

ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАС И ИХ СЕМЬЯМ
ORGANIZING EARLY HELP TO THE CHILDREN
WITH RISK OF ASD AND THEIR FAMILIES

**О ранней помощи детям
и их семьям**

Е.Е. Ермолаева*,
АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт
раннего вмешательства»,
Санкт-Петербург, Россия,
evgeniya4@yandex.ru

А.М. Казьмин**,
Московский государственный
психолого-педагогический университет,
Москва, Россия,
mgppukprd@gmail.com

Р.Ж. Мухамедрахимов***,
Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия,
rjm@list.ru

Для цитаты:

О ранней помощи детям и их семьям / Ермолаева Е.Е., Казьмин А.М., Мухамедрахимов Р.Ж., Самарина Л.В. // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. С. 4–18. doi: 10.17759/autdd.2017150201

* *Ермолаева Евгения Евгеньевна*, руководитель образовательного направления Автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства», Санкт-Петербург, Россия. E-mail: *evgeniya4@yandex.ru*

** *Казьмин Александр Михайлович*, кандидат медицинских наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития факультета клинической и специальной психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия. E-mail: *mgppukprd@gmail.com*

*** *Мухамедрахимов Рифкат Жаудатович*, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психического здоровья и раннего сопровождения Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия. E-mail: *rjm@list.ru*

Л.В. Самарина****,
АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт
раннего вмешательства»,
Санкт-Петербург, Россия,
larissa@yandex.ru

В последние 40 лет в мире активно развивается помощь детям в возрасте от рождения до 3-х лет, имеющим нарушения развития, ограничения жизнедеятельности или имеющим риск развития нарушений. Такая технология оказания помощи маленьким детям и их семьям носит название «раннее вмешательство». Уже более 25 лет в России внедряются программы поддержки семей и маленьких детей по раннему вмешательству, при этом в нашей стране для обозначения данного вида помощи принят термин «ранняя помощь». Рассмотрены основные определения, используемые для описания технологии, методологические основы и принципы ранней помощи, организационные основы реализации ранней помощи.

Ключевые слова: ранняя помощь, риск развития нарушений, раннее вмешательство, ограничения жизнедеятельности.

Термины и определения

Ранняя помощь детям и их семьям — комплекс услуг ранней помощи, оказываемых на междисциплинарной и межведомственной основе детям целевой группы и их семьям, направленных на содействие физическому и психическому развитию детей, их вовлеченности в естественные жизненные ситуации, формированию позитивного взаимодействия и отношений детей и родителей/воспитателей в семье в целом, содействие включению детей в среду сверстников и их интеграции в общество.

Услуга ранней помощи — комплекс профессиональных действий, направленных на оценку или мониторинг физического и психического развития ребенка целевой группы, его вовлеченности в естественные жизненные ситуации, на оценку взаимодействия и отношений с родителями/воспитателями и в семье в контексте влияния факторов окружающей среды, а также комплекс действий, направленных на составление, реализацию и оценку эффективности индивидуальной программы ранней помощи, консультирование родителей и специалистов организаций обра-

зования, здравоохранения и социального обслуживания.

Ребенок целевой группы (нуждающийся в ранней помощи) — ребенок в возрасте от рождения до 3 лет, имеющий ограничение жизнедеятельности, или ребенок из группы риска, а также ребенок с ограничением жизнедеятельности в возрасте от 3 до 7 лет, не получающий дошкольное образование или получающий его в семье.

Ребенок группы риска — ребенок в возрасте от рождения до 3 лет с риском развития ограничений жизнедеятельности в связи с неблагоприятным воздействием биологических факторов или факторов окружающей среды, включая неблагоприятные социальные факторы.

Воспитатель — родитель, другой родственник или лицо, фактически осуществляющее непосредственный уход за ребенком, его воспитание и развитие, в том числе должностное лицо в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, выполняющее функции непосредственного ухода за ребенком, его воспитания и развития.

Семья — круг лиц, совместно проживающих с ребенком, включая родителей, опе-

**** Самарина Лариса Витальевна, директор Автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства», Санкт-Петербург, Россия. E-mail: *larissa@yandex.ru*

кунов, попечителей, приемных родителей, братьев, сестер, бабушек, дедушек и других близких родственников, а также, при проживании ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, — дети и воспитатели группы проживания ребенка.

Естественные жизненные ситуации (ЕЖС) — повседневные жизненные ситуации дома, вне дома и в обществе, характерные для типично развивающихся сверстников.

Индивидуальная программа ранней помощи (ИППР) — документ, оформленный в письменном и электронном виде, составленный на основании оценки ребенка и семьи, оценки факторов окружающей среды, содержащий цели ранней помощи, естественные жизненные ситуации, в которых планируется их достижение, а также перечень услуг ранней помощи, объем услуг, формы и места их оказания, сроки, указание ведущего специалиста и исполнителей программы.

Активность ребенка — выполнение задачи или действия ребенком.

Участие ребенка — вовлеченность ребенка в естественную жизненную ситуацию.

Функционирование ребенка — развитие функций организма ребенка; действия и деятельность, которые ребенок способен выполнять; участие ребенка в ЕЖС; участие в жизни социального окружения.

Ограничение жизнедеятельности ребенка — наличие у ребенка задержки развития или нарушения одной или нескольких функций организма, включая психические функции, функций, связанных с обеспечением подвижности, функций продукции голоса и речи, сенсорных функций, или/и задержки развития или ограничения активности, или/и ограничения возможности участия в естественных жизненных ситуациях.

Цели ранней помощи

Целями ранней помощи являются:

— улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях,

— повышение качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями/воспитателем и в семье,

— повышение компетентности родителей/воспитателей в вопросах развития и воспитания ребенка,

— включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи.

Методологические основы ранней помощи

Теоретико-методологической основой ранней помощи являются представления о развитии детей младенческого и раннего возраста в системе «ребенок — близкий взрослый» [5; 14; 15], в том числе детей из групп социального и биологического риска нарушений развития [17; 19], включая детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей [5; 14; 20; 21; 22; 25]. Кроме того, основу ранней помощи составляют положения теории привязанности [10; 14], согласно которой для благополучного психического, физического, коммуникативного развития ребенка и формирования у него адаптивных моделей поведения и типов привязанности, ребенку необходимо взаимодействие с чувствительной, отзывчивой и стабильной матерью или заменяющим ее близким взрослым.

Целью и одновременно ключевым средством ранней помощи является развитие эффективного функционирования ребенка через его вовлечение и участие в типичных ситуациях домашней и социальной жизни [2; 18] и нормализация жизни семьи.

Направление дальнейшего развития методологии ранней помощи определяется принятием контекстуальной модели функционирования и ограничений жизнедеятельности, используемой в МКФ [12; 16]. Согласно этой модели, на активность и участие ребенка влияют как факторы организма (состояние структур и функций), так и широкий спектр факторов окружающей среды: природных, технологических, соци-

альных, культурных, экономических, политических и других, а также персональные факторы. Данная модель включает биопсихосоциальный подход, описанный G. Engel в 1980 году [17].

Принципы предоставления услуг ранней помощи

Услуги ранней помощи предоставляются детям и их семьям на основе следующих принципов:

- бесплатности;
- регулярности (в течение всего времени действия ИПРП);
- доступности; открытости (информация об услугах ранней помощи должна быть открытой для родителей/воспитателей детей целевой группы);
- семейно-центрированности (услуги ранней помощи предоставляются в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка и семьи, направлены на формирование взаимообусловленного уважительного взаимодействия ребенка с родителями/воспитателями и другими членами семьи, на формирование положительных отношений в семье);
- функциональной направленности (услуги ранней помощи, предоставляемые в рамках ИПРП, должны быть направлены на улучшение функционирования ребенка в ЕЖС, повышение его участия и самостоятельной активности ЕЖС);
- уважительного отношения (услуги ранней помощи должны предоставляться потребителям в уважительной манере, с учетом их индивидуальных, семейных, религиозных и этно-культурных особенностей, ценностей, установок, мнений, приоритетов);
- междисциплинарности (специалисты различной профессиональной направленности объединяют свои подходы, методы, приемы и усилия, чтобы улучшить функционирование ребенка в ЕЖС, работают над едиными целями на основе командного подхода);

— научной обоснованности (при оказании услуг ранней помощи специалисты должны использовать научно обоснованные методы и технологии ранней помощи) [4; 7; 8].

Методы и подходы, используемые при оказании ранней помощи

В области ранней помощи используются методы и подходы, подбираемые в зависимости от индивидуальных потребностей ребенка и семьи. Критериями выбора методов ранней помощи являются их научная обоснованность и доказанная эффективность. В данном разделе представлены некоторые из них.

Подход, основанный на ежедневных рутинных, — целостная система построения программы помощи ребенку и семье, основанная на изучении семейной среды, отношений, ресурсов, трудностей, беспокойств относительно повседневной жизни и на использовании повседневных рутин для развития ребенка и улучшения его функционирования. Содержит в себе методы оценки, по-настоящему ориентированные на семью, позволяющие разрабатывать четкие, конкретные, измеримые цели, которые непосредственно затрагивают приоритеты семьи и помогают детям развивать навыки, имеющие отношение к повседневной жизни. Подход позволяет улучшать навыки членов семьи для развития ребенка в повседневной жизни и продолжать это делать между встречами со специалистом, благодаря чему дети получают больше возможностей учиться новому, сохранять и развивать приобретенные умения [26].

Методы альтернативной и дополнительной коммуникации используются для всех детей, обеспечивая общение и взаимодействие с ними в процессе абилитации, а также предоставление ребенку возможности коммуникации с близкими людьми в ЕЖС для лучшего развития у детей речи [9].

Метод прелингвистического средового обучения — технология поддержки разви-

тия инициированного, то есть исходящего от ребенка, общения, которая используется как в легких, так и в тяжелых случаях ограничений способностей к социальному взаимодействию и общению у детей первых лет жизни. Основными компонентами прелингвистического средового обучения являются: следование за вниманием ребенка, использование невербальных и вербальных средств коммуникации в процессе мотивированного взаимодействия с ребенком, организация среды для наилучшего вовлечения ребенка в совместную активность с ухаживающим взрослым, использование ориентирующей и эмоциональной помощи, а также учет индивидуальных особенностей ребенка, в том числе его ресурсных, нарушенных или задержанных в развитии функций [23; 24].

Нейроразвивающая терапия — это целостная междисциплинарная модель клинической практики, основанная на исследованиях, в которых особое внимание уделяется индивидуальному подходу к развитию исполнительных действий у детей с двигательными нарушениями на основе их интересов и их вовлечения в жизненные ситуации. Специалист использует модель МКФ для оценки и составления индивидуальной программы помощи и её реализации с целью получения достижимых результатов у клиентов, с привлечением лиц, осуществляющих уход [13].

Метод физической реабилитации использует весь спектр физических методов воздействия, включая механическую силу и движение. Результатом работы специалиста являются максимально активные и правильные движения ребенка, которые он планирует, иницирует и выполняет самостоятельно в рамках своего двигательного потенциала [3].

Эрготерапевтические методы применяются, чтобы помочь детям с ограничениями жизнедеятельности активно выполнять повседневные дела, например, обслуживать себя (одеваться, раздеваться, мыться, принимать пищу и т.д.), участвовать в продуктивной деятельности — играть, рисо-

вать, лепить, а также проводить досуг, например, осваивать хобби, и таким образом достичь максимальной независимости во всех аспектах повседневной жизни. Эрготерапевтические методы препятствуют снижению активности ребенка, усугублению имеющихся нарушений и ухудшению его состояния [18].

Сенсорно-интегративный подход (Э. Джин Айрес, 1976) [1] направлен на устранение у ребенка нарушений в сфере сенсорной интеграции. Этот подход позволяет влиять на способность ребенка правильно выполнять задания, координировать двигательные реакции, планировать последовательность действий и задач, развивать социальные навыки, навыки самообслуживания, участвовать в жизни семьи. Для этого специалист использует специальные игры и упражнения, в основе которых лежит понимание динамического взаимодействия всех сенсорных систем.

Метод «Руководство взаимодействием» (McDonough, 1993) направлен на положительные изменения во взаимодействии и отношениях родителя и ребенка [5]. В рамках этой модели в ходе еженедельных встреч с семьей поведение взрослого и ребенка в процессе игрового взаимодействия фиксируется с помощью видеотехники. Совместный просмотр отдельных фрагментов видеозаписи и предоставление обратной связи позволяет родителям и членам семьи лучше понять поведение ребенка, собственное влияние на его поведение, осознать свою роль в улучшении взаимодействия и отношений с ребенком.

Метод «Тренировка взаимодействия» (Field, 1982) направлен на изменение поведения взрослого в процессе взаимодействия в диаде «мать — младенец» [5]. Матери предлагаются инструкции для действий, которые могут привести к улучшению как качества ее взаимодействия с ребенком, так и взаимодействия со стороны ребенка: наблюдение за сигналами ребенка, регуляцию интенсивности стимуляции, имитацию его поведения, использование очередности взаимодействия, использование игр, соответствующих возрасту ребенка, и т.д.

Безусловно, здесь описаны не все имеющиеся и используемые методы, каждый специалист подбирает методы работы, исходя из потребностей ребенка и семьи и своих компетенций.

Результаты ранней помощи

Результаты ранней помощи могут быть оценены как для детей и семей, так и для подразделения ранней помощи, а также для региональной программы ранней помощи в целом.

Результаты для детей определяются в трех основных областях:

— область, связанная с развитием ребенка, его функционированием в ЕЖС (в соответствии с областями, определенными в МКФ-ДП), с повышением его собственной активности и вовлеченности в ЕЖС;

— область социального взаимодействия (все изменения, произошедшие в активности ребенка в области социальных отношений, взаимодействия, социального поведения);

— область, касающаяся участия ребенка в социальной жизни (возможность участия ребенка как в жизни его семьи, так и в других мероприятиях, характерных для детей данного возраста без нарушений).

Результаты для семьи включают следующие показатели:

— семьи понимают сильные стороны своих детей, их способности и особые потребности, помогают своим детям развиваться;

— семьи понимают необходимость создания для ребенка особой среды, безопасного чувствительного, отзывчивого и стабильного социального окружения;

— у семей есть система поддержки;

— семьи имеют доступ к необходимым услугам, программам и мероприятиям в их сообществе;

— семьи знают свои права и умеют их эффективно отстаивать для своих детей [1].

Организационные основы ранней помощи

Развитие ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года определяется Концепцией, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р [4], и планом мероприятий по реализации Концепции [6]. Пока не утверждены нормативные документы, регулирующие организацию, структуру, объем и содержание работы по ранней помощи детям.

Услуги ранней помощи должны оказываться специализированным структурным подразделением, которое создано и работает в организациях социального обслуживания, или образования, или здравоохранения, в некоммерческих организациях.

Этапы ранней помощи

Ранняя помощь, являясь технологией оказания помощи детям и их семьям, выстраивается на основе метода «управление случаем» (case management) [11], изначально используемого в социальной работе и затем получившего широкое распространение во всех сферах помощи детям и взрослым, семьям. Управление случаем — это метод оказания помощи или обслуживания людей, относящихся к группе риска. В группу риска попадают дети и семьи, имеющие множество разнообразных потребностей в области здоровья, образования и социального обслуживания, которые не могут быть удовлетворены отдельной организацией. В сущности, управление случаем — это процесс, в соответствии с которым индивидуальные и/или семейные потребности идентифицируются, подбираются необходимые координируемые услуги, которыми систематически управляют. К основным элементам/этапам управления случаем относятся: выявление, привлечение и прием клиентов; оценка, разработка скоординированного плана предоставления услуг, их внедрение (предоставление); мониторинг и постоян-

ная оценка результатов, которых клиенты достигли или не достигли; корректировка плана предоставления услуг и обзор полученных результатов [11]. Соответственно все этапы ранней помощи выстроены по этому алгоритму и в этом порядке [7; 8]:

Этап 1. Включение ребенка и семьи в число получателей услуг ранней помощи

Включение ребенка и семьи в число получателей услуг ранней помощи проводится в рамках процедуры первичного приема. Первичный приём включает в себя приём документов, проведение первичной оценки, обсуждение специалистами и родителями и, как итог, принятие решения о том, нуждается ли ребенок и его семья в услугах ранней помощи.

Первичная оценка включает следующие оценочные процедуры: изучение анамнеза с использованием интервью родителей (законных представителей); проведение оценки функционирования ребенка по доменам МКФ-ДП; проведение оценки вовлеченности ребенка в естественные жизненные ситуации, взаимодействия и отношений с родителями/воспитателями и в семье в контексте влияния факторов окружающей среды; анализ дополнительной информации, полученной от воспитателей (при наличии); изучение документов, выданных медицинским учреждением (при наличии); изучение индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (при наличии).

Заключение о нуждаемости ребенка в услугах ранней помощи и в составлении ИПРП основывается на выводе о наличии у него ограничений жизнедеятельности.

В случае выявления нуждаемости первичный прием дополняется следующими сопутствующими процедурами: информирование семьи о порядке предоставления услуг ранней помощи; заключение договора с родителями (законными представителями) ребенка на получение услуг ранней помощи; зачисление ребёнка и семьи в состав получателей услуг ранней помощи при получении согласия родителей; назначение ведущего специалиста.

В случае если выявлено, что ребенок не нуждается в ранней помощи, но относится к группе биологического или социального риска, родителям предлагается пролонгированное консультирование с целью мониторинга развития ребенка с частотой 1 раз в 1 месяц.

Этап 2. Проведение оценочных процедур для составления ИПРП (углубленных оценок)

Проведение оценочных процедур для составления ИПРП планируется ведущим специалистом. Оценочные процедуры для составления ИПРП проводятся ведущим специалистом во взаимодействии с родителями (законными представителями) ребенка с привлечением тех специалистов, участие которых планируется в реализации ИПРП. Оценочные процедуры включают: оценку развития ребенка; оценку его функционирования, которая осуществляется по категориям МКФ и основана на изучении рутин повседневной жизни; оценку сферы взаимодействия и отношений ребенка с родителями/воспитателями и в семье; оценку факторов, влияющих на развитие и функционирование ребенка.

Этап 3. Составление ИПРП

ИПРП разрабатывается на основании результатов углубленных оценок ведущим специалистом совместно с родителями с учетом мнения и предложений специалистов, привлекаемых к её реализации. ИПРП составляется на срок не менее 6 месяцев и включает:

- цели, которые сформулированы относительно ожидаемых результатов для ребенка, являются функциональными, достижимыми, измеримыми, соответствуют потребностям ребенка и его семьи;
- перечень услуг ранней помощи и количественные показатели их предоставления (длительность, периодичность), места и формы их предоставления;
- перечень естественных жизненных ситуаций, в которых ИПРП реализуется;

— срок реализации ИПРП и даты промежуточных оценок достигнутых результатов (пересмотра ИПРП);

— фамилию, имя, отчество и контактные данные ведущего специалиста и дополнительных специалистов;

— фамилию, имя, отчество и контактные данные родителя.

ИПРП должна быть подписана ведущим специалистом, родителем ребенка, ответственным представителем организации в установленный срок от даты включения ребенка и семьи в число получателей услуг ранней помощи.

Этап 4. Реализация ИПРП

Все специалисты, предоставляющие услуги ранней помощи в рамках ИПРП, должны содействовать вовлечению семьи в ее реализацию. Взаимодействие с ребенком и семьей проводится на основе их собственной активности и участия, преимущественно в ЕЖС. Предоставление услуг ранней помощи может проводиться на дому, при посещении семьей организации ранней помощи, в стационаре (для детей, длительно проживающих в учреждениях, при условии, что в данных учреждениях создано подразделение ранней помощи), индивидуально или в группах, в очной и дистанционной формах.

Родители всегда участвуют во всех ЕЖС вместе со своими детьми, способствуя развитию у ребенка новых навыков. Задача специалистов — обеспечить активное включение и участие родителей.

Этап 5. Промежуточная и итоговая оценка результативности реализации индивидуальной программы ранней помощи и качества услуг

Промежуточная оценка результативности реализации ИПРП должна проводиться не реже 1 раза в 3 месяца. Промежуточная оценка направлена на исследование имеющихся результатов работы и позволяет понять, достигнуты ли поставленные цели. Результаты промежуточной оценки позволяют

осуществить развитие или изменение поставленных ранее целей ИПРП в зависимости от выявленных достижений ребенка и семьи.

Итоговая оценка результативности ИПРП проводится по окончании срока реализации ИПРП, указанного в ИПРП, и включает: оценку динамики развития и функционирования ребенка, его вовлечения в ЕЖС; оценку влияния факторов окружающей среды, динамику взаимодействия и отношений ребенка с родителями/воспитателями и в семье; оценку понимания членами семьи сильных сторон своего ребенка, его способностей и особых потребностей; оценку динамики компетентности членов семьи в развитии и воспитании ребенка; оценку расширения социальных контактов семьи.

Промежуточная и итоговая оценка развития ребенка должна проводиться по категориям МКФ с использованием тех же инструментов, что и при оценке перед составлением ИПРП, а также с использованием дополнительных инструментов, например, интервью родителей.

Этап 6. Завершение ИПРП, сопровождение ребенка и его семьи при переходе в образовательную организацию или продление ИПРП

Предоставление услуг ранней помощи в рамках ИПРП завершается в случаях, когда: ребенок/семья больше не нуждаются в услугах, так как цели развития ребенка достигнуты, а факторы риска устранены; ребенок поступил в детский сад и успешно осваивает образовательную программу; ребенок достиг возраста 7 лет; семья принимает решение о прекращении реализации ИПРП; при возникновении иных причин, создающих непреодолимые препятствия для продолжения реализации программы.

Специалисты подразделения ранней помощи содействуют переходу ребенка в образовательное учреждение: социальный педагог (или ведущий специалист) помогает семье собрать и оценить информа-

цию, необходимую для принятия решения о выборе образовательной организации, ведущий специалист консультирует специалистов образовательной организации, принимающей ребенка; по запросу семьи предоставляет ей услуги пролонгированного консультирования на период адаптации ребенка в образовательном учреждении сроком до 6 месяцев.

ИПРП может пролонгироваться для ребенка в возрасте старше 3 лет, но не старше 7 лет, если у него сохраняются выраженные ограничения жизнедеятельности, и он получает образование в семье или в образовательной организации, но не получает там необходимых услуг, или проживает в учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Услуги ранней помощи

Среди услуг ранней помощи выделяют основные, специализированные и дополнительные.

Основные услуги ранней помощи направлены на обеспечение детей и их семей ранней помощью на всех этапах обслуживания — от первичного приема до завершения ИПРП.

К *основным услугам ранней помощи* относятся:

- проведение оценочных процедур на первичном приеме для определения нужды ребенка и семьи в ранней помощи;
- проведение оценочных процедур (углубленных оценок) для составления ИПРП;
- разработка ИПРП;
- координация и сопровождение услуг ранней помощи в рамках ИПРП;
- реализация ИПРП, направленная на улучшение развития и функционирования ребенка в ЕЖС, а также консультирование воспитателей по реализации ИПРП в ЕЖС;
- промежуточная и итоговая оценка эффективности реализации ИПРП;

— консультирование специалистов организаций образования, здравоохранения и социального обслуживания по вопросам, связанным с оказанием услуг ранней помощи, а также с поддержкой перехода ребенка и семьи в другую программу сопровождения и обеспечения преемственности их обслуживания.

Специализированные услуги ранней помощи оказываются специалистами, имеющими высокую степень квалификации в узкоспециализированной сфере. Получателями таких услуг могут быть дети, родители/воспитатели, а также специалисты других областей ранней помощи. Специализированные услуги ранней помощи реализуются в виде консультирования или совместной активности специалиста с ребенком и семьей в ЕЖС.

Консультирование родителей/воспитателей и специалистов и/или совместная активность специалиста с ребенком и семьей проводятся в целях формирования у ребенка и родителей/воспитателей нового опыта, развития речи и общения ребенка (в том числе с использованием средств дополнительной и альтернативной коммуникации, вспомогательных средств), развития подвижности, формирования социально-бытовых навыков, в том числе, с использованием вспомогательных средств. Консультирование родителей/воспитателей и специалистов осуществляется в области социального и эмоционального развития ребенка, его взаимодействия с родителями/воспитателями и в семье, формирования привязанности, саморегуляции.

Дополнительные услуги ранней помощи — услуги ранней помощи, которые оказываются согласно ИПРП ребенку и семье в виде дополнения к основным и специализированным услугам. К дополнительным услугам ранней помощи относятся социально-педагогические услуги, предоставляемые в форме детских и детско-родительских групповых мероприятий, направленных на социальную адаптацию детей и семей.

Специалисты, работающие в ранней помощи

Примерный перечень должностей подразделения по оказанию услуг ранней помощи определяется областями жизнедеятельности и факторами, на нее влияющими: руководитель подразделения; психолог (педагог-психолог, клинический психолог); учитель-дефектолог; специальный педагог; учитель-логопед; инструктор-методист по адаптивной физической культуре; социальный педагог; педиатр и другие (например, физический терапевт, эрготерапевт). Специалисты должны иметь специализацию в области ранней помощи, полученную в рамках программ основного или дополнительного профессионального образования. Важно отметить, что кроме педиатра в перечень должностей не включаются врачи других специальностей. Это связано с целями ранней помощи, которые направлены на развитие и функционирование ребенка. Все необходимые данные относительно здоровья, состояния функций и структур организма должны получаться на основе межведомственного взаимодействия.

Помещения и оборудование

Подразделение по оказанию услуг ранней помощи должно включать, как минимум: помещения для проведения индивидуальной и групповой работы; для хранения документации и работы с ней сотрудников; для работы администратора (диспетчера/медстатиста); помещения для хранения одежды; для приема пищи сотрудниками; ожидания очереди; для хранения игровых средств и специального оборудования; туалеты. Подразделение должно быть обеспечено высокоскоростным каналом интернет, позволяющим сотрудникам в течение рабочего дня проводить дистанционную работу с семьей; оснащено оргтехникой, включая компьютеры, исходя из необходимости обеспечения каждого сотрудника компьютерным местом; принтером, копироваль-

ной техникой, веб-камерой, позволяющей осуществлять видеозапись взаимодействия специалистов с получателями услуг и воспитателей с детьми с согласия родителей (законных представителей) ребенка.

Вход в помещения подразделения и сами помещения должны быть оборудованы по принципу безбарьерной среды.

Для работы подразделения ранней помощи рекомендуются следующие виды оборудования и приспособлений: игровые средства (музыкальные игрушки, игрушки на решение проблем, мягкие игрушки, куклы, дидактические материалы, электронные игрушки и приборы, конструкторы, канцелярские наборы, адаптированные игрушки, наборы для символической игры и пр.); крупное оборудование для организации игровой и двигательной активности; вспомогательные технические средства для позиционирования и передвижения; вспомогательное оборудование для альтернативной и дополнительной коммуникации; специальные приспособления для демонстрации правильного кормления и пр.

Заключение

Первые несколько лет считаются наиболее важным этапом в жизни человека. Оптимальное развитие физических, социальных, эмоциональных, когнитивных и коммуникативных областей жизненно важно для непосредственного и долгосрочного здоровья и благополучия детей. То, что происходит с детьми в ранние годы, сильно влияет на их физическое и психическое здоровье, на возможности обучения, особенно связанные с грамотностью и счетом, на освоение множества навыков, нужных в повседневной жизни. Ранний опыт детей может формировать траектории развития, которые становятся все более сложными для изменения, когда дети растут. Многочисленные исследования свидетельствуют о важности развития мозга ребенка на основе опыта первых не-

скольких лет жизни. Среди преимуществ раннего начала помощи ребенку и семье также указывается на то, что меры, направленные на борьбу с социальной изоляцией детей с ограничениями жизнедеятельности в раннем детстве, являются экономически более эффективными, чем мероприятия, осуществляемые на более поздних этапах жизненного цикла.

В России происходит активное развитие системы ранней помощи, практически в каждом регионе открываются службы/центры/подразделения ранней помощи, разрабатывается нормативно-правовая и методическая база для обеспечения функ-

ционирования ранней помощи. Исключительно важно сейчас принять меры, для того чтобы в этот период специалисты получили необходимые знания о технологии ранней помощи. В связи с этим перспективным направлением представляется разработка образовательных курсов по ранней помощи как для переподготовки, так и для повышения квалификации специалистов, а также разработка стандарта новой для России специальности «специалист по ранней помощи», что позволит реализовать принципы доступности, функциональности помощи для всех нуждающихся детей, независимо от места их проживания. ■

Литература

1. Банди А., Лейн Ш., Мюррей Э. Сенсорная интеграция. Теория и практика. М.: Теревинф, 2017.
2. Казьмин А.М. Участие: теоретические аспекты и оценка в практике ранней помощи [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология, 2015. Т. 4. № 2. С. 115–127. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kazmin.shtml> (дата обращения: 21.05.2017).
3. Ключкова Е.В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. М.: Теревинф, 2014. 288 с.
4. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р. URL: <http://government.ru/media/files/7NZ6EКа6SOcLcCCQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf> (дата обращения: 14.05.2017).
5. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. СПб.: Издательство СПбГУ, 1999. 285 с.
6. Об утверждении плана мероприятий по реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2016 года № 2723-р. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420386593> (дата обращения: 14.05.2017).
7. Стандартные требования к организации деятельности службы раннего вмешательства / Аксенова О.Ж., Баранова Н.Ю., Емец М.М., Самарина Л.В. СПб.: Тасис, 2013.
8. Служба раннего вмешательства: Методические рекомендации для практической работы с детьми в службе ранней помощи. 2-е изд., дополн. / Л.В. Блохина, С.В. Калинина, Н.И. Морозова, Л.В. Самарина, Т.И. Сивухина, И.И. Торопова. М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2010.
9. Течнер С., Мартинсен Х. Введение в альтернативную коммуникацию: жесты и графические символы для людей с двигательными и интеллектуальными нарушениями, а также с расстройствами аутистического спектра. М.: Теревинф, 2014. 423 с.
10. Ainsworth M.D.S. et al. Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. NJ: Erlbaum, 1978. 183 p.
11. Ballew J., Mink G. Case management in the human services. Springfield, IL: Charles C. Thomas, Publisher, 1986.
12. Björck-Åkesson E. et al. The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention – Feasibility and usefulness as a common language and frame for practice. Disability and Rehabilitation, 2010. 32 (S1). P. 125–138.
13. Bobath B., Bobath K. The Neuro-Developmental Treatment. In: Scrutton D. et al., 1984. Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy. Clinics in Developmental Medicine 90, Spastics International Medical Publications, Oxford. P. 6–1.

14. *Bowlby J.* Attachment and loss: Volume 1 Attachment. $\frac{3}{4}$ NY: Tavistock Institute of Human Relations, 1969/1982. 402 p.
15. *Brazelton T.B., Cramer B.G.* The earliest relationship. Parents, infants and the drama of early attachment. London, 1991.
16. *Brouwers N.* (2014). Structural challenges to implementation of early intervention of the biopsychosocial model. *International Journal of Disability Management*, 9. doi:10.1017/idm.2014.65
17. *Engel G.L.* The clinical application of the biopsychosocial model / G.L. Engel // *American Journal of Psychiatry*. 1980. Vol. 137
18. *Guralnick M.J.* (2005). Inclusion as a core principle in the early intervention system. In M. J. *Guralnick (Ed.) The developmental systems approach to early intervention*. P. 59–69. Baltimore: Brookes.
19. *Jane Case-Smith, Jane Clifford.* Occupational Therapy for Children, Mosby Elsevier, 2010.
20. *Spitz R.A.* Hospitalism: An inquiry into genesis of psychiatric conditions in early childhood // *Psychoanalytic Study of the Child*, 1945. Vol. 1. P. 53–74.
21. The St. Petersburg – USA Orphanage Research Team The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children // *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 2008. Vol. 73. 300 p.
22. *Van IJzendoorn M.H. et al.* Children in Institutional Care: Delayed Development and resilience // *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 2011. Vol. 76 (4). P. 8–30.
23. *Warren S.F., Bambara L.M.* An experimental analysis of milieu language intervention: Teaching the action-object form. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1989. 54. 448–461.
24. *Warren S.F. et al.* Responsivity education / prelinguistic milieu teaching. In R.J. McCauley, M. Fey (Eds.) / *Treatment of language disorders in children*, 2006. P. 47–75. Baltimore: Brookes.
25. *Zeanah C.H. et al.* and the BEIP Core Group Attachment in institutionalized and community children in Romania // *Child Development*, 2005. V. 76. P. 1015–1028.
26. *McWilliam R.* Routines-Based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families. Brookes Publishing; 1 edition, 2010.

On the early help to the children and their families

E.E. Ermolaeva*,

Early Intervention Institute Saint-Petersburg
Saint Petersburg, Russia,
evgeniya4@yandex.ru

A.M. Kazmin**,

Moscow State University of Psychology & Education
Moscow, Russia,
mgppukprd@gmail.com

R.Zh. Mukhamedrahimov***,

Saint Petersburg University,
Saint Petersburg, Russia,
e-mail: rjm@list.ru

L.V. Samarina****,

Early Intervention Institute Saint-Petersburg,
Saint Petersburg, Russia,
larissa@yandex.ru

In the past 40 years, assistance to children — aged from newborn to 3 years old with developmental disabilities, limitations of life activity or having a risk of developing disorders — is actively developing. Such technology of assisting small children and their families is called «early intervention». For more than 25 years, support for families and small children under programs of early intervention has been introduced in Russia. In our country, the term «early help» is used to describe this type of assistance. Basic definitions used to describe the technology, the methodological foundations and principles of early assistance, the organizational basis for the implementation of early assistance are considered in this article.

Keywords: early help, risk of developing disorders, early intervention, limitations of life activities.

References

1. *Anita C. Bundy, Shelly J. Lane, Elizabeth A. Murray*. Sensornaya integratsiya. Teoriya i praktika [Sensory Integration: Theory and Practice]. Moscow: Publ. Terevinf, 2017. 768 p.
2. *Kazmin A.M.* Uchastie: teoreticheskie aspekty i otsenka v praktike rannei pomoshchi [Participation: Theoretical Aspects and Assessment in Early Intervention Practice] [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical Psychology and Special Education], 2015. Vol. 4, no. 2, pp. 115–127. (In Russ., abstr. in Engl.) URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kazmin.shtml> (Accessed 10.07.2017).

For citation:

On the early help to the children and their families. *Ermolaeva E.E., Kazmin A.M., Mukhamedrahimov R.Zh., Samarina L.V. Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*. 2017. Vol. 15. No 2. Pp. 4–18. doi: 10.17759/autdd.2017150201

* *Ermolaeva Evgenia Evgenievna*, head of educational branch, Early Intervention Institute Saint-Petersburg, (Autonomous non-commercial organization of additional vocational education), Saint Petersburg, Russia. E-mail: *evgeniya4@yandex.ru*

** *Kazmin Aleksander Mikhailovich*, Ph.D. in Medical sciences, professor, Chair of neuro and patho-psychology of development, Department of clinical and special psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia. E-mail: *mgppukprd@gmail.com*

*** *Mukhamedrahimov Rifkat Zhaudatovich*, doctor of psychological sciences, professor, head of chair of mental health and early support, Saint Petersburg University, Saint Petersburg, Russia. Email: *rjm@list.ru*

**** *Samarina Larisa Vital'evna*, director, Early Intervention Institute Saint-Petersburg, (Autonomous non-commercial organization of additional vocational education), Saint Petersburg, Russia. Email: *larissa@yandex.ru*

3. *Klochkova E.V.* Vvedenie v fizicheskuyu terapiyu: reabilitatsiya detei s tserebral'nym paralichom i drugimi dvigatel'nymi narusheniyami nevrologicheskoi prirody [Introduction to physical therapy: rehabilitation on children with cerebral paralysis and other motor disorders of neurological origin]. Moscow: Publ. Terevinf, 2014. 288 p.
4. Kontseptsiya razvitiya rannei pomoshchi v Rossiiskoi Federatsii na period do 2020 goda: utverzhdena rasporyazheniem Pravitel'stva Rossiiskoi Federatsii ot 31 avgusta 2016 g. № 1839-p [Concept of developing early support in Russian Federation in the period until 2020: approved by order of the Government of Russian Federation from August 31 2016 № 1839-p]. URL: <http://government.ru/docs/24425/>; <http://government.ru/media/files/7NZ6EKa6SOcLcCCQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf> (Accessed 10.07.2017).
5. *Mukhamedrahimov R.Zh.* Mat' i mladenets: psikhologicheskoe vzaimodeistvie [Mother and the baby: psychology of interaction]. Saint Petersburg: Publ. St. Petersburg University, 1999. 285 p.
6. Ob utverzhdenii plana meropriyatii po realizatsii Kontseptsii razvitiya rannei pomoshchi v Rossiiskoi Federatsii na period do 2020 goda: Rasporyazhenie Pravitel'stva Rossiiskoi Federatsii ot 17 dekabrya 2016 goda № 2723-p [On the approval of the plan of realizing the Concept of developing early support in Russian Federation in the period until 2020: Order of the Government of Russian Federation from December 17 2016 № 2723-p]. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420386593> (Accessed 10.07.2017).
7. *Aksenova O.Zh., Baranova N.Yu., Emets M.M., Samarina L.V.* Standartnye trebovaniya k organizatsii deyatelnosti sluzhby rannego vmeshatel'stva [Standard requirements for organizing activities of an early intervention service]. [Place not stated]: Publ. Tasis, 2013.
8. *Blokhina L.V., Kalinina S.V., Morozova N.I., Samarina L.V., Sivukhina T.I., Toropova I.I.* Sluzhba rannego vmeshatel'stva: Metodicheskie rekomendatsii dlya prakticheskoi raboty s det'mi v sluzhbe rannei pomoshchi [Early intervention service: methodical recommendations for practice with children in early support service]. Moscow: Publ. National Foundation for the Prevention of Cruelty to Children, 2010.
9. *Stephen von Tetzchner, Harald Martinsen.* Vvedenie v al'ternativnuyu kommunikatsiyu: zhesty i graficheskie simvoly dlya lyudei s dvigatel'nymi i intellektual'nymi narusheniyami, a takzhe s rasstroistvami autisticheskogo spektra [Introduction to Augmentative and Alternative Communication]. Moscow: Publ. Terevinf, 2014. 423 p.
10. *Ainsworth M.D.S. et al.* Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation – NJ: Erlbaum, 1978. 183 p.
11. *Ballew J., Mink G.* Case management in the human services. Springfield, IL: Charles C. Thomas, Publisher, 1986.
12. *Björck-Åkesson E. et al.* The International Classification of Functioning, Disability and Health and the version for children and youth as a tool in child habilitation/early childhood intervention – Feasibility and usefulness as a common language and frame for practice". *Disability and Rehabilitation*, 2010. 32 (S1). P. 125–138.
13. *Bobath B., Bobath K.* The Neuro-Developmental Treatment. In: Scrutton, D. et al., 1984. Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy. Clinics in Developmental Medicine 90, Spastics International Medical Publications, Oxford. P. 6–1.
14. *Bowlby J.* Attachment and loss: Volume 1 Attachment. ¾ NY: Tavistock Institute of Human Relations, 1969/1982. 402 p.
15. *Brazelton T.B., Cramer B.G.* The earliest relationship. Parents, infants and the drama of early attachment. London, 1991.
16. *Brouwers N.* (2014). Structural challenges to implementation of early intervention of the biopsychosocial model. *International Journal of Disability Management*, 9. doi:10.1017/idm.2014.65
17. *Engel G.L.* The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // *American Journal of Psychiatry*. 1980. Vol. 137
18. *Guralnick M.J.* (2005). Inclusion as a core principle in the early intervention system. In M.J. *Guralnick (Ed.) The developmental systems approach to early intervention*. P. 59–69. Baltimore: Brookes.
19. *Jane Case-Smith, Jane Clifford.* Occupational Therapy for Children, Mosby Elsevier, 2010.
20. *Spitz R.A.* Hospitalism: An inquiry into genesis of psychiatric conditions in early childhood // *Psychoanalytic Study of the Child*, 1945. Vol. 1. P. 53–74.

21. The St. Petersburg – USA Orphanage Research Team The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children // Monographs of the Society for Research in Child Development, 2008. Vol. 73. 300 p.
22. *Van IJzendoorn M.H. et al.* Children in Institutional Care: Delayed Development and resilience // Monographs of the Society for Research in Child Development, 2011. Vol. 76 (4). P. 8–30.
23. *Warren S.F., Bambara L.M.* An experimental analysis of milieu language intervention: Teaching the action-object form. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1989. 54. 448–461.
24. *Warren S.F. et al.* Responsivity education / prelinguistic milieu teaching. In R.J. McCauley, M. Fey (Eds.) / *Treatment of language disorders in children*, 2006. P. 47–75. Baltimore: Brookes.
25. *Zeanah C.H. et al.* Smyke A.T., Koga S., Carlson E. and the BEIP Core Group Attachment in institutionalized and community children in Romania // *Child Development*, 2005. V. 76. P. 1015–1028.
26. *McWilliam R.* Routines-Based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families. Brookes Publishing; 1 edition, 2010.