ich życia przez możliwość uczestnictwa w ogólnodostępnych programach lokalnych, – analiza instytucji lokalnych pod kątem koniecznych dostosowań wobec interesujących nas podmiotów, – wspieranie personelu we wprowadzaniu tych adaptacji, – monitorowanie wpływu podjętych działań na uczestnictwo, – wzmocnienie możliwości instytucji uniwersalnych do odpowiadania na indywidualne potrzeby.

Źródło: Opracowano na podstawie [Moore 2012: 23].

Strategie przeniesienia w transferze pionowym

Należy pamiętać, iż aby postawione w rozwoju dziecka cele były osiągnięte, ich realizacja musi być kontynuowana przez kolejne zajmujące się nim instytucje. Wczesne wspomaganie nie może być odseparowane od działań, które podejmowane są przed jego podjęciem oraz po jego zakończeniu.

Rzadko przypomina się o tym, że WWR to kontynuacja programów profilaktycznych, mających na celu minimalizowanie pojawiania się skutków zaburzeń rozwojowych, częściej, iż cele WWR powinny być kontynuowane w późniejszych rozwojowo środowiskach funkcjonowania dziecka.

Jeśli chodzi o prewencję, pojawiają się propozycje dotyczące obszarów, które należy nią objąć. Oddziałuje się na ogół na środowiska, gdzie specjalne potrzeby pojawiają się częściej, poprzez programy zdrowotne, edukacyjne, wsparcie ekonomiczne (które, jak wskazują statystyki, jest najistotniejsze dla rodzin dzieci we wczesnych etapach rozwoju, później jego efektywność spada) czy polepszanie środowiska naturalnego [National Forum On Early Childhood Program Evaluation, National Scientific Council On The Developing Child, 2007].

Najbardziej naturalnym miejscem takiej kontynuacji wydaje się szkoła. By mogła nim być – potrzeba strategii przeniesienia dziecka z wcześniejszych etapów (stricte rozumianego wczesnego wspomagania czy przedszkola) do kolejnych. Jako wymóg systemowy rozwiązania takie pojawiają się np. w USA, gdzie polityka prowadzenia placówki wczesnego wsparcia wymaga opracowania „strategii przejścia” – osobnych dla dzieci, u których cele zostały osiągnięte, osobnych dla tych, które po prostu ze wczesnego wsparcia wyrosły [zob. np. Massachusetts Department of Public Health, 2013]. U nas takiego systemowego wymogu brak. Jest on wręcz utrudniony realizacyjnie przez konieczność zachowania tajemnicy terapeutycznej. W przypadku chęci dokonania pozasystemowego pionowego transferu nośnikiem informacji najczęściej staje się rodzic. Robi to nieoficjalnie, nierzadko odczuwając to zadanie jako sytuację obciążającą.

Przekazowi pionowemu strategii wsparcia nie sprzyja, o czym pisała niedawno I. Chrzanowska, jednoetapowa opieka roztaczana nad dzieckiem w wieku do czasu rozpoczęcia obowiązków szkolnego.

W przypadku modelu dwuetapowego zazwyczaj jest tak, że za opiekę na pierwszym (u nas żłobkowym) etapie odpowiada ministerstwo zdrowia, spraw społecznych i rodziny. Etap drugi jest w gestii ministerstwa edukacji. Podobnie jest w przypadku Polski. „Sytuacja się komplikuje, gdy odbiorcą usług staje się dziecko z niepełnosprawnością i konieczna jest wieloletnia współpraca międzyresortowa. W przypadku modelu jednoetapowego usługi wczesnej edukacji i opieki nad wszystkimi dziećmi w wieku przedszkolnym są realizowane w jednej

placówce. Odpowiedzialność za zarządzanie, regulowanie i finansowanie instytucji spoczywa na ministerstwie edukacji. Kwalifikacje personelu niezależnie od wieku dziecka są takie same. Rozwiązanie takie ma miejsce w krajach skandynawskich, bałtyckich, w Chorwacji i Słowenii” [Chrzanowska 2016: 77].

Natomiast późne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne, jak ma to miejsce w Polsce:

- opóźnia diagnozę w wielu przypadkach,
- separuje wczesne wspomaganie od systemu wsparcia osób niepełnosprawnych,
- zdecydowanie utrudnia transfer pionowy.

Zakończenie – dziecko jako podmiot współpracy

Podczas analizy wczesnego wspomagania rozwoju pod kątem współpracy, uwidatnia się pewna współczesna tendencja do koncentracji na rodzinie dziecka, czy jego środowisku społecznym. Jest to założenie uzasadnione zarówno potrzebami rozwojowymi samego dziecka, jak i specyfiką funkcjonowania rodziny małego dziecka z niepełnosprawnością bądź zaburzeniami rozwoju. Ważnym postulatem wynikającym z naszych rozważań wydaje się tutaj rozszerzenie zasięgu wczesnego wspomagania o instytucje, które są naturalnymi środowiskami dziecka. Wsparcie rodziny, instytucji opiekuńczo-wychowawczych, edukacyjnych i terapeutycznych, w których przebywa dziecko i które na niego wpływają oraz oczywiście samego dziecka powinno przebiegać równoległe, tak samo jak nawiązywanie z nimi współpracy.

Współpraca z placówkami oddziałyującymi na dziecko powinna rozpocząć się przede wszystkim od transferu o charakterze pionowym i poziomym, umożliwiającym ujednoczenie lub przynajmniej złagodzenie różnic w procesie wsparcia rozwojowego dziecka. Działania te mają bowiem niebagatelne znaczenie dla czynienia otoczenia dziecka bezpiecznym i prorozwojowym. Zaś jednym z pierwszych i ważniejszych zadań w współpracy z rodzicami jest omawiane wyżej **upełnomocnianie** rodzica, który tworzy warunki funkcjonowania i rozwoju dziecka. Powyższe czynności wydają się możliwe do usystematyzowania czy nawet w pewnym stopniu odgórnego ustrukturyzowania (wymaga to jednak dalszych rozważań, poszukiwań zagranicznych inspiracji, a także systemowych zmian).

Trudno jest w ten sam sposób usystematyzować współpracę z samym dzieckiem objętym wczesnym wspomaganie w rozwoju. Czynnikiem mającym niebagatelne znaczenie dla rozwoju dziecka jest bowiem bycie z nim, budowanie z nim bliskiej więzi, relacji [por. Brzezińska 2009; Kirkilionis 2011; Piotrowicz 2016].

Znacząca jest więc zarówno regularność spotkań, jak i ich powtarzająca się struktura, dzięki czemu zachowania osoby dorosłej (terapeuty, rodzica, opiekuna) wobec dziecka stają się dla niego przewidywalne, a zatem bezpieczne i prorozwojowe. R. Piotrowicz definiuje wspomaganie jako „kreatywne budowanie bezpiecznej przestrzeni dla dziecka, prowokującej je do badania otoczenia, eksperymentowania, zdobywania doświadczeń zgodnie z własnymi potrzebami rozwojowymi” [2016: 11]. Wydaje nam się, że dopiero w tak skonstruowanej bezpiecznej przestrzeni możemy mówić o współpracy z dzieckiem, a nie tylko o oddziaływaniu na niego. Konieczne wydaje nam się bowiem stworzenie miejsca dla autonomicznych zachowań dziecka, tj. np. protest, aprobaty czy dokonywanie wyboru, nawet jeśli jest to tylko wybór zabawy, czy jej miejsca bądź przebiegu. Ważne jest więc zarówno wspieranie rozwoju dziecka (tu: poznawczego, emocjonalnego, związanego z umiejętnościami komunikacyjnymi – rozwoju mowy bądź alternatywnych metod komunikacji), jak i bycie otwartym na jego autonomiczne zachowania i podążanie za nimi.

Na bardzo ważne zadanie nauczyciela/rodzica/terapeuty we wczesnym wspomaganiu rozwoju wskazuje M. Piszczek: „Jest on [nauczyciel/terapeuta/rodzic] raczej pośrednikiem pomiędzy dzieckiem a otaczającym je światem niż osobą przekazującą mu w sformalizowany sposób gotowe wiadomości” [2006: 89]. Bycie łącznikiem/ pośrednikiem wpisuje się bowiem w obszar współpracy z dzieckiem i jednocześnie realizuje postulat pewnej synchronizacji oddziaływań we wczesnym wspomaganiu rozwoju, który starałyśmy się w naszych rozważaniach uwypuklić.

Temat współpracy we wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka jest na tyle rozległy i wieloaspektowy, iż niektóre wątki zostały przez nas tylko zasygnalizowane. Wszystkie wspomniane przez nas oblicza współpracy są jednak warte dalszych analiz, poszukiwań i udoskonaleń. Wczesne wspomaganie obejmuje bowiem dziecko na początku jego drogi rozwojowej, lecz zdecydowanie wpływa na dalsze etapy jego rozwoju i życia.

Bibliografia

- Brzezińska A. (2004), *Spoleczna psychologia rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Brzezińska A. (2009), *Drogi dziecka do samodzielności: między sprawnością a niepełnosprawnością* [w:] *Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności*, A. Brzezińska, M. Ohme, A. Resler-Maj, A. Wiliński (red.), GWP, Gdańsk.
- Chrzanowska I. (2016), *Wczesna edukacja i opieka w Polsce na tle krajów UE – wyzwania dla polskiej polityki oświatowej*, „Niepełnosprawność”, nr 22.

- Cytowska B. (2006), *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, B. Cytowska, B. Winczura (red.), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- D’Addato A., Williams A. (2013), *Inspirujące praktyki w zakresie wczesnej interwencji i profilaktyki w działaniach na rzecz rodziny i wsparcia dla rodziców w Europie*, „Dziecko Krzywdzone”, nr 2(12).
- Dunst C., Bruder M. (2002), *Valued outcomes of service coordination, early intervention, and natural environments*, „Exceptional Children”, no. 68.
- Early Childhood Intervention Australia NSW Chapter (2014), *Early Intervention Best Practice discussion paper*, <https://www.ecia.org.au/documents/item/114> [dostęp: 25.09.2017].
- European Agency for Development in Special Needs Education (2012), *Early Childhood Intervention (ECI) Key Policy Messages*, https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-key-policy-messages_ECI-policypaper-EN.pdf [dostęp: 10.04.2017].
- European Commission (2011), *Communication on Early Childhood Education and Care*, https://www.european-agency.org/sites/default/files/early-childhood-intervention-key-policy-messages_ECI-policypaper-EN.pdf [dostęp: 10.04.2017].
- <https://www.earlyed.com.au/our-services/therapy-services/key-worker/> [dostęp: 25.09.2017].
- Kirkilionis E. (2011), *Więź daje siłę. Emocjonalne bezpieczeństwo na dobry początek*, Wydawnictwo Mamania, Warszawa.
- KPMG (2014), *Early childhood intervention – an overview of best practice*, http://www.communityservices.act.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/635695/Early-Intervention-Best-Practice.pdf [dostęp: 10.04.2017].
- Massachusetts Department of Public Health (2013), *Early Intervention Operational Standards*, <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/com-health/early-childhood/ei-operational-standards.pdf> [dostęp: 10.04.2017].
- Moore T. (2012), *Rethinking early childhood intervention services: Implications for policy and practice*, https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.rch.org.au%2Fuploadedfiles%2Fmain%2Fcontent%2Fccch%2Fprofdev%2Fecia_national_conference_2011.pdf [dostęp: 10.04.2017].
- National Forum On Early Childhood Program Evaluation, National Scientific Council On The Developing Child (2007), *A Science-Based Framework For Early Childhood Policy*, http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/05/Policy_Framework.pdf [dostęp: 10.04.2017].
- Owiczko K., Łangowski I. (2003), *Rodzice partnerami w procesie rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego* [w:] *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną. Wybrane problemy osobowości, rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną*, t. 1, Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Piotrowicz R. (2016), *Bycie razem – fundamentem procesu wspomagania rozwoju dziecka* [w:] *Małe dziecko – dużo pomysłów. Wybrane obszary wspomagania rozwoju dziecka*, R. Piotrowicz, M. Walkiewicz-Krutak (red.), Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Piszczyk M. (2006), *Wczesne wspomaganie rozwoju – najczęściej popełniane błędy* [w:] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, B. Cytowska, B. Winczura (red.), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

- Program Rządowy (2004) *Wczesna, wielospecjalistyczna, kompleksowa, skoordynowana i ciągła pomoc dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie, Pilotaż 2005–2007*.
- Richey D. (2004), *Wczesna interwencja u niemowląt i małych dzieci niepełnosprawnych oraz ich rodzin. Skuteczność działań i kierunki rozwoju (Na przykładzie Stanów Zjednoczonych)* [w:] *Wczesna diagnoza i terapia dzieci z utrudnieniami w rozwoju. Interdyscyplinarne problemy*, J. Kruk-Lasocka, M. Sekułowicz (red.), Dolnośląska Szkoła Wyższa Edukacji Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, Wrocław.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 24 sierpnia 2017 w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz. U. z 2017r., poz. 1635).
- Sekułowicz M. (2013), *Wypalenie się sił rodziców dzieci z niepełnosprawnością*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław.
- Serafin T. (2012), *Wybrane aspekty dotyczące możliwości prowadzenia działań wspierających rozwój małych dzieci zagrożonych niepełnosprawnością lub niepełnosprawnych i ich rodziny (na podstawie założeń i efektów wdrażania pilotażu programu rządowego 2005–2007)*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Skórczyńska M (2006), *Podejście zorientowane na rodzinę we współczesnej teorii i praktyce wczesnej interwencji* [w:] *Dziecko z zaburzeniami w rozwoju. Konteksty diagnostyczne i terapeutyczne*, B. Cytowska, B. Winczura (red.), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Twardowski A. (2014), *Nowa koncepcja wczesnego wspomagania rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami*, „Forum Pedagogiczne”, nr 1.