

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и  
реабилитации им. Г.А. Альбрехта»  
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Методический и методологический федеральный центр по ранней помощи и  
сопровождению

### **Методические рекомендации**

Научно обоснованные методики и технологии оказания ранней помощи

Санкт-Петербург  
2023

Научно обоснованные методики и технологии оказания ранней помощи: методические рекомендации – документ в электронно-цифровом виде  
СПб.: 2023 г. – 37 с.

Авторы-составители: Лорер В.В., Петрова А.С., Малькова С.В.

Технические редакторы: Петрова А.С., Малькова С.В.

© Методический и методологический федеральный центр по ранней помощи и сопровождению ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России  
составление, оформление, 2023

© Коллектив авторов, 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	4
Термины и определения.....	5
Подходы, применяемые в ранней помощи .....	7
Диагностический инструментарий .....	12
Первичный сбор данных .....	12
Методы оценки развития ребенка.....	13
Диагностический инструментарий для детей с РАС .....	22
Методы работы в ранней помощи .....	25
Программы и руководства.....	28
Заключение.....	33
Список литературы.....	34

## Введение

Ранняя помощь детям их семьям – это технология оказания помощи и поддержки детям раннего возраста с нарушениями в развитии (врождённые пороки развития, генетические нарушения, психоэмоциональные и психоневрологические нарушения, инвалидность) или с высокой степенью риска появления нарушений для содействия их оптимальному развитию и адаптации в обществе. Само понятие «ранняя помощь» подразумевает, что она предоставляется на самых ранних этапах развития ребенка – от рождения до трёх лет, когда его мозг пластичен и может положительно реагировать на реабилитационные усилия, а минимизация стресса в семье, переживаемого в связи с рождением «особенного» ребенка, способствует формированию адекватного и конструктивного отношения к его последующему развитию.

В таком направлении как ранняя помощь специалисты используют подходы и методы, которые подбираются в соответствии с индивидуальными особенностями, потребностями ребенка и семьи. Выбор методов основывается на критериях научной обоснованности и эффективности.

Данные методические рекомендации разработаны с учетом наиболее известных и применяемых подходов, научно-доказанных методик и технологий оказания ранней помощи.

Распространение такой информации необходимо для повышения профессиональных компетенций специалистов. Одной из эффективных форм повышения профессиональных компетенций специалистов является ознакомление с лучшими методиками и технологиями осуществления деятельности в той сфере, в которой специалист работает.

В настоящее время в Российской Федерации идет активное накопление опыта предоставления услуг ранней помощи и, соответственно, отработки лучших методик и технологий.

Методические рекомендации предназначены для специалистов, оказывающих услуги ранней помощи детям и их семьям, включая медицинских и социальных работников, психологов, учителей и преподавателей, сотрудников психоневрологических интернатов и домов ребенка, руководителей и сотрудников учреждений социальной защиты и реабилитации инвалидов.

Методические рекомендации также могут быть полезны работникам органов управления, журналистам и всем, кто создает информационные материалы для широкой публики.

## Термины и определения

В настоящих методических рекомендациях используются следующие термины с соответствующими определениями:

*Ранняя помощь детям и их семьям* – комплекс мероприятий и услуг, реализуемых и оказываемых на междисциплинарной основе детям от рождения до трех лет (независимо от наличия инвалидности), которые имеют ограничения жизнедеятельности либо риск развития ограничений жизнедеятельности, и их семьям, способствующих содействию физическому и психическому развитию таких детей, их вовлеченности в естественные жизненные ситуации, позитивному взаимодействию таких детей и их родителей, таких детей и других непосредственно ухаживающих за такими детьми лиц, членов семьи в целом, социальной адаптации таких детей в среде сверстников, а также повышению компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за такими детьми лиц в целях комплексной профилактики детской инвалидности.

Данный термин часто используется наряду с термином «раннее вмешательство».

*Раннее вмешательство* – это система различных мероприятий, направленных на развитие детей раннего возраста с нарушениями развития или риском появления таких нарушений, и мероприятий, ориентированных на поддержку родителей, которая также включает в себя выявление проблем в развитии детей и оценку особенностей их развития.

*Дети целевой группы* (дети, нуждающиеся в услугах ранней помощи) – дети в возрасте от рождения до 3 лет, имеющие ограничение жизнедеятельности или дети группы риска.

*Дети группы риска в сфере ранней помощи* – дети в возрасте до 3 лет с риском развития ограничений жизнедеятельности и / или инвалидности.

*Ребенок с ограничением жизнедеятельности* – ребенок, имеющий ограничение активности или возможности участия в естественных жизненных ситуациях вследствие нарушения структур или функций организма, а также влияния факторов окружающей среды. Функционирование ребенка, нуждающегося в ранней помощи - проявления активности и участия ребенка в естественных жизненных ситуациях.

*Семья* – круг лиц, совместно проживающих с ребенком, включая родителей, опекунов, попечителей, приемных родителей, близких родственников, других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, а также, при проживании ребенка в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, - дети и воспитатели группы проживания ребенка.

*Междисциплинарная команда* – это группа специалистов различных областей, работа которых строится на партнерских взаимоотношениях. Все решения относительно программ вмешательства принимаются специалистами совместно после обсуждений, но при этом каждый член команды несет ответственность за свою профессиональную работу.

*Естественные жизненные ситуации (ЕЖС) ребенка* – жизненные ситуации дома, вне дома и в обществе, характерные для типично развивающихся сверстников.

*Программа ранней помощи* – программа, направленная на обеспечение реализации в регионе комплекса услуг ранней помощи на основе межведомственного взаимодействия органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, медицинских организаций, организаций социального обслуживания, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, включая негосударственные организации, в том числе социально ориентированные некоммерческие организации.

*Индивидуальная программа ранней помощи (ИПРП)* – документ, оформленный в письменном и электронном виде, составленный на основании оценки функционирования ребенка в контексте влияния факторов окружающей среды, включая взаимодействие и отношения в семье, с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком

лицами, содержащий цели ранней помощи, естественные жизненные ситуации, в которых планируется их достижение, перечень услуг ранней помощи, объем, сроки, ведущего специалиста, исполнителей, формы и места их оказания.

*Методы* – в каждой области развития существуют свои стандартизированные методы. Например, для медицинской диагностики используются следующие методы: МРТ, ЭЭГ, генетическое обследование и другие. Для оценки социально-эмоционального развития - ADOS и другие; для оценки двигательного развития - GMPCS и другие.

*Общие методы ранней помощи* – это множество универсальных действий, которыми пользуются специалисты при работе с детьми, имеющими различные нарушения функционирования.

*Скрининг* – метод активного выявления лиц с какой-либо патологией или факторами риска ее развития, основанный на применении специальных диагностических исследований, включая тестирование, в процессе массового обследования населения или его отдельных контингентов. Для проведения скрининга необходимо наличие подготовленного персонала и стандартный подход к выявлению изучаемого признака и оценке полученных результатов.

*Скрининг развития* – выполнение, обработка стандартизированного теста квалифицированным специалистом.

*Наблюдение за развитием* – непрерывный процесс наблюдения за развитием ребенка родителями и во время ежемесячного профилактического визита к участковому педиатру.

*Оценка* – комплексная процедура, направленная на выявление специфических нарушений развития, которые влияют на функционирование ребенка.

*Родительская компетентность* – представляет собой воплощенную в практиках совокупность знаний, умений, навыков, личностных качеств и опыта деятельности, необходимых для успешной реализации родительской роли в соответствии с культурой общества.

*Родительское образование* – образовательная поддержка родителей по осуществлению ими функции семейного воспитания.

*Рутин* – это ежедневные дела, в которые вовлечен ребенок, привычная, повседневная деятельность. Часто запрос родителей касается именно трудностей ребенка в выполнении таких повседневных дел.

## Подходы, применяемые в ранней помощи

В ранней помощи применяются различные подходы в зависимости от конкретных потребностей и особенностей каждого случая. Важно подчеркнуть, что подходы могут комбинироваться и адаптироваться в зависимости от конкретных обстоятельств. Ключевым элементом в выборе того или иного подхода является своевременность и комплексность мер, направленных на обеспечение полноценного развития и благополучия детей и их семей.

### Функциональный подход

Цель данного подхода заключается в повышении уровня функционирования ребенка на основании его личной активности и способности выполнять действия. Основная задача специалистов, которые работают в рамках этого подхода – развитие способности ребенка функционировать в его повседневной жизни. Смыслом функционального подхода является то, что ребенок обучается не отдельным недостающим навыкам в соответствии с нормативами его возраста, а функциональным навыкам, которые связаны с его обычной жизнедеятельностью. Таким образом, в рамках функционального подхода ребенок обучается практическим «повседневным» навыкам, которые он сможет применить в различных ситуациях.

В данном подходе выделяются следующие принципы:

- освоение ребенком навыков, необходимых в повседневной жизни. В ходе программы акцент делается на функциональных навыках, которые нужны в его повседневной жизни (например, самостоятельно принимать пищу, включать и выключать кран во время мытья рук);
- родители обучают ребенка новым навыкам в домашней среде. Основная работа по развитию навыков происходит в домашней, комфортной, знакомой ребенку обстановке. Основная задача специалиста – научить родителей организовывать среду для ребенка так, чтобы это способствовало развитию и закреплению навыков, а также поддерживать родителей и в случаях возникших трудностей давать рекомендации;
- ребенок – это личность, у которого есть свои личные интересы и потребности, то есть он не пассивный получатель помощи, а активный главный участник, и весь процесс ранней помощи осуществляется в следовании за его интересами и обеспечении его потребностей;
- родители и другие близкие взрослые – важные посредники, через которых повышается уровень функционирования ребенка. Один из акцентов в работе специалиста делается на информирование, обучение и поддержку родителей;
- программа помощи базируется на сильных сторонах, умениях, уже имеющихся навыках ребенка и семьи, которые поощряются и с помощью специалиста развиваются;
- программа помощи направлена на нормализацию жизни ребенка и семьи;
- семейно-центрированность: в фокусе внимания специалиста ребенок и изменение его функционирования, а также изучение семьи и повышение качества ее жизни;
- междисциплинарность: для достижения желаемых результатов необходимо участие специалистов из разных сфер, работа которых представляет собой командное взаимодействие.

При работе в функциональном подходе специалистами проводится функциональная оценка, которая представляет собой процесс изучения жизни ребенка, сочетающий в себе наблюдение, уточнение важных с точки зрения функционирования ребенка вопросов и анализ индивидуальных навыков и видов поведения ребенка внутри

естественно возникающих ежедневных рутин и активностей в различных ситуациях. Таким образом, оценка дает полную информацию о ребенке

*Реализация индивидуальной программы ранней помощи (ИПРП), базирующаяся на функциональном подходе.* В данном подходе основная работа по развитию и закреплению навыков происходит в перерывах между встречами со специалистами, то есть в домашней обстановке. Наиболее продуктивная форма работы – домашнее визитирование: специалист регулярно посещает семью, наблюдая и взаимодействуя с ребенком в естественных условиях.

В процессе встречи специалист:

- выясняет общие вопросы – как прошла неделя у семьи и ребенка, какие есть вопросы;
- обсуждает результаты работы по достижению целей, уточняет, в каких рутинных у ребенка возникли наибольшие трудности;
- задаёт вопросы про социальную активность: «Ходили ли вы куда-либо? Принимали ли гостей?»;
- уточняет, насколько родители поглощены заботой о ребенке, есть ли у них возможность выделить время на себя, как они себя чувствуют?

Таким образом, функциональный подход обеспечивает эффективность обучения и адаптации. Элементы обучения встроены в виды деятельности и активности, которые присутствуют в жизни ребенка и семьи на ежедневной основе. Подход также включает заботу о социально-эмоциональном развитии ребенка, активное вовлечение родителей в процесс.

### **Семейно-ориентированный подход**

Данный подход определяется как комплекс определенных практик, в основе которых лежит идея, что семья играет главную роль в процессе помощи. Семья рассматривается как основная единица программы раннего вмешательства, как самая важная составляющая процесса принятия решений, помощи, обеспечения заботы о ребенке. Семья – важнейший ресурс для обеспечения развития ребенка.

Принципы работы в рамках семейно-ориентированного подхода:

- уважительное обращение со всеми членами семьи;
- ориентация специалистов на социальные, экономико-политические, этнические, культурные, религиозные особенности семьи;
- активное участие семьи в принятии решений, которые происходят на всех этапах программы ранней помощи;
- предоставление семье полной, официальной, точной информации;
- услуги, ресурсы, помощь, поддержка оказываются семье в индивидуальной и уважительной форме;
- для достижения желаемых результатов применяется широкий спектр неформальной, социальной, значимой поддержки;
- в фокусе работы специалистов находятся сильные стороны, навыки и умения ребенка, интересы родителей – как основной ресурс повышения семейного функционирования;
- отношения «специалист – семья» поддерживаются в духе партнерства, основанного на взаимном доверии, уважении и совместном решении проблем;
- специалистами используются методы, направленные на поддержание и укрепление функционирования семьи.



## **Подход, основанный на повышении компетентности членов семьи по вопросам развития и воспитания ребенка**

Основная цель работы с семьей ребенка раннего возраста в данном подходе – поддерживать и укреплять способность родителей предоставлять ребенку возможности обучения, необходимые для его развития. При этом ни одно вмешательство не будет полностью эффективным и способствовать развитию, если родители не вовлечены в процесс, так как реальный процесс вмешательства осуществляется в промежутках между посещениями специалистов и обеспечивается значимыми для ребенка людьми, а специалист должен поддерживать и направлять родителей. У каждой семьи есть достаточно потенциала, способностей для содействия развитию ребенка, и при этом у них должны быть необходимые ресурсы и поддержка. Таким образом, цель работы специалиста с семьей и с ее компетенциями сводится к тому, чтобы помочь семье в полном возможном объеме раскрыть свой потенциал.

Одним из принципов, применяемом в данном подходе, является работа с сильными сторонами, преимуществами ребенка и семьи – это более эффективный и продуктивный способ воздействовать на поведенческие изменения, нежели корректировать и изменять слабые стороны.

Данный подход способствует улучшению взаимодействия между семьей и специалистами, а также приводит к лучшим результатам ребенка и семью за счет того, что семья в процессе становится более открытой и готовой к сотрудничеству. Специалисты укрепляют чувство компетентности, разрабатывая программы ранней помощи на основе сильных сторон семьи и ребенка.

Чувство собственной эффективности родителей, восприятие ими своей способности оказывать положительное влияние на поведение и развитие ребенка, оказывает прямое влияние на их способности как родителей и на их удовлетворенность. Специалисты должны помочь семье развить чувство уверенности и компетентности в отношении настоящего и будущего развития и обучения ребенка.

Наращивание потенциала – это создание возможностей для отдельных лиц или семей приобретать навыки, которые укрепляют функции семьи.

Расширение прав и возможностей семьи является важной целью эффективной программы раннего вмешательства и состоит в том, чтобы улучшить способность семьи удовлетворять свои потребности и достигать целей, чтобы способствовать развитию чувства контроля в семье и овладения важными аспектами функционирования семьи.

Помощь – это «акт поощрения и поддержки функционирования семьи, способствующий приобретению навыков, позволяющих лучше контролировать дальнейшую деятельность в семье».

Таким образом, посредством различных форм взаимодействия специалисты поддерживают родителей в их воспитательной и развивающей практике, помогают им осознанно относиться к воспитанию детей, воспитывать ребенка не интуитивно, а с полным осознанием собственной роли в его развитии, осваивать методы и приемы обучения. А родители помогают специалистам лучше узнать детей и вместе выстроить индивидуальную программу развития ребенка.

## **Командный междисциплинарный подход**

Командный подход – это совместная деятельность специалистов из разных областей (медицины, психологии, педагогики, социальной работы и пр.), которые входят в состав единой команды и действуют в рамках технологий междисциплинарного взаимодействия. Данный подход направлен на преодоление границ между отдельными, разными дисциплинами, взаимодействия между участниками команды, построение

сотрудничества, которое позволяет выработать общий взгляд на ребенка, его сильные стороны и трудности, а также спланировать программу помощи.

Часто командный подход используется специалистами при планировании, реализации программы и обсуждении результатов процедур оценки. Он дает возможность системно взглянуть на семью и ребенка, экономит время семьи и специалистов. Существует три подхода к организации командной работы: мультидисциплинарный, междисциплинарный, трансдисциплинарный.

- *Мультидисциплинарный подход*

В данной модели помощь ребенку и его семье оказывается несколькими специалистами (психолог, логопед, специалист по адаптивной физической культуре (АФК), педагог и др.), которые работают отдельно от других (в своем кабинете). Каждый специалист проводит свою диагностику, ставит свои определенные цели и реализует программу вмешательства. Часто цели работы специалистов направлены на отдельные, конкретные, изолированные навыки, которые не относятся к повседневной жизни. Далее специалисты встречаются на консилиумах, где обсуждают свои цели, программы и результаты, делают попытки соотношения и интеграции своих программ. Но, как показывает практика, в результате все равно формируется несколько разных программ от разных специалистов. На основе данного подхода работают центры реабилитации, центры психолого-медико-социального сопровождения.

- *Междисциплинарный подход*

В фокусе внимания находится работа над функциональными навыками, которые необходимы ребенку в повседневных ситуациях. Особенностью данного подхода является то, что для каждой отдельной семьи назначается ведущий специалист, который изучает повседневную жизнь семьи, обсуждает, какие есть трудности в рутинных ситуациях и функционировании ребенка.

Для определения причин имеющихся трудностей ведущим специалистом собирается команда специалистов, совместно с которой они определяют план междисциплинарной оценки. Междисциплинарная оценка состоит из следующих видов оценок: углубленная оценка повседневных рутин, оценка сфер развития ребенка, уточнение особенностей функционирования ребенка, исследование влияния факторов окружающей среды.

Затем каждый специалист самостоятельно осуществляет оценку, и команда вновь проводит совместное обсуждение полученных результатов и формулирование целей программы ранней помощи. Отличительная характеристика – цели каждого специалиста сведены к единой цели для ребенка и семьи – улучшение качества их повседневной жизни, и каждый специалист делает свой вклад в достижение цели.

Во время реализации программы помощи специалисты регулярно (каждые две недели) встречаются для обсуждения прогресса. Каждые три месяца программа пересматривается, при необходимости ставятся новые цели.

Именно междисциплинарный подход часто рекомендуется в реализации программ ранней помощи.

- *Трансдисциплинарный подход*

В этой модели также есть ведущий специалист, который работает с семьей один, обладая большим объемом знаний из разных сфер науки, сочетая в себе компетенции междисциплинарной команды. Специалист, который работает на основе трансдисциплинарного подхода, должен обладать способностями к интеграции междисциплинарных знаний и системному анализу ситуаций повседневной жизни, что дает возможность формулировать цели и пути их достижения. Этот подход эффективнее всего реализуется в практике домашних визитов и помощи семье и ребенку в повседневных рутинных ситуациях. Подход актуален при организации помощи в районах, где нет необходимых специалистов для создания междисциплинарной команды.

## **Подход, основанный на ежедневных рутин**

Это 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.

## **Сенсорно-интегративный подход**

Сенсорно-интегративный подход 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.

## **Системный подход**

В данном подходе отношения в диаде «мать – дитя» и направления терапевтического влияния рассматриваются как динамическое взаимодействие четырех основных компонентов системы и двух добавочных (которые появляются в самом процессе терапии):

- 1) наблюдаемое поведение взаимодействия ребенка;
- 2) наблюдаемое поведение взаимодействия матери;
- 3) репрезентация взаимодействия со стороны матери (фантазии, страхи, семейные традиции, личный опыт, представления о ребенке, себе, муже, родителях, которые сохранены в памяти и влияют на взаимодействие с ребенком);
- 4) репрезентации взаимодействия со стороны ребенка (субъективный опыт переживания самого себя и другого, который возникает в процессе взаимодействия с мамой);
- 5) поведение взаимодействия с матерью и ребенком со стороны терапевта;
- 6) система репрезентаций терапевта (содержащая его представления о взаимодействии, о каждом элементе системы «мать – младенец», о самом себе, которая базируется на опыте и теоретических знаниях), от которой зависит смысл и форма проведения терапевтического вмешательства.

Все элементы системы активны, взаимозависимы и изменяются, совместно, оказывая влияние на отношения матери и ребенка – при изменении любого элемента, изменяются все элементы.

## Диагностический инструментарий

Диагностический инструментарий в ранней помощи включает в себя методы оценки развития, скрининги на ранние признаки заболеваний и функциональных нарушений у детей. К примеру, использование шкал развития, анкет для родителей, а также медицинские и психологические тесты, помогающие выявить возможные проблемы и предоставить своевременную помощь и поддержку.

### Первичный сбор данных

Первичный сбор данных в ранней помощи осуществляется для получения информации о состоянии и потребностях семьи и ребенка, которая поможет в дальнейшем процессе оказания ранней помощи. В психологии и педагогике для первичного сбора данных применяются различные методы, такие как беседа, интервью и наблюдение. В ранней помощи также используются эти методы для знакомства с семьей, каждый из которых имеет свою уникальную специфику.

**Интервьюирование (беседа)** – форма очного опроса, при котором интервьюер находится в непосредственном контакте с клиентом. Этот метод обладает рядом преимуществ (например, перед анкетированием):

- возможность получить ответы на все ваши вопросы;
- неопределенные или противоречивые ответы могут быть уточнены;
- клиент не имеет возможности ответить односложно или написать любой ответ;
- получаемая информация полнее, глубже и достовернее по сравнению с анкетой.

**Наблюдение.** Основным методом, используемым для изучения взаимодействия (общения) близких взрослых и ребенка раннего возраста, является метод наблюдения. Под наблюдением подразумевают целенаправленное, организованное и определенным образом фиксируемое восприятие исследуемого объекта. В характеристиках наблюдения отмечается, что метод позволяет рассматривать одновременность события и его наблюдения; предоставляет возможность выстроить непосредственную связь наблюдателя с объектом наблюдения; метод характеризуется целостным восприятием наблюдаемой ситуации, но в тоже время обладает высокой степенью субъективности. Полученные данные имеют высокую зависимость как от состояния наблюдателя, так и от состояния объекта наблюдения, его влияния на восприятие наблюдателем признаков объекта и их оценку.

Наблюдение может быть непосредственным и опосредованным, с использованием наблюдательных приборов и средств фиксации результатов (аудио-, фото-, кино- и видеоаппаратура, особые карты наблюдения и т. д.). Следует подчеркнуть, что использование наблюдательных приборов и средств фиксации результатов наблюдения в настоящее время является наиболее распространенной процедурой не только в рамках научных исследований, но и в развитии практики психологии, социальной работы и педагогики.

**Протокол первичного приема, форма оценки на основе ICF Checklist Version 2.1a. Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health** – представляет собой бланк первичной оценки функционирования и ограничений жизнедеятельности ребенка, разработанный на основе категорий Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

**Протокол «интервью о повседневных рутинах», *RBI-SAFER Combo Combination of the Routines-Based Interview Report Form (McWilliam, 2003) and the Scale for Assessment of Family Enjoyment within Routines (Scott & McWilliam, 2000).***

Представляет собой протокол интервью «Типичный день» – форму для проведения интервью о повседневных рутинах. Специалист проводит интервью, второй человек (ассистент) заполняет форму, суммируя информацию.

Рассматриваемые рутины

- Ходит в туалет / смена подгузника
- Умывается / купается
- Одевается / раздевается
- Кушает / кормление
- Самостоятельно играет с игрушками/предметами
- Играет вместе с взрослым человеком
- Играет с другими детьми
- Занимается за столом
- Читает с вами книжки / слушает истории
- Проводит свободное время
- Прогулка вне дома
- Беседует с вами /интересуется чем-либо/задает вам вопросы
- Участвует в домашних делах
- Засыпает, спит

Данный протокол помогает изучить поведение ребенка в ежедневных жизненных ситуациях, кратко описать рутину, выявить активность и участие ребенка в рутине, а также удовлетворённость родителей той или иной рутинной, выделить проблемные рутины.

### **Методы оценки развития ребенка**

Оценочные процедуры в ранней помощи предназначены для определения потребностей и возможностей ребенка в различных областях развития. Они позволяют специалистам по ранней помощи выявить наличие или отсутствие задержки развития ребенка, а также оценить его потенциал и способности. Диагностический инструментарий для оценочных процедур может включать в себя бланки, опросники, шкалы, тесты, диагностики и пр. В данном разделе представлен примерный перечень с кратким описанием диагностического инструментария для специалиста оказывающего раннюю помощь детям и их семьям.

**Опросник младенческого темперамента (EITQ), *Early Infancy Temperament Questionnaire (W. Carey, S. McDevit).*** Используется для оценки темперамента детей, выявляет индивидуальные различия между младенцами вне зависимости от темпа их психомоторного развития. Тест предназначен для скрининговых исследований младенцев от четырёх до восьми месяцев. Он состоит из 95 пунктов, оценивающих поведение младенца по 6-балльной шкале, содержит девять категорий: активность, синхронность, доступность, приспособляемость, сенситивность, настроение, постоянство, отвлекаемость, агрессия. При анализе результатов младенцы могут быть расценены как:

- «довольно трудные» (асинхронные, игнорирующие общение),
- низкоадаптивные (сенситивные),
- «легкие» (синхронные, доступные, адаптивные),
- «медленно реагирующие» (неактивные, тихие),
- промежуточный тип.

Результаты выполнения тестовых заданий у детей зависят от многих факторов: физиологического состояния (голод, усталость, сонливость), соматического здоровья,

психологического комфорта, личности исследователя. Для диагностики развития младенцев и детей раннего возраста большое значение может иметь также неврологическое обследование. Оно уточняет клиническую картину и предотвращает ошибочную трактовку состояния ребенка. Если обследуется ребенок с выраженным резидуально-органическим поражением мозга, то неврологический осмотр должен предшествовать экспериментально-психологической и психиатрической оценкам.

**Опросник «мера вовлеченности, независимости и социальных отношений» (MEISR), *Measure of Engagement, Independence, and Social Relationships* (R. A. McWilliam and Naomi Younggren).** Мера вовлеченности, независимости и социальных отношений, или MEISR, представляет собой уникальный инструмент, организованный на основе участия в повседневной жизни.

MEISR фокусируется на функционировании ребенка в контексте естественных жизненных ситуаций (ЕЖС), структурирован вокруг 14 повседневных рутин и предназначен для детей от рождения до 36 месяцев. Рутин отражают функциональные навыки, которые дети обычно проявляют в каждой ЕЖС, для каждого пункта указан типичный начальный возраст. При заполнении опросника MEISR родители оценивают каждый пункт на 3 балла (часто выполняет), 2 балла (делает иногда) или 1 балл (не делает). Если присвоен рейтинг 3, считается, что ребенок освоил этот навык.

Специалист использует рейтинг, чтобы определить процент усвоенных элементов для каждого навыка, а затем составить сводную таблицу оценок. Таким образом, MEISR предоставляет профиль функционирования ребенка в ЕЖС. Этот профиль помогает родителям отслеживать прогресс и определять области, над которыми нужно работать.

**Социально-коммуникативный опросник (SCQ), *Social Communication Questionnaire* (M. Rammer, Э. Бэйли, К. Лорд)** – это скрининговая методика, помогающая выявить симптомы, связанные с расстройством аутистического спектра (РАС).

Опросник SCQ включает два бланка: бланк «В течение жизни» и бланк «В настоящее время», по 40 вопросов в каждом, с двумя альтернативными ответами – «да» и «нет». На заполнение каждого бланка требуется порядка 10 минут, а на подсчет результатов – менее 5 минут. Опросник заполняется родителями (законными представителями). Благодаря скорости и простоте использования, методика SCQ является идеальным инструментом для оперативного скрининга расстройств аутистического спектра, позволяя начать своевременное вмешательство и помощь.

**Как развивается ваш ребенок? Таблицы сенсомоторного развития. От рождения до 4 лет (Эрнст Й. Кунхард)** – эффективное практическое пособие, которое помогает с помощью простых средств определять уровень общего развития ребенка с первых месяцев его жизни до четырех лет. Таблицы сенсомоторного и социального развития позволяют увидеть слабые и сильные стороны в развитии зрительного и слухового восприятия, речи и движения ребенка, а также уровень его развития в социальной сфере. Такие наблюдения дают возможность своевременно выявить скрытые проблемы и нарушения развития и специалистами совместно с родителями составить индивидуальную программу помощи.

**Оценка крупных моторных функций (шкала GMFM-88), *Gross Motor Function Measure* (Д. Рассел)** – это клинический инструмент, разработанный для оценки изменений моторных функций у детей с детским церебральным параличом (ДЦП).

Тест предназначен для детей от пяти месяцев до 16 лет, у которых моторное развитие происходит с задержкой относительно их возраста.

Этот тест разработан авторским коллективом во главе с Дианой Рассел (Dianne Russell) из университета МакМастер (McMaster University) в 1989, был переведен на многие языки мира, и является одним из самых распространенных инструментов оценки состояния пациентов с церебральными параличами. GMFM продемонстрировал достаточную валидность, чувствительность и надежность для оценки двигательных навыков детей с детским церебральным параличом, которые проходят реабилитацию. Есть две версии теста: оригинальная GMFM-88, содержащая 88 пунктов, и более новая версия GMFM-66, включающая 66 пунктов.

Оригинальный тест (GMFM-88) включает 88 заданий, которые оценивают моторные функции в пяти категориях

- A) лежание и перевороты,
- B) сидение,
- C) ползание и на коленях,
- D) стояние,
- E) ходьба, бег, подпрыгивание.

Каждое задание оценивается по 4-балльной шкале (0 - 1 - 2 - 3 балла), где 0 значит, что ребенок не делает попыток выполнить задание,

- 1 - пытается выполнить задание (> 10%),
- 2 - частично выполняет задания (10- 99%),
- 3 - может выполнить его в полном объеме.

В конце обследования исчисляется общий балл развития моторных функций, а также балл за каждую из категорий - лежание, сидение, ползание, стояние и ходьба.

Проведение теста GMFM занимает примерно 45-60 минут и зависит от навыков специалиста, уровня развития ребенка (чем больше ребенок может сделать, тем больше задач надо проверить) и кооперации ребенка. На выполнение каждого задания разрешается по три попытки. Перед выполнением теста и применением шкалы необходимо детально ознакомиться с описанием критериев оценки каждого задания, которое приводится в руководстве.

**Шкала KID** (Чистович, Рейтер, Шапиро, 2000) – является русской версией KID Scale (Reuter & Wozniak, 1996), стандартизованной шкалы, имеющей форму вопросника для родителей. Шкала предназначена для оценки развития детей в возрасте от двух до 16 месяцев и состоит из 252 пунктов, разделенных по содержанию на пять областей (движение, познание, язык, самообслуживание, социальная сфера). Устанавливаются оценки возрастов развития ребенка в каждой из областей («профиль развития») и степень отставания от типично развивающихся сверстников по полной шкале (по всем 252 пунктам).

**Шкала RCDI-2000** (Шапиро, Чистович, 2000) – русская версия шкалы Child Development Inventory (CDI). Как и KID, это стандартизованная шкала-вопросник для родителей. RCDI позволяет оценить развитие детей 14–42 месяцев в шести областях (социальная сфера, самообслуживание, крупные движения, тонкие движения, развитие речи, понимание языка). RCDI состоит из 216 пунктов. Устанавливаются оценки возрастов развития ребенка и степень отставания от типично развивающихся сверстников в каждой из областей. RCDI предполагает наличие специального программного обеспечения.

**Шкалы развития Бейли (Bayley-III), Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Third Edition (Bayley, 2006)** Шкалы Бэйли являются одним из наиболее изученных инструментов оценки детей. Bayley-III в мировой практике признается в качестве «золотого стандарта» для оценки комплексного развития детей в возрасте от 16 дней до 3,5 лет, применяется в научно-исследовательских целях, а также в клинических

исследованиях. Методика основана на известных и общепринятых теориях развития (Д. Брунер, Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, Ж. Пиаже) и согласуется с результатами исследований в области детского развития.

Bayley-III включает пять шкал, каждая из которых содержит определенное количество проб:

- 1) когнитивная – 91 проба;
- 2) речевая (содержит субшкалы: рецептивная коммуникация – 49 проб, экспрессивная коммуникация – 48 проб);
- 3) моторная (содержит субшкалы: мелкая моторика – 66 проб, крупная моторика – 72 пробы);
- 4) шкала социально-эмоционального развития – 35 проб;
- 5) шкала адаптивного поведения – 241 проба.

Оценка по когнитивной, речевой и моторной шкалам осуществляется на основании выполнения проб ребенком (прямое тестирование). Шкалы социально-эмоционального и адаптивного развития используют не прямое тестирование – представлены в виде опросника, заполняемого специалистом на основании ответов родителя об особенностях поведения ребенка в повседневной жизни.

При правильном выполнении пробы ребенком в бланке проставляется один балл, баллы по каждой шкале суммируются. Полученные так называемые «сырые» баллы переводятся в

- 1) шкальные баллы, определяющие коридор нормативного развития;
- 2) композитные баллы, используемые для сопоставления и сравнения показателей всех шкал, а также выявления индивидуальных особенностей развития ребенка;
- 3) процентиля, позволяющие оценить частоту встречаемости показателей, полученных ребенком, в популяции, на которой была стандартизована выборка.

**Порядковые (числовые) шкалы психологического развития.** Тест представляет собой психометрическую оценку развития ребенка, разработанную I. Uzgiris, J. McHunt на основании концепции психического развития Ж. Пиаже. Он предназначен для детей от рождения до двух лет и содержит 6 шкал:

- 1) развитие зрительного слежения и сосредоточения на объекте;
- 2) умение ребенка использовать разные средства для получения желаемого предмета;
- 3) вокальная и жестовая имитация (две субшкалы);
- 4) причинные действия;
- 5) построение объектных связей в пространстве;
- 6) развитие отношений к объектам (при смене игрушки или роли в игре).

Тест состоит из 64 пунктов. Экспериментальные ситуации располагаются по мере усложнения. Психическое развитие изучается в следующих возрастных промежутках: от рождения до трёх месяцев, от четырёх до 7 месяцев, от восьми до 11 месяцев, от 12 до 17 месяцев и от 18 до 24 месяцев.

**Шкала ментального развития R. Griffiths.** Тест рассчитан на младенцев от рождения до 24 месяцев, содержит 260 пунктов, объединенных в пять субшкал:

- 1) локомоторная активность (глаза-руки, слух-рука);
- 2) развитие речи;
- 3) тонкая моторика;
- 4) «персональная» шкала;
- 5) «социальная» шкала.

После выполнения заданий рассчитывается интеллектуальный коэффициент ребенка и определяется, какому возрасту соответствует психическое развитие ребенка.



**Шкала поведения новорожденных (NBAS)** разработана Т. Brazelton. Шкала предназначена для новорожденных и детей первых месяцев жизни. Оценивается поведение и неврологический статус детей от двух дней до шести недель жизни. Методика состоит из 20 вызываемых рефлексов и движений, оцениваемых по 4-балльной шкале. Имеется также 27 заданий для квалификации движений, взаимодействия со взрослыми, статического контроля, реагирования на стресс. Оценка проводится по 9 - балльной шкале, указывающей на пять возможных типов поведения. Дополнительно отмечается, требовалась ли стимуляция для того или иного типа поведения. Результатом исследования является отнесение детей либо к группе риска, либо к группе нормотипичных детей.

**Шкала нервно-психического развития** (от рождения до четырёх лет). Для объективизации нейропсихического развития ребенка используется стандартная шкала оценки психомоторного развития по четырём основным сферам: двигательная, чувствительная, речевая и развитие социальных навыков. Карта разработана для детей до одного года и от одного года до четырёх лет. Шкала позволяет провести качественный и количественный анализ отклонений в нервно-психическом развитии у детей разных возрастных групп.

*Оценка развития определяется по 4-балльной шкале:*

- 0 баллов – не выполняет;
- 1 балл – затрудняется выполнить;
- 2 балла – делает не постоянно;
- 3 балла – выполняет хорошо.

Каждая сфера оценивается по отдельности в соответствии с указанной выше оценочной шкалой. Затем подсчитывается среднеарифметический балл. Для всех групп выделено три степени выраженности симптомов дисгармоничного развития:

- легкая степень: 1,75 – 2,5 балла;
- средняя степень тяжести: 1,0 – 1,75 бала;
- тяжелая степень: 0 – 1,0 балла.

**Оценка уровня психомоторного развития ребенка**, разработанная Л. Т. Журбой, Е. М. Мастюковой. Развитие оценивается по семи нервно-психическим показателям (динамическим функциям):

- коммуникабельность,
- голосовые реакции,
- безусловные рефлексy,
- мышечный тонус,
- асимметричный шейный тонический рефлекс,
- цепной симметричный рефлекс,
- сенсорные реакции.

Оцениваются также уровень стигматизации, черепно-мозговая иннервация и патологические движения, которые помогают выявить группу детей с повышенным риском задержки развития. Помесячная количественная оценка у ребенка до одного года проводится на основе показателей, оцениваемых по 4-балльной системе с учетом динамики нормального возрастного развития. Оптимальная оценка по шкале возрастного развития соответствует 30 баллам. 27-29 баллов в большинстве случаев можно расценивать как вариант возрастной нормы. При оценке 23-26 баллов детей относят к группе риска. 13-22 балла свидетельствуют о задержке развития. Ниже 13 баллов – дети с тяжелой задержкой развития вследствие органического поражения мозга.

**Профиль психического развития G. D. Alpern-Boll.** Методика предназначена для детей от рождения до девяти лет, содержит 186 пунктов и пять шкал:

- физическое развитие,
- «социальная» шкала,
- шкала коммуникации,
- способность к обучению,
- шкала «самопомощи».

В результате тестирования определяют, какому возрасту соответствует психическое развитие ребенка.

***Тест «ГНОМ» (график нервно-психического обследования младенцев).***

Разработан Г. В. Козловской и соавторами. Тест состоит из 12 возрастных субтестов. Психическое развитие исследуется на первом году жизни каждый месяц, после года – каждые три месяца, от двух до трёх лет – один раз в полгода.

Субтесты состоят из 20 вопросов (заданий), позволяющих тестировать развитие

- сенсорных,
- моторных,
- эмоционально-волевых,
- познавательных,
- поведенческих функций.

Для исследования уровня развития каждой функции предлагают четыре задания.

Для исследования сенсорной функции тестируется зрительная, слуховая и тактильная чувствительности. Для определения состояния моторики – статика, кинетика, тонкая моторика и мимика. В эмоционально-волевой сфере исследуются: формирование и дифференцировка эмоциональных реакций, появление и характер эмоционального резонанса (способности воспринимать эмоциональное состояние других людей и адекватно на него реагировать). Для оценки волевых функций исследуются активная и пассивная произвольная деятельность. Познавательные функции тестируют по четырём показателям: речь, мышление, игра и внимание. Поведенческие функции состоят из двух разделов: биологического (пищевого поведения, формирования навыков опрятности) и социального поведения, для изучения каждого из которых предлагают по два задания.

Тест позволяет распределить обследуемых детей по трем группам:

- 1) здоровые дети – показатель коэффициента психического развития (КПР) от 110 до 90 баллов;
- 2) группа риска – КПР 80-89 или выше 111 баллов;
- 3) группа нарушения развития – КПР ниже 80.

***Тест развития детей первого года жизни О. В. Баженовой.***

Тест включает 98 диагностических проб, разделенных на шесть шкал:

- двигательное развитие,
- эмоциональное развитие,
- сенсорное развитие,
- действия с предметами,
- взаимодействие со взрослыми,
- голосовая активность.

Каждая из проб позволяет оценить уровень развития той или иной поведенческой реакции. Согласно методике теста, определяют четыре степени выраженности поведенческой реакции:

- 0 баллов – отсутствие,
- 1 балл – намеченность,
- 2 балла – несовершенная форма проявления,
- 3 балла – совершенная форма проявления.

Пробы, выполнение которых требует достаточно высокого уровня психической активности ребенка, имеют значительно больший удельный вес при их оценке.

Количество баллов, набранное за их выполнение, умножают на пять (качественно-количественная оценка). Количество баллов, набранное за выполнение всех проб данной шкалы, суммируют. Набранная сумма баллов представляет собой актуальную оценку (АО), которая сравнивается с контрольной оценкой (КО), являющейся нормативным показателем для данного возраста. Итоговый результат – индекс развития (ИР), представляет собой отношение АО к КО. На основании данных ИР по шести шкалам строится диаграмма (профиль психического развития). Развитие оценивается в возрасте двух, трёх, четырёх, пяти, шести, восьми, 10 и 12 месяцев.

***Поведенческий тест новорожденных Graham*** для новорожденных и детей первых месяцев жизни. Тест оценивает детей от одного до 14 дней жизни по шести субшкалам:

- двигательная шкала с оценкой моторики,
- мышечный тонус,
- тактильная шкала,
- слуховая сенсорная шкала,
- зрительная сенсорная шкала,
- шкала реактивности.

***Тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста (MacArthur CDI), The MacArthur Communicative Development Inventory.***

Тест предназначен для оценки коммуникативного и речевого развития детей раннего возраста (от одного до трёх лет). В исследовательскую группу при разработке данного теста входили такие известные исследователи детской речи, как Л. Фенсон, Ф. Дейл, Э. Бейтс, С. Резник и др. Для России тест адаптирован кафедрой детской речи РГПУ им. А. И. Герцена в 2002 г., охватывает различные сферы речевого развития детей, рассчитан на возрастной диапазон от восьми до 18 месяцев. Представляет собой два опросника, заполняемых родителями:

- «Тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста: слова и жесты» (от 8 мес. до 1 года и 5 мес.);
- «Тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста: слова и предложения» (от 1 года 6 мес. до 3 лет).

***Диагностика нервно-психического развития детей первых трёх лет жизни*** – один из первых отечественных тестов психического развития, который разработали Г. В. Пантюхина, К. Л. Печора, Э. Л. Фрухт. Методика представляет собой качественную оценку развития ребенка без использования баллов. Состоит из трёх возрастных шкал для первого, второго и третьего года жизни.

На первом году исследуют: развитие зрительных и слуховых ориентировочных и эмоционально положительных реакций (10 дней – 2,5-3 мес.); развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций, движений руки, гуления (1,5-3 мес. – 5-6 мес.); развитие общих движений, действий с предметами, подготовительных этапов пассивной и активной речи (5-6 мес. – 9-10 мес.); развитие общих движений, действий с предметами, понимания и активной речи (9-10 мес. – 12 мес.).

На втором году – развитие понимания речи, развитие активной речи, сенсорное развитие, развитие игры и действий с предметами, развитие движений, формирование навыков.

На третьем году в первом полугодии исследуют: активную речь, игру, конструктивную деятельность, сенсорное развитие, развитие движений, развитие навыков. Во втором полугодии – активную речь, игру, изобразительную деятельность, конструктивную деятельность, сенсорное развитие, навыки движения.

Нормой считается выполнение навыков в пределах  $\pm 15$  дней от проверяемого возраста. Тест стандартизирован на 630 детях первого года жизни, 730 – второго года и 360 детях третьего года жизни.

**Скрининг, направленный на выявление детей с подозрением на снижение слуха.** Разработан Г. А. Таварткиладзе и Н. Д. Шматко. Оценивается младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст. Обследование проводят два человека. Один из них (ассистент) подает сигналы, другой (наблюдатель) – общается с ребенком и регистрирует реакции ребенка на звуки.

В качестве источников звучания используются: шарманка (высокочастотное звучание), дудка (среднечастотное звучание) и барабан (низкочастотное звучание), голос разговорной громкости и шепот при произнесении слогосочетаний типа па-па-па, пи-пи-пи, имени ребенка.

В ходе обследования регистрируются безусловно-ориентировочные реакции: слуховое сосредоточение, активизация или торможение общих движений, активизация или торможение сосательных движений, расширение глазных щелей, поворот головы в сторону.

Так же используется «Анкета-вопросник» для родителей, которая содержит следующие вопросы

- Вздрагивает ли Ваш ребенок от громких звуков в первые 2-3 недели жизни?
- Появляется ли замирание ребенка на голос в возрасте 2-3 недель?
- Поворачивается ли ребенок в возрасте 1 месяца на звук голоса позади него?
- Оживляется ли ребенок в возрасте 1-3 месяцев на голос матери?
- Поворачивает ли ребенок голову в возрасте 4 месяцев в сторону звучащей игрушки или голоса?
- Реагирует ли ребенок в возрасте 1,5-6 месяцев криком или широким открытием глаз на резкие звуки?
- Есть ли гуление у ребенка в возрасте 2-4 месяцев?
- Переходит ли гуление в лепет у ребенка в возрасте 4-5 месяцев?
- Замечаете ли Вы у ребенка появление нового (эмоционального) лепета, например, на появление родителей?
- Беспокоится ли спящий ребенок при громких звуках и голосах?
- Замечаете ли Вы у ребенка в возрасте 8-10 месяцев появление новых звуков и каких?

**Тестовая методика Prechtl, Beintema.** Данная методика используется для оценки доношенных и недоношенных детей. Оцениваются дети от одного до девяти дней жизни по шкалам внешнего вида, позы, движений, дыхания, неврологического статуса. Шкала Прехтла (Prechtl) разработана для новорожденных, а её адаптация – шкала Бейнтема (Beintema) – для детей более старшего возраста.

**Канадская оценка выполнения деятельности (COPM), Canadian Occupational Performance Measure (Law M, Polatajko H, Pollock N, McColl MA, Carswell A, Baptiste S.)** – это прикладной инструмент, который позволяет сформировать индивидуальную программу на основе потребностей семьи и ребенка. COPM смещает фокус специалиста и семьи с диагноза на улучшение качества жизни. Оценка с помощью COPM может использоваться как у детей, так и у взрослых или пожилых людей с самыми разными ограничениями активности.

Канадская оценка выполнения деятельности может быть использована при первичной оценке клиента для понимания специалистами его трудностей в повседневной жизни. Кроме этого, такая оценка может применяться для повторной оценки, с целью оценки эффективности вмешательства. Важно помнить, что COPM стандартизированный

инструмент оценки, поэтому абсолютно необходимо важно правильного проведения процедуры тестирования.

**Мюнхенская функциональная диагностика развития (МФДР)** (Г. И. Келер, Х. Д. Эгелькраут) – дифференцированная оценка психомоторного развития.

В основе диагностики лежит деление на восемь функциональных областей: ползание, сидение, хождение, хватание, перцепция, говорение, понимание речи и социальное поведение. Задача данной диагностики – не определить возраст общего развития ребенка, а выяснить его развитие по конкретным функциональным областям, на основе чего могут быть сделаны терапевтические заключения. В ней применяется категориальное оценивание – то есть обращается внимание на то, было задание выполнено или нет. Результат оценки выражается в месяцах.

**Программа оценки и определения этапов вербального поведения (VB-MAPP), Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program** – программа оценки навыков речи и социального взаимодействия для детей с аутизмом и другими нарушениями развития. Программа была разработана в 2008 году Марком Сандбергом, она основана на анализе речевого поведения Б.Ф. Скиннера, этапах развития ребенка и исследованиях в области анализа поведения. VB-MAPP позволяет выявить сильные стороны ребёнка, потребности ребёнка и определить цели работы

**VB-MAPP:**

- 1) оценивает, насколько развиты те или навыки у ребенка и насколько они соответствуют установленным нормам развития;
- 2) выявляет преграды в обучении и освоении навыков;
- 3) определяет наиболее подходящее для конкретного ребенка вмешательство;
- 4) дает необходимую информацию для разработки индивидуальной программы развития вербальных и социальных навыков;
- 5) помогает отслеживать динамику и измеряет результаты по итогам работы с ребенком по составленной ранее программе.

VB-MAPP – неотъемлемый инструмент в прикладном анализе поведения, который помогает как оценивать, так и разрабатывать поведенческие программы вмешательства.

**Технология применения VB-MAPP:**

Оцениваются навыки в соответствии с тремя уровнями, отражающими основные этапы развития типично развивающихся детей: навыки первого уровня: 0-18 месяцев, навыки второго уровня: 18-30 месяцев, навыки третьего уровня: 30-48 месяцев.

Оцениваются 16 категорий навыков. Обследование содержит 170 субтестов.

Процесс проведения тестирования трудоемкий и продолжительный. Проведение оценки уровня навыков первого уровня занимает от двух до трёх часов, тщательное тестирование навыков второго уровня - от четырех до шести часов, навыков третьего уровня – 10-12 часов.

**Оценка психологического взаимодействия родителя и ребенка PSERA, The Parent - Child Early Relational Assessment (Clark, 1985)** – стандартизированная диагностическая процедура оценки взаимодействия в парах «ребенок - взрослый».

Метод PSERA предполагает проведение видеосъемки взаимодействия матери и ребенка младенческого и раннего возрастов в ситуации игры (временной интервал видеозаписи 5 минут), далее видеозапись подвергается анализу, включающему оценивание по 5-балльной шкале 65 характеристик взаимодействия, объединенных в 12 субшкал, описывающих поведение матери, ребенка и их взаимодействие в диаде.

Для оценки поведения матери выделены следующие категории: тон голоса (включает шкалы: гневный, раздражительный; холодный, неэмоциональный; теплый, доброжелательный); аффект (позитивный и негативный); настроение (раздраженное,

апатичное, тревожное, жизнерадостное, возбужденное); отношение к ребенку (неодобрение и критика, удовольствия); поведенческая вовлеченность (количество и качество позитивного и негативного физического, а так же зрительного контакта с ребенком; вербализации; социальные инициативы; отзывчивость; структурирование обстановки; чтение сигналов; отражение и подстраивание); стиль взаимодействия (гибкость, креативность, навязчивость, последовательность).

Для оценки поведения ребенка предложены такие критерии, как настроение и аффект; поведение и адаптация (интерес, инициативы, отзывчивость, уступчивость, качество игры и движений, истощаемость; настойчивость; импульсивность; саморегуляция и т. д.); уровень активности и коммуникативная компетентность. Для оценки функционирования пары «мать-ребенок» используются аффективное качество взаимодействия и взаимность. Данный метод применялся в отечественных исследованиях при изучении взаимодействия детей с синдромом Дауна с близким взрослым в ситуациях семейного воспитания и воспитания ребенка-сироты в доме ребенка.

### **Диагностический инструментарий для детей с РАС**

Диагностический инструментарий для детей с РАС включает в себя различные методы и тесты, которые помогают оценить развитие и функционирование ребенка с данным расстройством. Эти инструменты были разработаны с учетом специфики РАС, что помогает специалистам провести диагностику РАС и получить более полное представление о функционировании ребенка. Данный инструментарий может использоваться в комбинации с другими методами и тестами для дополнительной оценки и понимания потребностей ребенка с РАС.

Представленные методики описаны в клинических рекомендациях «Расстройства аутистического спектра», утвержденных Минздравом России.

***Рейтинговая шкала аутизма у детей CARS, Childhood Autism Rating Scale (Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K (1980)*** – один из наиболее широко используемых инструментов. CARS базируется на клинических наблюдениях за поведением ребёнка, требует минимального обучения в работе с этой шкалой, а также может служить для первичного скрининга симптомов аутизма. Шкала применяется для детей в возрасте от двух до четырёх лет. Данная шкала относится к скрининговым методам и не является основанием для постановки диагноза. Формальная диагностическая оценка должна включать междисциплинарную всестороннюю оценку ребёнка.

***Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста (М-CHAT), The Modified Checklist for Autism in Toddlers.***

М-CHAT создан в США и является расширенной версией скринингового опросника CHAT, созданного в Великобритании. М-CHAT содержит 23 вопроса (в оригинальной версии содержится 9 вопросов), создан для проведения скринингового обследования на нарушения аутистического спектра (РАС) у детей в возрасте от 16 до 30 месяцев. М-CHAT может проводиться, как часть обычного медицинского обследования ребёнка. Также может быть использован для оценки риска наличия аутизма и представителями немедицинских специальностей. Переведён и адаптирован на русский язык – Морозовой Т.Ю., Довбня С.В., 2011 г.

***Денверский скрининг-тест развития (DDST), Denver Developmental Screening Tests (Frankenburg W. K., J. B. Dodds).*** Тест разработан для выявления задержки психического развития у детей в возрасте от рождения до 6 лет.

Данный тест в России не был адаптирован, но переведен и активно используется из-за удобства применения и точности диагностики.

*Он содержит 4 шкалы:*

- крупная моторика,
- мелкая моторика,
- речь,
- социальная адаптация.

Тест состоит из 105 пунктов, 75 предназначены для детей до трёх лет.

Обычно ребенок тестируется по 20 пунктам. Каждый пункт оценивается как «выполненный», «невыполненный», «отказ от выполнения», «не было возможностей для выполнения».

Тестирование проводится как в условиях прямого наблюдения, так и на основании сведений, полученных от родителей. Дети, выполнившие все пункты, считаются развивающимися нормально. Если имеется один невыполненный пункт в какой-либо шкале, результат считается сомнительным, два невыполненных пункта – задержка развития.

Преимущество данного теста состоит в том, что тестирование занимает около 30 минут и требует минимальной подготовки исследователя (несколько часов).

Денверская оценочная методика была стандартизирована на 1036 нормотипичных детях в возрасте от двух недель до шести лет, 816 из которых были младше трёх лет. Тест высоко достоверен и стандартизирован.

***ADOS-2 – план диагностического обследования при аутизме (адаптация русскоязычной версии: © 2016, ООО «Джунти Психометрикс Рус» А. Сорокин, Е. Давыдова, К. Салимова при участии Е. Пишичной).*** ADOS-2 – вторая версия «Плана диагностического обследования при аутизме», является стандартизированной методикой, позволяющей оценить особенности общения, социального взаимодействия и игры ребенка.

Суть методики ADOS-2 заключается в наблюдении за поведением ребенка в последовательно предлагающихся играх, заданиях, беседе.

Так как дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) демонстрируют разную степень развития и владения речью, то тест разделен на пять модулей, каждый из которых соответствует определенному возрасту.

*Краткое описание модулей ADOS-2:*

- модуль Т – для детей ясельного возраста (от 12 до 30 месяцев);
- модуль 1 – для детей от 31 месяца, не владеющих речью или использующих отдельные активные слова;
- модуль 2 – для детей любого возраста, владеющих фразовой, но не беглой, речью;
- модуль 3 – для детей и младших подростков, владеющих беглой речью;
- модуль 4 – для старших подростков или взрослых с беглой речью.

Соответственно, модули различаются по сложности / простоте предлагаемых игр, наличию / отсутствию вербальных (речевых) заданий.

Каждый модуль представляет из себя последовательность игровых ситуаций, которые создаются специалистом с помощью специального набора игрушек.

В этих игровых ситуациях от ребёнка ожидается то или иное социальное взаимодействие. Социальное поведение ребенка (мимика, вокализации, слова, просьбы и т. д.) подробно фиксируются, их особенности оцениваются количественно.

Ребенок находится в непринужденной атмосфере игры и свободного взаимодействия, он ничего не «должен выполнить», он просто ведет себя, как может. Однако, несмотря на свободу для ребенка, все варианты возможного поведения учтены в тесте и имеют соответствующие оценочные значения. Специалист следует строго

предписанным правилам поведения, когда ни одно слово, ни один жест не являются случайным.

Для выполнения теста используется объемный набор игрушек и пособий, которые позволяют создать нужный ситуационный контекст.

Проведение теста обычно занимает 40 – 60 минут. Еще около 40 минут требуется специалисту для обработки результатов теста и написания заключения.



## Методы работы в ранней помощи

В данном разделе представлено краткое описание различных методов работы, которые применяются в ранней помощи. Все представленные методы имеют единую цель, помочь детям достичь оптимального развития и максимально раскрыть свой потенциал в раннем возрасте.

*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.

*Метод прелингвистического средового обучения* – технология поддержки развития инициированного, то есть исходящего от ребенка общения, которая используется как в легких, так и в тяжелых случаях ограничений способности 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.

*Метод физической реабилитации* – использование физических упражнений и природных факторов в комплексном процессе восстановления здоровья, физического состояния и психического развития детей. Этот метод является неотъемлемой составляющей медицинской реабилитации и применяется на всех этапах ее оказания. Физическая реабилитация включает в себя следующие методы: лечебную физическую культуру, лечебный массаж, физиотерапию, механотерапию, эрготерапию и др. Назначение и последовательность применения методов физической реабилитации определяются этиологией и характером течения болезни, физическим состоянием и возрастом ребенка, периодом и этапом реабилитации.

Физическая реабилитация является основным немедикаментозным методом. Может применяться с первых дней жизни ребенка с перинатальной патологией с целью максимально ранней активизации нейропластичных возможностей детского организма. Правильный и обоснованный выбор методов физической реабилитации позволяет наиболее полно реализовать сохранный двигательный потенциал ребенка.

*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, рисовать, 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.

*Сенсорно-интегративные методы* (Э. Джин Айрес, 1976) направлены на устранение у ребенка нарушений в сфере сенсорной интеграции. Этот подход позволяет планировать последовательность действий и задач, координировать двигательные реакции, 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.

**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.

**Метод «Руководство взаимодействием»** направлен на положительные изменения во взаимодействии и отношениях родителя и ребенка. 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 специалистами позволяет родителям и членам семьи лучше понять поведение ребенка, своё влияние на его поведение, осознать свою роль в улучшении взаимодействия и отношениях с ребенком.

**Метод «Тренировка взаимодействия»** направлен на изменение поведения взрослого в процессе взаимодействия в диаде «мать - младенец». 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.

**Психодинамическая психотерапия.** Основным положением психодинамически ориентированной ранней помощи является положение, согласно которому психические репрезентации родителя – это главная причина нарушений взаимодействия между родителями и ребенком, а имеющие значения терапевтические изменения не могут наблюдаться, пока репрезентации не изменятся. Другое положение данного направления заключается в том, что ребенок имеет ранние способности справляться с негативно влияющими аффектами, которые связаны с неадекватным социально-эмоциональным окружением, а также ребенок может перерабатывать и устранять приносящую какой-либо вред информацию из сознания.

Основной объект психодинамического подхода – описание проблем и трудностей, негативных аффектов, репрезентаций конфликтов. Основная ориентация в данном подходе направлена на определение причин конфликтного взаимодействия между матерью и ребенком, на ограничение различных отрицательных влияний со стороны «нездоровых» проекций матери. Основные симптомы изменения поведения ребенка рассматриваются как реакции на вторжение со стороны матери. Специалист помогает матери распознать её проективные идентификации, которые приводят к неверному восприятию реакций своего ребенка. Наблюдаемый конфликт интерпретируется по отношению к прошлому матери. Терапевтическое раннее вмешательство может быть непродолжительным (менее 12 посещений) с такими техническими аспектами, как быстрая фокусировка терапии и высокий уровень участия терапевта (вербальный, эмоциональный, когнитивный, интерактивный). Ребенок также вносит свой особый вклад в терапевтический процесс.

Проекции – это перенос на других личных чувств, образов, мыслей, которые на самом деле им не принадлежат (а принадлежат «переносящему»). Например, когда родители приписывают ребенку ценные и значимые для них качества, и испытывают

удовлетворение от подтверждаемого ребенком положительного образа. Патологические проекции проявляются, когда родители наделяют ребенка качествами, которые противоречат его природе, например, приписывая младенцу взрослые черты и намерения. Интенсивность проекций определяется степенью способности родителей признавать индивидуальность ребенка, взаимодействовать с реальным ребенком – таким, каким он является, без приписанных ими характеристик.

Таким образом, работа специалиста в рамках динамической психотерапии направлена на определение причин нарушений взаимоотношений между родителями и ребенком, связанных с патологическими репрезентациями родителей, на проработку этих проблем и в результате на помощь и поддержку родителям во взаимодействии с ребенком.

## Программы и руководства

В данном разделе представлено краткое описание программ и руководств, которые используются в реализации индивидуальной программы ранней помощи. Каждая из этих программ разработана с учетом индивидуальных потребностей ребенка и может быть адаптирована в соответствии с его специфическими требованиями и возможностями. Они являются основой при организации ранней помощи и направлены на максимальное развитие ребенка в самом раннем возрасте.

***Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями, The Carolina Curriculum for Infants and Toddlers with Special Needs (Нэнси М. Джонсон Мартин, Кеннет Г. Дженс, Сюзен М. Амтермиер, Бонни Дж. Хаккер).***

Данная программа направлена на младенцев и детей младшего дошкольного возраста с особыми потребностями, а также на детей с различными нарушениями. Программу Каролина можно использовать как в специальных центрах, так и дома. Программой могут пользоваться родители и специалисты. Данная программа основывается на следующих принципах:

- следование за ребенком,
- предоставление возможности выбора,
- принятие во внимание реакции на действия,
- эффективное использование реакций на действия,
- деление заданий на небольшие шаги,
- обеспечение стабильности и перемены,
- обеспечение успеха,
- включение обучения в повседневную жизнь ребенка и семьи,
- предоставление ребенку возможности отдыха.

*Структура программы:*

Программа основана на нормальной последовательности развития. Разработана для широкого круга детей – дети с задержкой развития, дети, имеющие большое количество нарушений, дети с нетипичным поведением.

Навыки из каждой области развития логически разделены по порядку обучения. В программу включены поправки для детей, имеющих особые сенсорные и двигательные ограничения.

Основа программы заключается в признании, что большинство детей, имеющие серьезные нарушения не будут «нормальными», поэтому акцент делается на обучении адаптивным навыкам.

Программа теоретически обоснована и имеет практическую базу подтверждения ее эффективности, является развивающей – в ней представлено подробное описание навыков и способов для их оценивания.

Программа ориентирована на специалистов, оказывающих услуги ранней помощи, семьи с детьми с особыми потребностями и людей, ухаживающих за такими детьми.

***Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом (ESDM), Early Start Denver Model (Салли Дж. Роджерс, Джеральдин Доусон, Лори А. Висмара).***

Данная методика раннего вмешательства является одной из самых применимых моделей в мире, которая показала эффективные результаты помощи детям с расстройством аутистического спектра (РАС) и их родителям.

Эта модель основана на стратегиях, которые превращают практически все повседневные дела, процедуры в эффективные игровые методы взаимодействия, общения и обучения.

Эффективность этой методики подтверждена научными исследованиями и практическими результатами.

Программа базируется на развитии доверительных отношений между ребенком с РАС и его семьей. К ключевым принципам Денверской модели раннего вмешательства относят:

- акцент на межличностное взаимодействие;
- развитие плавного, отзывчивого и произвольного воспроизведения жестов и мимики, а также использования предметов;
- акцент на развитие вербального и невербального общения;
- акцент на познавательные аспекты игровой деятельности в процессе парных повторяющихся игр;
- тесное сотрудничество с родителями.

***Маленькие ступеньки. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии (Мойра Питерси, Робин Трилор, Сью Керне, Дайана Ютер и Эрика Бра).***

Маленькие Ступеньки – это программа поэтапного обучения детей, имеющих отклонения в интеллектуальном развитии. В основе программы – педагогический опыт, современные представления об обучении детей. Программа «Маленькие ступеньки» рассчитана в первую очередь на родителей, изложена простым языком и включает видеоматериалы, служащие отличным примером к методикам. В программе описаны методики определения уровня развития умений ребенка от рождения до пяти лет и способы постепенного его повышения. Программа построена на профессиональном знании законов развития ребенка и механизмов формирования у него навыков и умений.

Целью программы является помощь детям с нарушениями развития вести жизнь, максимально приближенную к полноценной. Достоинства программы заключаются в последовательности обучения и развития и в направленности на разные сферы деятельности (развитие двигательной, речевой, моторной, интеллектуальной, игровой деятельности).

Материал программы изложен в восьми книгах:

Книга 1. Введение в программу.

Книга 2. Индивидуальная программа ребенка.

Книга 3. Навыки общения.

Книга 4. Навыки общей моторики.

Книга 5. Навыки тонкой моторики.

Книга 6. Восприятие речи.

Книга 7. Самообслуживание и социальные навыки.

Книга 8. Перечень умений, определяющих развитие ребенка.

Программа основывается на следующих принципах:

- обучаться способны абсолютно все дети, просто у некоторых процесс протекает медленнее;
- детям с нарушениями развития необходимо овладеть всеми навыками, которые могут помочь адаптироваться в обществе;
- родители играют очень важную роль;
- эффективность обучения зависит от возраста ребенка и обеспечивается грамотной системой оценок и методик;
- программа составляется с учетом индивидуальных особенностей ребенка и семьи.
- детям с нарушениями развития необходимо овладеть всеми навыками, которые могут помочь адаптироваться в обществе;

*Методика «Портаж», Portage Guide to Early Education* – это программа домашнего обучения (домашнее визитирование) для детей раннего и дошкольного возраста, имеющих особые потребности, которая помогает родителям поддерживать развитие и обучение ребенка в партнерстве со специалистами.

Преимущества программы:

- обучение происходит в естественной среде семьи;
- имеется возможность рассмотреть естественное проявление поведения ребенка;
- происходит обучение родителей – значимых для ребенка людей, что усиливает подкрепляющий момент в развитии новых навыков у ребенка.

*Программа «Портаж» направлена на:*

- работу с семьями с целью помочь им улучшить качество жизни и приобрести полезный опыт для себя и своих детей, с помощью которого они могут вместе обучаться, играть и активно принимать участие в жизни общества;
- сведение к минимуму количества возможных барьеров, с которыми сталкиваются дети с ограниченными возможностями и их семьи;

Основополагающим принципом методики «Портаж» является партнерство, то есть специалисты работают с родителями и другими специалистами в партнерстве с целью обеспечения квалифицированной ранней помощью ребенка и его семьи

Специалисты учитывают:

- частоту, место, время и направленность посещений;
- количество и сложность мероприятий, запланированных для ребенка;
- возможности для внедрения новых знаний и игр в повседневную жизнь семьи;
- планирование совместных посещений других специалистов;
- безопасность детей как главный приоритет.

Модель «Портаж» строится на трех основных элементах, является гибкой, время, которое затрачивается на каждый элемент, варьируется в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка и семьи.

1. Элемент «Детская игра» включает в себя: время, потраченное на анализ и планирование возможностей для самостоятельной игры ребенка; ориентацию на интересы ребенка; реагирование на детскую игру; обобщение вновь приобретенных навыков; обсуждение игры с родителями, запись значимых характеристик, наблюдаемых в процессе игры ребенка; внедрение новых идей игры; планирование игры в естественных жизненных ситуациях.

2. Элемент «Семейный фокус» включает в себя: время, потраченное на обсуждение семейных приоритетов; обсуждение ежедневного опыта, приобретенного в рутине; планирование будущего; обмен информацией; взаимодействие с другими учреждениями; содействие включению в общество.

3. Элемент «Структурированное обучение» содержит: время, потраченное на анализ и планирование учебной деятельности; определение базового уровня ребенка; планирование шагов к достижению цели; совместное планирование и практику педагогической деятельности; контроль результатов и прогресса; планирование дальнейшей деятельности; апробирование нового вида деятельности и анализ результативности.

*Программа индивидуального ухода и оценки развития новорожденных (NIDCAP), Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* – руководство по наблюдению за поведением новорожденных, созданное в 1984 году доктором философии Хайделизе Альс (Heidelise Als), является комплексным, ориентированным на семью, научно обоснованным подходом к уходу и развитию

младенцев в отделениях интенсивной терапии новорожденных. Это системная модель профилактики и раннего вмешательства, направленная на улучшение отношений между младенцами, семьями и специалистами, которые о них заботятся. Так же NIDCAP является индивидуальным подходом к поддержке младенца и родителей, основанным на считывании поведенческих сигналов младенца и составлении плана ухода, цель которого укрепление сильных сторон ребенка. Сама модель NIDCAP направлена на создание поддерживающей развивающей среды, основанной на отношениях младенцев и их семей.

***Программа оценки поведения и вмешательства младенцев (IBAIP), Infant Behavioral Assessment and Intervention Program.***

IBAIP была разработана на тех же теоретических основах, что и NIDCAP, состоит из оказания ребенку и его семье вмешательства, за несколько дней до выписки из больницы и далее в домашних условиях до скорректированного возраста шести месяцев. Целью IBAIP является поддержка функций развития, включая саморегуляцию младенца, и сосредоточение внимания на улучшении реакции родителей на взаимодействие с младенцем. Родители учатся методу систематического наблюдения за младенцем, записи и интерпретации коммуникативного поведения ребенка.

***VIBeS (Victorian Infant Brain Study) Plus*** – это программа раннего вмешательства, направленная на улучшение когнитивного, моторного развития младенцев, регуляцию поведения, взаимодействие родителей и ребенка, а так же поддержание психического здоровья родителей.

VIBeS Plus основывается на:

- модели саморегуляции;
- теории привязанности;
- теории динамических систем;
- семейно-центрированном подходе.

Программа VIBeS Plus проводится на дому, при этом родитель (лицо, осуществляющее основной уход за младенцем) является центральным звеном вмешательства. Программа позволяет улучшить развитие ребенка уже в течение нескольких недель после выписки домой за счёт раннего начала вмешательства, когда активно развиваются все системы организма младенца.

На каждом этапе компоненты вмешательства учитывают состояние младенца: его развитие, взаимодействие родителя и младенца, окружающую среду. В программе используется проблемно-ориентированное обучение – подход, при котором заботы и проблемы родителя решаются вместе со специалистом путем разработки стратегии вмешательства. Программа VIBeS Plus на раннем этапе развития предназначена для предотвращения серьёзных нарушений нервной системы, когнитивных, моторных и поведенческих нарушений.

***Development Media International (DMI)*** – это британская негосударственная организация, которая проводит радио и телевизионные кампании по всему миру, направленные на информирование людей о важных проблемах здоровья и здравоохранения и пропаганды здорового образа жизни. Цель организации – устранение основных причин смертности и инвалидности среди детей в возрасте до пяти лет и недавно родивших матерей.

Вмешательство, основой которого является программа организации DMI, заключается в демонстрации видеоматериала с изображением различных вариантов поведения. Данные видеоматериалы должны стимулировать активность родителей по отношению к младенцам. За демонстрацией следует обсуждение. Родители практикуются в занятиях со своими детьми, получают обратную связь от специалистов, их поощряют

выполнять занятия дома. Основным компонентом здесь выступает – родительское образование.

*Программа сопровождения и взаимодействия матери и младенца (МИТР),  
Mother-Infant Transaction Program.*

Программа направлена на повышение качества отношений в паре «недоношенный ребенок - родитель», снижение стресса родителей и формирование у них более чувствительного к сигналам младенца поведения, а также на повышение уровня когнитивного развития и эмоциональной регуляции преждевременно рождённого младенца

Недоношенные дети при стимуляции склонны к чрезмерному возбуждению, дезорганизации и дистрессу из-за недоразвития систем организма, включая центральную нервную систему. Такие ранние переживания могут вызвать поведение, которое является адаптивным в отделении интенсивной терапии, но неадекватным для взаимодействия с родителем.

МИТР учит матерей сочетать различные подходы к воспитанию, брать на себя ответственность в уходе за младенцем, распознавать и поддерживать его индивидуальные потребности, а также инициировать позитивную стимуляцию младенцев. МИТР основана на необходимости осознания матерью потребностей своего младенца в регуляции и стимуляции. В программе основное внимание уделяется родителю. Занятия направлены на обучение родительской чувствительности, они охватывают поведение младенцев, репертуары игрового поведения, процедуры ухода и темперамент.



## Заключение

Представленные методические рекомендации являются ценным и полезным ресурсом для специалистов, занимающихся предоставлением ранней помощи. Они базируются на современных научных исследованиях и опыте практической работы в области оказания услуг ранней помощи, охватывающей медицинские, психологические, педагогические и социальные подходы.

Методические рекомендации предлагают систематизированный подход к оказанию ранней помощи и содержат краткое описание эффективных методик и технологий.

Применение этих рекомендаций способствует повышению эффективности ранней помощи и качества жизни детей с разными нарушениями развития. Они представляют собой полезный инструмент для специалистов, работающих с детьми и их семьями.

Данные методические рекомендации предназначены для специалистов, оказывающих услуги ранней помощи детям и их семьям, включая медицинских и социальных работников, психологов, учителей и преподавателей, сотрудников психоневрологических интернатов и домов ребенка, руководителей и сотрудников учреждений социальной защиты и реабилитации инвалидов.

Содержащиеся в данных методических рекомендациях инструменты диагностики, подходы, методы и программы, применяемые в ранней помощи – представляют собой лишь часть инструментария, доступного в рамках ранней помощи детям и их семьям. Конкретные инструменты могут варьироваться и дополняться в зависимости от страны, региона, социальной политики и потребностей детей и их семей.

## Список литературы

1. Архипова Е. Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни ребенка. – М.: Мозаика-синтез, 2012.
2. Бадалян Л. О. Невропатология. – М.: Академия, 2012.
3. Басилова Т. А., Александрова Н. А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей. – М.: Просвещение, 2008.
4. Выявление детей с подозрением на снижение слуха: младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст / Под ред. Г. А. Таварткиладзе и Н. Д. Шматко. – М., 2002.
5. Гончарова Е. Л., Кукушкина О. И., Разенкова Ю. А., Урядницкая Н. А., Шматко Н. Д. Проект Программы создания единой государственной системы раннего выявления и специальной помощи детям с отклонениями в развитии // Дефектология. – 2000. – № 6. – С. 3–8.
6. Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом : Как в процессе повседневного взаимодействия научить ребенка играть, общаться и учиться / Салли Дж. Роджерс, Джеральдин Доусон, Лори А. Висмара ; [пер. с англ. В. Дегтяревой]. — Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2016. – 416 с.
7. Киселёва Н. Ю., Тугарова Л. С. К вопросу о решении проблем детей «группы риска» в современном обществе / Н. Ю. Киселёва, Л. С. Тугарова // психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2015. – № 43. С. 19-22 [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-reshenii-problem-detey-gruppy-riska-v-sovremennom-obschestve>
8. Департамент Образования города Москвы: Служба ранней помощи в системе дошкольного образования города Москвы: методический сборник. – М., 2009.
9. Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей первого года жизни / Составители Г. А. Таварткиладзе, Н. Д. Шматко. – М., 2001.
10. Информационно-методические материалы по ранней помощи семьям детей с ограниченными возможностями здоровья / составитель Ю. А. Разенкова. – М.: ФГБНУ «ИКП РАО», 2016. – 85 с.
11. 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>
12. Казьмин А. М., Казьмина Л. В. Дневник развития ребенка от рождения до трех лет. – М.: Когито-Центр, 2006.
13. Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга. URL: <https://www.gov.spb.ru/gov/otrasl/trud/organizacii-rannej-pomoshi-detyam-ot-0-do-8-let/>
14. Лорер В.В., Жукова Т.Н. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология, 2017. Том 6. № 3. С. 116–134. Doi: 10.17759/psycljn.2017060307
15. Левченко И. Ю., Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 2008.
16. Микиртумов Б. Е., Коцавцев А. Г., Гречаный С. В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб: Питер, 2001. – 256 с.
17. Мухамедрахимов Р. Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2001. – 288 с. ISBN 5-288-02190-2
18. Малофеев Н. Н. О научных подходах к совершенствованию специального образования в России // Дефектология. – 2004. – № 6 – С. 67–74.
19. Мишина Г. А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: дисс. канд. пед. наук. – М., 1998.

20. Приказ Минздрава России от 27.05.1997 № 170 (ред. от 12.01.1998) «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра».
21. Николаева Т. В. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушенным слухом. – М., 2006. ISBN: 5-472-00466-7
22. Оказание услуг ранней помощи детям. Диагностика развития ребенка раннего возраста: методическое пособие / сост. В. С. Городицкая, И.А. Журавлева – автономное учреждение дополнительного профессионального образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Институт развития образования». – Ханты-Мансийск: Институт развития образования, 2019. – 28 с. URL: <https://iro86.ru/index.php/zhurnaly/metodicheskie-rekomendatsii-posobiya/metodicheskie-rekomendatsii-po-inklyuzivnomu-obrazovaniyu/2019-god/395-okazanie-uslug-rannej-pomoshchi-detyam-diagnostika-razvitiya-rebenka-rannego-vozrasta/file>
23. 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
24. Плетенёва М. В., Мухамедрахимов Р. Ж. «Особенности взаимодействия детей раннего возраста с родителями в замещающих семьях» // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2013. – Сер. 12. Вып.3. – С. 22–31.
25. Питерси М., Трилор Р. Маленькие ступеньки: программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии. Кн. 3: Навыки общения. М.: Изд-во ин-та общегуманит. ис-следов., 2001. – 112 с.
26. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями/Под. ред. Н. Ю. Барановой. – СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2004. – 336 с.
27. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития / Сост. Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М.: Полиграф сервис, 2001.
28. Психолого-педагогическая диагностика / Под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной.– М.: Издательство «Академия», 2009.
29. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста / Под ред. Е. А. Стребелевой. – М, 1998.
30. Приходько О. Г. Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации. – СПб.: Изд-во РГПУ им. Герцена, 2008.
31. Приходько О. Г., Югова О. В. Становление системы ранней помощи в России. – М: Парадигма, 2015.
32. Рахманина И. Н., Тимашева Л. В. Системный подход к оказанию ранней комплексной помощи детям: теоретические и прикладные аспекты. – г. Астрахань, ГАУ АО «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие». – 2019. – С. 24 – 28
33. Развитие ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года. Методические рекомендации по организации ранней помощи. URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/handicapped/274>
34. Самарина Л. В. Построение программ раннего вмешательства на основе международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, 2016. URL: [http://homekid.ru/content/docs/izdaniya/serealnui\\_sbornik/vse-vupyski/v6/49-60.pdf](http://homekid.ru/content/docs/izdaniya/serealnui_sbornik/vse-vupyski/v6/49-60.pdf)
35. Старобина Е. М., Лорер В. В., Владимирова О. В. Формирование системы ранней помощи детям и их семьям в Российской Федерации // Альманах Института коррекционной педагогики – 2020 – № 40 URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-40/book-app/the-formation-of-the-system-of-early-help-to-children-and-their-families-in-the-russian-federation>

36. Организация предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям: Методическое пособие / Старобина Е. М., Владимирова О. Н., Ишутина И. С., Лорер В. В., Шошмин А. В., Ермолаева Е. Е., Самарина Л. В., Казьмин А. М., Мухамедрахимов Р. Ж.; под ред. проф. Г.Н. Пономаренко. – Санкт-Петербург, 2019. – 72 с. URL: [https://city-yaroslavl.ru/upload/iblock/d72/rannyaya\\_pomoshch\\_detyam.pdf](https://city-yaroslavl.ru/upload/iblock/d72/rannyaya_pomoshch_detyam.pdf)
37. Детско-родительское взаимодействие и развитие ребенка раннего возраста / Токарская Л. В., Лаврова, Бакушкина М. А., Галасюк И. Н., Коряков Я. И., Пасечник О. Н., Пермякова М. Е., Хлыстова Е. В., Чегодаев Д. А., Шинина Т. В.; под ред. Л.В. Токарской: коллективная монография. – Екатеринбург, 2019. – 206 с.
38. Черничкина Ю.Д. Педагогическое сопровождение детей младенческого возраста с перинатальной патологией ЦНС // Психическая депривация детей в трудной жизненной ситуации: образовательные технологии профилактики, реабилитации, сопровождения. – 2015. URL: <https://psyjournals.ru/nonserialpublications/childdeprivation/contents/69141>
39. Stern D. The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy. – New York: Basic Books, 2018. ISBN: 9780429482489
40. Серкина А. В. Возможности использования метода видео-наблюдения в решении исследовательских и прикладных задач ранней помощи // Альманах № 32 Ранняя помощь: от исследований к практике, 2018. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-32/using-the-surveillance-video-in-solving-research-and-applied-tasks-of-early-intervention>
41. Сорокин А. Б., Зотова М. А., Коровина Н. Ю. Скрининговые методы для выявления целевой группы «спектр аутизма» педагогами и психологами // Психологическая наука и образование. – 2016. – Том 21. – № 3. – С. 7–15. Doi:10.17759/pse.2016210302
42. Батышева Т. И. и др. Скрининговые методы раннего выявления расстройств аутистического спектра / Т. И. Батышева, Н. Ю. Коровина, Л. Я. Ахадова, А. Б. Сорокин, М. А. Зотова, А. А. Портнова // Детская и подростковая реабилитация. – 2016. – Том 28 – № 3. – С. 34-36.
43. Мамохина У. А., Сорокин А. Б. Сотрудничество с родителями при использовании диагностических инструментов (SCQ и ADOS) для выявления расстройств в спектре аутизма // Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра: сборник материалов II Всероссийской конференции, Москва, 22-24 ноября 2017 – С. 181-185.
44. Нигматуллина И. А., Борисова Н. С., Фролова А. С. Оценка базовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра с помощью методики VB-MAPP // Аутизм и нарушения развития. – 2021. – Том 19. – № 1. – С. 25–33. Doi:10.17759/autdd.2021190103
45. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни: методическое пособие / Сост. Г. А. Таварткиладзе, Н. Д. Шматко. – М.: Экзамен, 2005 – 128 с.
46. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID / И. Чистович, Ж. Рейтер, Я. Шапиро; Санкт-Петербургский Ин-т раннего вмешательства. - 2-е изд. - Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский Ин-т раннего вмешательства, 2000. – 64 с. ISBN 5-8049-0038-2
47. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000 / Я. Шапиро, И. Чистович; Санкт-Петербургский Ин-т раннего вмешательства. - Санкт-Петербург : Санкт-Петербургский Ин-т раннего вмешательства, 2000. - 62 с. ISBN 5-8049-0039-0
48. Югова О. В. Вариативные стратегии раннего психолого-педагогического сопровождения ребенка с отклонениями в развитии и его семьи: дисс. канд. пед. наук. – М., 2012

49. Психиатрия детского возраста: в 2 ч. Учебное пособие. / С. В. Гречаный, А.Б. Ильичев, В. В. Поздняк, А. Г. Кощавцев, В. В. Шишков, Ю. В. Хуторянская. – СПб.: СПбГПМУ, 2020 – 80 с.
50. Клинические рекомендации Специфические расстройства развития речи у детей (утв. Минздравом России) URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_396106/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_396106/)
51. Клинические рекомендации Расстройства аутистического спектра (утв. Минздравом России) URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/594\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/594_1)
52. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ). URL: <http://who-fic.ru/icf/>
53. Ассоциация профессионального сообщества и родительских организаций по развитию ранней помощи. URL: <https://arprussia.ru/>
54. Федеральный научно-методический центр развития ранней помощи детям и их семьям ФГБУ ФНОЦ МСЭ и Р им. Г.А. Альбрехта Минтруда России. URL: [https://center-albreht.ru/ru/federalnyi\\_metodicheski\\_centr/](https://center-albreht.ru/ru/federalnyi_metodicheski_centr/)
55. Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей (пересмотренный, с дополнительным пошаговым интервью) (М-CHAT-R/F)<sup>TM</sup> URL: [https://contact-autism.ru/new/wp-content/uploads/2019/01/M-CHAT-RF\\_rus.pdf](https://contact-autism.ru/new/wp-content/uploads/2019/01/M-CHAT-RF_rus.pdf)
56. ADOS-2 - план диагностического обследования при аутизме. URL: <https://giuntipsy.ru/product/ados-2-plan-diagnosticheskogo-obsledovaniya-pri-autizme/>
57. Rosario, Chelo & Slevin, Marie & Molloy, Eleanor & Quigley, Jean & Nixon, Elizabeth. (2020). How to use the Bayley Scales of Infant and Toddler Development. Archives of disease in childhood - Education & practice edition. 106. edpract-2020. 10.1136/archdischild-2020-319063.
58. Ассоциация специалистов «Портаж». URL: <http://portage-russia.ru/o-portazh/model-portazh/>
59. Development Media International (DMI). URL: <https://www.developmentmedia.net/>
60. Carol A. Newnham, Jeannette Milgrom, Helen Skouteris. Effectiveness of a Modified Mother–Infant Transaction Program on Outcomes for Preterm Infants from 3 to 24 months of age // *Infant Behavior and Development*, 2009/ – Vol. 32, Issue 1 – Pp. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2008.09.004>.
61. Rachelde Carvalho Ferreira et al. Effects of early interventions focused on the family in the development of children born preterm and/or at social risk: a meta-analysis // *J Pediatr (Rio J)*, 2020 – 96 (1) – Pp. 20-38. DOI: [10.1016/j.jpmed.2019.05.002](https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2019.05.002)
62. Spittle, Alicia & Ferretti, Carmel & Anderson, Peter & Orton, Jane & Eeles, Abbey & Bates, Lisa & Boyd, Roslyn & Inder, Terrie & Doyle, Lex. Improving the outcome of infants born at <30 weeks' gestation—A randomized controlled trial of preventative care at home // *BMC pediatrics*, 2009. – 9 (1): 73. DOI: [10.1186/1471-2431-9-73](https://doi.org/10.1186/1471-2431-9-73)
63. McWilliam, R. A. Routines-based early intervention: supporting young children and their families. – Paul H. Brookes Publishing, 2010. ISBN-13: 978-1-59857-062-5.
64. Als, Heidelise. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine // *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 2009 – 2. – Pp. 135-147. DOI: [10.3233/NPM-2009-0061](https://doi.org/10.3233/NPM-2009-0061)