



АУТИЗМ и нарушения развития

Autism and Developmental Disorders (Russia)

№ 2 (55)

2017



ISSN 1994-1617



9 771994 161015

12+

Научно-практический журнал

АУТИЗМ И НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ

Учредитель: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет» (ФГБОУ ВО МГППУ)

Редакционный совет:

Алехина С.В., председатель редакционного совета, кандидат психологических наук, доцент, директор Института проблем интегрированного (инклюзивного) образования, проректор по инклюзивному образованию МГППУ

Ахутина Т.В., доктор психологических наук, заведующая лабораторией нейропсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова

Бородин Л.Г., кандидат медицинских наук, врач-психиатр ГНЦ психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения г. Москвы, доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии МГППУ

Дименштейн Р.П., председатель Правления РБОО «Центр лечебной педагогики»

Волосовец Т.В., кандидат педагогических наук, директор ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО»

Левченко И.Ю., доктор психологических наук, заведующая кафедрой специальной педагогики и специальной психологии МГГУ

Морозов С.А., кандидат биологических наук, Председатель Общества помощи аутичным детям «Добро», ведущий научный сотрудник Центра дошкольного, общего, дополнительного и коррекционного образования ФГАУ ФИРО

Симашкова Н.В., доктор медицинских наук, заведующая отделом детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Шведовская А.А., кандидат психологических наук, начальник Информационно-аналитического управления МГППУ, доцент кафедры возрастной психологии факультета психологии образования МГППУ

Шпицберг И.Л., руководитель Центра реабилитации инвалидов детства «Наш Солнечный Мир», член Правления Международной ассоциации «Autism Europe»

Редакционная коллегия:

Хаустов А.В., главный редактор, кандидат педагогических наук, директор Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ

Садикова И.В., редактор, методист Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ

Власова О.А., ответственный секретарь, методист Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ

The Editorial Council:

Alekhina S.V., Chairman of the editorial board, PhD in Psychology, associate Professor, director of the Institute of integrated (inclusive) education, the deputy rector of MSUPE for inclusive education

Akhutina T.V., Doctor in Psychology, the head of the laboratory of neuropsychology faculty of psychology, Moscow State University. M.V. Lomonosov

Borodina L.G., PhD in Medicine, psychiatrist of State science center of mental health of children and teenagers, Moscow, associate professor of the Department of clinical and judicial psychology of the Faculty of judicial psychology of MSUPE

Dimenshtein R.P., Chairman of the «Center for curative pedagogics»

Volosovets T.V., PhD in Pedagogy, Director of «Institute for the study of childhood, family and education of the Russian Academy of Education»

Levchenko I.Y., Doctor in Psychology, the head of the Department of special pedagogy and special psychology of MSHU

Morozov S.A., PhD in Biology, President of Society of assistance to autistic children «Dobro», senior research fellow at the Centre pre-school, general, supplementary and remedial education of Federal Education Development Institut

Simashkova N.V., Doctor in Medicine, the head of the Department of child psychiatry of the Mental Health Research Center (MHRC)

Shvedovskaya A.A., PhD in Psychology, The Head of Information-Analytical Department in Moscow State University of Psychology and Education, Associate professor Developmental Psychology Chair, Department of Psychology of Education in MSUPE

Spitzberg I.L., Director of the rehabilitation Center for disabled children «Our Sunny World», member The Board of the International Association Autism Europe

The Editorial Board:

Khaustov A.V., Chief Editor, PhD in Pedagogy, director of the MSUPE Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD of MSUPE

Sadikova I.V., Editor, methodologist of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD of MSUPE

Vlasova O.A., Executive Secretary, methodologist of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD of MSUPE

На 1-й и 4-й страницах обложки – рисунки Тимы Штротмана, художника мастерской проекта «Наивно? Очень!» (<http://naivno.com>).

Переводчик: Шведовский Е.Ф.
Дизайн и компьютерная верстка: Баскакова М.А.
Корректор: Мамонтов Ю.В.

Журнал «Аутизм и нарушения развития» зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-53003 от 01 марта 2013 г.

Журнал издается с марта 2003 г.
Периодичность – 4 номера в год, объем 72 с.

Уважаемые читатели!

Редакция напоминает о том, что журнал распространяется только по подписке через ОАО «Агентство «Роспечать»». Подписной индекс – 82287 в каталоге «Газеты. Журналы»

Электронная версия журнала на портале психологических изданий МГППУ:

<http://psyjournals.ru/autism>

Страница журнала в Научной электронной библиотеке:

http://elibrary.ru/title_about.asp?id=28325

Статьи и материалы для публикации
просьба направлять по адресу: 127427, г. Москва,
ул. Кашенкин Луг, д. 7.
E-mail: satur033@online.ru

*При перепечатке
ссылка на журнал «Аутизм и нарушения развития»
обязательна.*

Адрес редакции: 127427, Москва, ул. Кашенкин Луг, д. 7.
Телефоны: +7(495) 619-21-88
E-mail: autismjournal2003@gmail.com



АУТИЗМ И НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ

Научно-практический журнал

Т. 15. № 2 (55) – 2017

Специальный выпуск:

**Организация ранней помощи детям
с риском возникновения РАС и их семьям**

AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS (RUSSIA)

Scientific and practical journal

Vol. 15. No 2 (55) – 2017

The special issue

**Organizing early help to the children with risk
of ASD and their families**

Московский государственный психолого-педагогический университет
Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения
детей с расстройствами аутистического спектра
Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD
of the Moscow State University of Psychology & Education



СОДЕРЖАНИЕ

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА	3
ОРГАНИЗАЦИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАС И ИХ СЕМЬЯМ <i>Е.Е. Ермолаева, А.М. Казьмин, Р.Ж. Мухамедрахимов, Л.В. Самарина</i> О ранней помощи детям и их семьям	4
<i>С.А. Морозов, С.С. Морозова, Т.И. Морозова</i> Некоторые особенности ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра	19
<i>Е.Р. Баенская</i> Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода	32
<i>А.Б. Сорокин, Е.Ю. Давыдова</i> Изучение особенностей поведения и общения у детей ясельного возраста с подозрением на наличие расстройства в спектре аутизма при помощи «Плана диагностического обследования при аутизме» ADOS-2	38
<i>И.Н. Рахманина</i> Оказание ранней комплексной помощи детям с РАС: проблемы и пути их решения	45
<i>С.И. Назаркина</i> Опыт оказания ранней помощи детям с РАС, детям группы риска с признаками РАС в условиях Центра лечебной педагогики Псковской области	55
<i>Ю.В. Никитина</i> Механизмы формирования аутистического синдрома в пренатальном и раннем постнатальном развитии	65
<i>А.П. Чуприков</i> Можно ли предотвратить рождение ребенка с аутизмом?	80

CONTENTS

EDITOR'S NOTE	3
ORGANIZING EARLY HELP TO THE CHILDREN WITH RISK OF ASD AND THEIR FAMILIES <i>E.E. Ermolaeva, A.M. Kazmin, R.Zh. Mukhamedrahimov, L.V. Samarina</i> On the early help to the children and their families	4
<i>S.A. Morozov, S.S. Morozova, T.I. Morozova</i> Some of the early help features for children with autism spectrum disorders	19
<i>E.R. Baenskaya</i> Early diagnostics and correction of ASD in the field of emotional-semantic approach	32
<i>A.B. Sorokin, E.Yu. Davydova</i> Autism Diagnostic Evaluation Schedule (ADOS-2) for Evaluation of Behavior and Communication in Toddlers with Concern of Autism Spectrum Disorder	38
<i>I.N. Rakhmanina</i> Provision of early comprehensive care for children with ASD: problems and solutions	45
<i>S.I. Nazarkina</i> The experience of providing of early care for children with ASD and children in the group of ASD symptoms risk in the Center for Medical Pedagogics and Differential Education of Pskov Region	55
<i>Yu.V. Nikitina</i> Mechanisms of autistic symptom forming in prenatal and early postnatal development	65
<i>A.P. Chuprikov</i> Is it possible to prevent the birth of a child with autism?	80

Уважаемые читатели!

Перед вами тематический номер журнала «Аутизм и нарушения развития», посвященный вопросам оказания ранней помощи детям с риском возникновения расстройств аутистического спектра.

Мировой практический опыт и научные исследования свидетельствуют о том, что ранние сроки оказания помощи таким детям — одно из ключевых условий успешной работы, ведущей к их интенсивному развитию, адаптации и социализации.

В настоящее время в России уделяется серьезное внимание развитию системы ранней помощи. Правительством РФ принята Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года. При Министерстве труда и социальной защиты РФ создана межведомственная рабочая группа по организации системы ранней помощи и сопровождения детей и взрослых с инвалидностью, а также их семей. Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, реализуются крупные межрегиональные пилотные проекты, посвященные вопросам развития региональных систем ранней помощи. Министерством здравоохранения РФ реализуются пилотные проекты по проведению скрининга детей с целью выявления расстройств аутистического спектра. Возобновлена работа Коалиции помощи детям и взрослым с РАС в России. В ряде региональных государственных организаций и НКО формируются модели служб ранней помощи, в том числе детям с риском возникновения РАС, — это НИИ педиатрии Национального научно-практического центра здоровья детей Министерства здравоохранения России (Москва), ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения Псковской области, Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие» (Астрахань) и другие.

Вместе с тем, опыт оказания ранней помощи детям с риском возникновения РАС, накопленный в отдельных организациях различных регионов, на данный момент недостаточно обобщен и не получил широкого систематического применения на территории всей России.

Трудности системного переноса накопленного опыта во многом связаны с разнонаправленностью существующих моделей ранней помощи как в организационном, так и в содержательном плане. В ряде случаев среди профессионалов отмечается противопоставление медицинских моделей — психолого-педагогическим, развивающих подходов — поведенческим, которые в действительности являются взаимодополняющими.

С целью обобщения существующего опыта и его трансляции в феврале 2017 г. Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с РАС провел Всероссийский семинар «Организация ранней помощи детям с риском возникновения РАС» и Всероссийский вебинар «Модель оказания ранней комплексной помощи детям с РАС».

Материалы этих мероприятий отражены на страницах предлагаемого номера журнала «Аутизм и нарушения развития», важная задача которого — познакомить читателей с существующими моделями, подходами, технологиями, методами оказания ранней помощи, осветить их многогранность и важность гибкого применения в зависимости от потребностей каждого ребенка.

С уважением,
главный редактор журнала
«Аутизм и нарушения развития»,
директор Федерального ресурсного центра
по организации комплексного сопровождения
детей с РАС



A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'А.В. Хаустов'.

А.В. Хаустов

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

**О ранней помощи детям
и их семьям**

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

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

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

Для цитаты:

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

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

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

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

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

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

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

Термины и определения

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

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

зования, здравоохранения и социального обслуживания.

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

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

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

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

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

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

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

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

Активность ребенка — выполнение задачи или действия ребенком.

Участие ребенка — вовлеченность ребенка в естественную жизненную ситуацию.

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

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

Цели ранней помощи

Целями ранней помощи являются:

— улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях,

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

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

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

Методологические основы ранней помощи

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

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

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

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

Принципы предоставления услуг ранней помощи

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

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

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

Методы и подходы, используемые при оказании ранней помощи

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

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

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

Метод прелингвистического средового обучения — технология поддержки разви-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Результаты ранней помощи

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

Результаты для детей определяются в трех основных областях:

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

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

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

Результаты для семьи включают следующие показатели:

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

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

— у семей есть система поддержки;

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

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

Организационные основы ранней помощи

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

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

Этапы ранней помощи

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Этап 3. Составление ИПРП

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

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

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

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

— фамилию, имя, отчество и контактные данные родителя.

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

Этап 4. Реализация ИПРП

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Услуги ранней помощи

Среди услуг ранней помощи выделяют основные, специализированные и дополнительные.

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

К *основным услугам ранней помощи* относятся:

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

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

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

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

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

Специалисты, работающие в ранней помощи

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

Помещения и оборудование

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

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

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

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

Заключение

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

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

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

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

Литература

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

14. *Bowlby J.* Attachment and loss: Volume 1 Attachment. ¾ NY: Tavistock Institute of Human Relations, 1969/1982. 402 p.
15. *Brazelton T.B., Cramer B.G.* The earliest relationship. Parents, infants and the drama of early attachment. London, 1991.
16. *Brouwers N.* (2014). Structural challenges to implementation of early intervention of the biopsychosocial model. *International Journal of Disability Management*, 9. doi:10.1017/idm.2014.65
17. *Engel G.L.* The clinical application of the biopsychosocial model / G.L. Engel // *American Journal of Psychiatry*. 1980. Vol. 137
18. *Guralnick M.J.* (2005). Inclusion as a core principle in the early intervention system. In M. J. *Guralnick (Ed.) The developmental systems approach to early intervention*. P. 59–69. Baltimore: Brookes.
19. *Jane Case-Smith, Jane Clifford.* Occupational Therapy for Children, Mosby Elsevier, 2010.
20. *Spitz R.A.* Hospitalism: An inquiry into genesis of psychiatric conditions in early childhood // *Psychoanalytic Study of the Child*, 1945. Vol. 1. P. 53–74.
21. The St. Petersburg – USA Orphanage Research Team The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children // *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 2008. Vol. 73. 300 p.
22. *Van IJzendoorn M.H. et al.* Children in Institutional Care: Delayed Development and resilience // *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 2011. Vol. 76 (4). P. 8–30.
23. *Warren S.F., Bambara L.M.* An experimental analysis of milieu language intervention: Teaching the action-object form. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1989. 54. 448–461.
24. *Warren S.F. et al.* Responsivity education / prelinguistic milieu teaching. In R.J. McCauley, M. Fey (Eds.) / *Treatment of language disorders in children*, 2006. P. 47–75. Baltimore: Brookes.
25. *Zeanah C.H. et al.* and the BEIP Core Group Attachment in institutionalized and community children in Romania // *Child Development*, 2005. V. 76. P. 1015–1028.
26. *McWilliam R.* Routines-Based Early Intervention: Supporting Young Children and Their Families. Brookes Publishing; 1 edition, 2010.

On the early help to the children and their families

E.E. Ermolaeva*,

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

A.M. Kazmin**,

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

R.Zh. Mukhamedrahimov***,

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

L.V. Samarina****,

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

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

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

References

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

For citation:

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

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

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

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

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

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

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

Некоторые особенности ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра

С.А. Морозов*,
ФГАУ «ФИРО», АПК и ППРО,
РОБО «Общество помощи аутичным детям “Добро”»,
Москва, Россия,
morozov-ca@mail.ru

С.С. Морозова**,
РОБО «Общество помощи аутичным детям “Добро”»,
Москва, Россия,
sv-morozova@yandex.ru

Т.И. Морозова***,
РОБО «Общество помощи аутичным детям “Добро”»,
Москва, Россия,
tim.sam70@yandex.ru

Ранняя помощь детям с расстройствами аутистического спектра — наиболее эффективное средство воздействия на нарушения. При выявлении детей с риском формирования аутистических расстройств коррекционную работу следует начинать до установления официального диагноза, еще в процессе диагностики, что ведет к риску фиксации ложноположительных случаев. Рассмотрены эмпирические и теоретические обоснования необходимости ранней помощи при расстройствах аутистического спектра, охарактеризованы особенности ранней помощи детям группы повышенного риска формирования расстройств. Выделены и сопоставлены этапы ранней диагностики расстройств аутистического спектра с этапами ранней помощи таким детям. Определена стратегия методического обеспечения ранней

Для цитаты:

Морозов С.А., Морозова С.С., Морозова Т.И. Некоторые особенности ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. С. 19–31. doi: 10.17759/autdd.2017150202

* *Морозов Сергей Алексеевич*, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник Федерального государственного автономного учреждения «Федеральный институт развития образования»; доцент Федерального государственного автономного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Академия повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования»; председатель Региональной общественной благотворительной организации «Общество помощи аутичным детям “Добро”», Москва, Россия. E-mail: morozov-ca@mail.ru

** *Морозова Светлана Сергеевна*, психолог-методист Региональной общественной благотворительной организации «Общество помощи аутичным детям “Добро”», Москва, Россия. E-mail: sv-morozova@yandex.ru

*** *Морозова Татьяна Ивановна*, руководитель коррекционной работы, педагог-дефектолог Региональной общественной благотворительной организации «Общество помощи аутичным детям “Добро”», Москва, Россия. E-mail: tim.sam70@yandex.ru

помощи детям группы риска. Сформулированы предложения по практической реализации Концепции ранней помощи в РФ до 2020 года для группы риска по расстройствам аутистического спектра.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, ранняя помощь, ранняя диагностика, группа риска.

Важнейшее значение раннего начала лечебно-коррекционной помощи детям с РАС является для коррекционной педагогики и специальной психологии фактически аксиомой. То же можно сказать о детской неврологии и детской психиатрии и о педиатрии в целом.

Для этого существуют более чем убедительные основания — как эмпирические, так и теоретические.

Прежде всего, существует многолетний опыт работы с детьми с другими нарушениями развития. Так, например, раннее, буквально с первых дней жизни, начало диетолечения при фенилкетонурии (ФКУ) может предупредить развитие умственной отсталости; более позднее начало не спасает от умственной отсталости, но смягчает ее проявления; отсутствие лечения ведет к выраженной (в 60–65% — в глубокой степени) умственной отсталости.

Если в случае ФКУ нам известна причина заболевания (аутосомно-рецессивная мутация) и его патогенез (и это позволило разработать патогенетическое лечение), то при РАС картина иная. Этиология аутизма явно множественная: различные генетические и, по-видимому, какие-то экзогенные факторы [21; 24; 28; 29; 30; 32]); патогенез также заведомо неоднозначен и во многом неясен, особенно его медико-биологические аспекты [5; 6; 9; 11; 21].

Несмотря на выраженную полиморфность симптоматики, выделение синдрома детского аутизма как самостоятельной нозологической единицы и как особого вида дизонтогенеза стало возможным в связи со статистически доказанной неслучайностью совместного проявления основных симптомов [34]. Патогенетическую основу этого явления в настоящее время нельзя считать полностью доказанной, но связь с уровнем поражения центральной нервной системы представляется более чем

вероятной. В случае классических или, как некоторые специалисты говорят, «ядерных» форм аутизма, — это нарушения верхнестволовых и подкорковых структур, лимбической системы, орбитофронтальных отделов коры и др. [1; 2; 7; 8], которые не могут возникнуть позднее 28–30 недели внутриутробного развития [19; 25].

Что считать основным в структуре нарушений при аутизме, пока можно предполагать, скорее всего, это нарушения тонических процессов [5; 7; 9; 11]. Основные признаки аутизма (качественные нарушения социального взаимодействия и коммуникации, нарушения воображения, стереотипии) большинство исследователей относят к вторичным образованиям клинко-психологической структуры, но для того чтобы сформировались даже первые их признаки, должно пройти несколько месяцев, а чтобы симптоматика стала достаточной для установления диагноза — около трех лет.

Возникает ситуация, когда помощь ребенку с аутизмом, лечебно-коррекционные мероприятия нужно начинать до установления диагноза, что невозможно без выявления группы детей с повышенным риском формирования РАС (далее — «группа риска») и, следовательно, с неизбежностью появления определенного процента ложноположительных случаев. Последнее вызывает (чаще у чиновников, а не у специалистов) опасения в плане неоправданных потерь сил, времени и средств.

Насколько оправдано развитие ранней диагностики и ранней помощи детям с РАС?

Теоретическое обоснование необходимости ранней помощи детям с РАС не вызывает сомнений. Главная идея: необходимо

если не предупредить развитие вторичных (и, естественно, третичных) образований клинико-психологической структуры, то попытаться сделать их проявления не столь выраженными и создать более благоприятный базис для воспитания и обучения ребенка, его социальной адаптации, всего жизненного развития. Важно отметить, что механизмы формирования вторичных образований могут быть самыми разными, от психогенных (весьма лабильных и потенциально обратимых) до структурных, ригидных по своей природе. Некоторые из этих структурно-функциональных образований формируются достаточно рано, у них короткий сензитивный период, по окончании которого вероятность желаемого результата существенно снижается. Именно поэтому во многих случаях ранняя помощь и только ранняя помощь представляются потенциально более эффективным, а часто и единственно реальным средством воздействия.

Строгого научного доказательства эффективности ранней помощи при РАС — с рандомизированной репрезентативной выборкой, двойным слепым контролем и т.д. — в настоящее время нет, и сама возможность проведения такого эксперимента связана с большими научными и организационно-финансовыми трудностями, а также с серьёзными этическими проблемами.

Так, например, с учетом большой полиморфности контингента детей с РАС, отсутствием научно обоснованной систематики, опирающейся на имманентные аутизму характеристики, формирование требуемой выборки вызывает большие сомнения. Те же моменты, о которых Е. Schopler писал еще в 2005 году [31], вызывают очень много труднопреодолимых вопросов при формировании контрольных групп. Возраст и пол учитывать необходимо, но этого недостаточно. Психический возраст по отдельным функциям у одного и того же ребенка с аутизмом может очень сильно различаться (например, по пониманию речи меньше двух лет, по навыкам самообслуживания — около 7 лет, по тонкой моторике — 3 года; усреднять бессмысленно, сравнивать по каждому

параметру невозможно). IQ использовать некорректно, поскольку патогенез его нарушений может быть различным, а сами изменения IQ не являются для аутизма признаком ни имманентным, ни патогномичным [4; 11; 12].

Теоретически можно было бы попытаться преодолеть трудности неоднородности, полиморфности контингента через увеличение объема выборки, но это очень сложно и в организационном, и в финансовом плане. В психолого-педагогических исследованиях очень сложно организовать двойной слепой контроль: во-первых, результаты такой работы (особенно если она удачна) фиксируются на длительное время, а иногда и навсегда; во-вторых, прекращение удачных занятий на длительное время только в научных целях понять и принять очень непросто, особенно родителям детей, с которыми мы работаем.

Эмпирические данные об эффективности ранней помощи не однозначны. Некоторые авторы отмечают, что эффект от многих видов раннего вмешательства тот же, как если бы дети не получали вообще никакой помощи (например, обзор Kazdin, Weisz [22]), однако большинство авторов настаивают на безусловной необходимости ранней помощи при РАС. В пользу этого заключения приводятся данные о таких результатах как смягчение проявлений аутизма, увеличение процента обучающихся по обычной школьной программе, снижение финансовой нагрузки на семьи, в которых есть дети с аутизмом, и на государство [10; 18; 23; 26; 27].

Особенно интересными представляются результаты пилотного эксперимента, проведенного Салли Роджерс с коллегами [27]. Работа проводилась с семьей детьми — младшими сиблингами детей с РАС, от 9 до 15 месяцев с повышенным риском развития аутизма. Занятия проходили опосредованно: специалисты обучали родителей, которые уже непосредственно занимались с детьми. Симптомы-мишени: слабость визуальной фиксации объектов; аномальное повторяющееся поведение;

недостаточность интенциональной коммуникации и координации взгляда, аффекта и голоса в коммуникации; недостаточное по возрасту фонематическое развитие; пониженный уровень глазного контакта и интереса к социальному взаимодействию. С родителями проводились 12 еженедельных сессий (примерно по одному часу каждая) в соответствии с Денверской моделью раннего старта (Early Start Denver Model, ESDM) [26]. За развитием детей наблюдали до возраста 36 месяцев. Контрольные группы: (1) дети с повышенным риском развития РАС, являющиеся младшими сиблингами детей с диагнозом РАС, но у которых диагноза РАС у самих нет; (2) дети с низким риском развития РАС, являющиеся младшими сиблингами детей с типичным развитием; (3) дети с аутизмом, являющиеся младшими сиблингами детей, у которых диагноз РАС установлен к 36 месяцам; (4) дети, соответствующие всем критериям настоящего исследования, но не участвовавшие в коррекции по желанию родителей. Группа исследования на начало эксперимента характеризовалась несколько более выраженной аутистической симптоматикой, но к 36 месяцам этот показатель был меньше, чем в любой группе сравнения, а в речевом развитии они опережали детей всех других групп. В части случаев после проведенного курса диагноз РАС установлен не был (в отличие от контрольных групп).

Несмотря на пилотный характер эксперимента (отсутствие рандомизации и малочисленность группы исследования) результаты представляются интересными и обнадеживающими не только в плане динамики развития детей, но и в связи с относительно небольшим объемом занятий и прямой вовлеченностью родителей.

Ранняя диагностика РАС

В настоящее время как отечественные, так и зарубежные специалисты считают целесообразным разделить процесс установ-

ления диагноза РАС на три этапа [10; 17; 20]:

1. Первый этап — **популяционный скрининг (прескрининг)**: обследуется общая («сырая») популяция с помощью различных опросников, анкет, тестов, адресованных родителям или людям, проводящим с обследуемым ребенком много времени. Используемые инструменты должны иметь возможно более высокую чувствительность (сензитивность), то есть способность выявлять нужное нарушение из спектра имеющихся, тогда как требования к специфичности (возможности отбраковывать ненужное от требуемого) здесь не столь строги. Это фактически прескрининг, после которого формируется популяция со значительно более высокой частотой детей с возможностью формирования РАС, но и с определенным процентом ложноположительных случаев. На этапе прескрининга А. Wetherby с коллегами, например, использовали минимальное количество четко определенных признаков [33]:

- отсутствие гуления до 12 месяцев;
- отсутствие жестикуляции до 12 месяцев;
- мутизм до 16 месяцев;
- отсутствие двусложной (не эхолалической) фразы к 24 месяцам;
- всякое нарушение любого вида речи или социальных навыков в этом возрасте.

Наличие хотя бы одного из перечисленных признаков является достаточным для направления ребенка к специалистам по нарушениям развития для более глубокого обследования. В то же время не вызывает сомнений, что в поле зрения специалистов попадут не только дети группы риска по РАС, но и с другими, особенно с чисто речевыми отклонениями, включая крайние варианты нормы. Тем не менее, зарубежные специалисты считают проведение популяционного скрининга оправданным не только с организационно-методических, но и с экономических позиций [17]. Несмотря на то, что структурировать опросники для родителей достаточно сложно, разработано

несколько тестов, доказавших на практике свою полезность¹.

В практическом диагностическом процессе скринингу соответствует **этап первичной диагностики**.

Основные задачи: выявление симптоматики нарушений развития; определение средств и методов дальнейшей диагностики; определение вероятных подходов к абилитации и терапии.

Основные методы: наблюдение за ребенком, анамнестический метод, беседа с родителями, использование опросников и анкет для родителей и иных диагностических инструментов популяционного скрининга.

Участвующие специалисты: врач-педиатр, врач-невролог, клинический психолог, при необходимости врач — детский психиатр и другие².

Методы дополнительной диагностики: ЭЭГ, ЭхоЭГ³, при необходимости нейровизуализирующие⁴ и другие методы.

Ожидаемый результат: выявление первичной группы риска по РАС, определение направлений дальнейшей диагностической работы и лечебно-коррекционных мероприятий; начало работы по преемственности в наблюдении за ребенком.

2. Второй этап — **фокусированный (направленный) скрининг** используется для обследования контингента детей с различными признаками не только РАС, но и других нарушений развития, и выделение детей именно с РАС является основной задачей этого этапа. Применяемые здесь диагностические инструменты должны иметь достаточно высокую специфичность, требования же к чувствительности не столь

высоки. Взгляды на то, какие признаки следует считать специфическими для РАС, неодинаковы; чаще всего называют:

- нарушения коммуникации,
- нарушения социального взаимодействия,
- дефицит совместного внимания,
- нарушения социально-имитативной и ролевой игры.

В то же время, конкретные формулировки близких по существу вопросов и заданий могут значительно различаться, так же, как и значение, которое придается перечисленным направлениям обследования.

Именно на этом этапе формируется группа детей с повышенным риском формирования РАС («группа риска по РАС»), и становится возможным начать специфически направленную комплексную лечебно-коррекционную работу⁵.

В практике первичного звена здравоохранения направленному скринингу соответствует **этап динамической диагностики**.

Основные задачи: выделение группы риска по РАС в процессе динамического наблюдения и в результате применения психологических методов фокусированного скрининга, разработка первичных индивидуальных развивающих программ⁶, обучение родителей методам воспитания и обучения ребенка.

Основные методы: клиническое наблюдение в период непосредственного обследования и в ходе естественной деятельности ребенка, экспериментально-психологические методы фокусированного скрининга.

Участвующие специалисты: врач-педиатр, врач-невролог, врач — детский

¹ Краткие сведения о наиболее известных тестах для скрининга РАС приведены в Приложении 1 к учебному пособию С.А. Морозова [11]. Один из наиболее распространенных тестов M-CHAT-R/F опубликован на русском языке (D. Robbins et al., 2001).

² Здесь и для других этапов: все психолого-педагогические сотрудники должны пройти специализацию или повышение квалификации по диагностике и коррекции РАС.

³ Эхоэнцефалография — метод ультразвуковой диагностики, позволяющий исследовать состояние церебральных структур и определить наличие их смещения.

⁴ Нейровизуализирующие методы (компьютерная томография, магниторезонансная томография, позитронно-эмиссионная томография и др) позволяют визуализировать структуру, функции и биохимические характеристики мозга.

⁵ Краткие сведения о наиболее известных тестах для направленного скрининга РАС приведены в Приложении 2 к учебному пособию С.А. Морозова [11]. Один из наиболее распространённых тестов CARS опубликован на русском языке (Schopler et al., 1988).

⁶ Например, по типу Денверской модели раннего старта (ESDM) [26] или Раннего интенсивного поведенческого вмешательства (EIBI).

психиатр, клинический психолог, дошкольный дефектолог, логопед, врач и методист ЛФК.

Методы дополнительной диагностики: ЭЭГ (в динамике), консультация врача — медицинского генетика, при необходимости — генетические и лабораторные исследования.

Ожидаемый результат: установление группы риска по РАС, привлечение родителей к активному участию в лечебно-коррекционном процессе, разработка и начало использования индивидуальных развивающих и коррекционно-развивающих программ.

3. Третий этап — **установление диагноза**: оптимальным считается использование клинической диагностики (в сочетании с некоторыми параклиническими методами) и такими тестами как ADI-R (Интервью для диагностики аутизма (пересмотренное), Autism Diagnostic Interview — Revised) и ADOS (Диагностический план изучения аутизма, Autism Diagnostic Observation Schedule)⁷. В клиническом подходе свойственная ему некоторая субъективность сочетается с возможностью учета субклинических признаков, возможностью их контекстной оценки (с выходом на квалификацию этих проявлений) и отслеживания в динамике. С другой стороны, четкая, более однозначная и со значительно меньшей степенью субъективности фиксация данных в названных тестах хуже приспособлена к учету деталей, оттенков наблюдений и, конечно же, более формальна (даже если направлена, как ADI-R, на изучение истории развития ребенка). Оптимальным представляется сочетание клинического и экспериментально-психологического подхода с позиций как информационного, так и методологического порядка.

В практическом здравоохранении третий этап представляет собой этап **установления диагноза и определения стратегии лечебно-коррекционной работы**.

Основные задачи: установление диагноза (после 3-х лет), уточнение уровня развития отдельных психических функций и особенностей поведения, социально-психологическая поддержка семьи, коррекционная психолого-педагогическая работа, при необходимости — медикаментозное лечение.

Основные методы: динамическое клинико-психологическое наблюдение, тестовое обследование состояния отдельных психических функций и особенностей поведения, индивидуальные и/или групповые коррекционные психолого-педагогические занятия, консультирование и обучение родителей, при необходимости — психофармакотерапия.

Участвующие специалисты: врач-психиатр, врач-невролог, врач-педиатр, клинический психолог, педагог-дефектолог, логопед.

Методы дополнительной диагностики: биохимические исследования крови, ЭЭГ, ЭхоЭГ, РеоЭГ⁸, при необходимости, и другие.

Ожидаемый результат: установление диагноза, активное сотрудничество органов здравоохранения и образования, переход в специальные или общие дошкольные образовательные организации, решение вопроса об установлении инвалидности и формирование индивидуальной программы реабилитации.

Методические аспекты ранней помощи при РАС

Хорошо известно, что методы помощи при аутизме многочисленны и разнообразны, что, безусловно, прямо связано с полиморфностью самого синдрома детского аутизма. Выбор методического подхода в раннем возрасте определяется, прежде всего, другими факторами: временем выявления аутистической симптоматики и принципом «не навреди».

⁷ Краткие сведения о наиболее известных тестах для установления диагноза РАС приведены в Приложении 3 к учебному пособию С.А. Морозова [11].

⁸ Метод функциональной диагностики, позволяющий оценить состояние сосудов головного мозга.

До появления и выявления аутистической симптоматики необходимость ранней помощи у «потенциальных аутистов» может быть обусловлена только коморбидными соматическими или неврологическими расстройствами. После направленного скрининга, на этапе динамической диагностики, специальная помощь становится возможной, но психологический профиль ребенка, то есть спектр его проблем и выраженность каждой из них, — установить с достаточной определенностью сложно. В связи с этим специалисты самых разных школ направляют усилия на функции, страдающие практически всегда при РАС: социальное взаимодействие, коммуникацию, речь, произвольное подражание, игровую деятельность.

Основной выбор — между поведенческим и развивающим направлениями — определяется, прежде всего, наличием достаточного уровня собственных ресурсов в коммуникации и социальном взаимодействии, что оценить можно только в ходе динамического наблюдения за поведением ребенка в различных ситуациях, включая попытки взаимодействия в игре и быту. До получения соответствующей надежной информации лучше исходить из предположения, что такие ресурсы есть, и предпочесть развивающие подходы [14; 15; 16; 18; 23]. По мере становления клинической картины становится более определенным и выбор ведущего методического подхода. В ряде случаев может возникнуть необходимость применения того или иного варианта поведенческих методов, вплоть до классического АВА по Ловаасу и даже ТЕАССН, однако такие решения чаще всего можно принимать не ранее трех лет. Показания для выбора тех или иных методов сформулированы в ряде работ С.С. Морозовой [13; 14; 15] и Е. Schopler [31], но официальных документов по этому вопросу в настоящее время нет, что вполне понятно и объяснимо: приходится учитывать достаточно много факторов, и лучше, если решение будет принимать специалист, непосредственно работающий с данным ребенком.

Предложения по реализации Концепции ранней помощи в РФ до 2020 года

Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года (далее — Концепция) [3] и ряд документов, разработанных в целях ее реализации, предназначены для оказания ранней помощи детям с широким спектром нарушений развития и заболеваний, каждое из которых характеризуется своими клиническими особенностями. Это необходимо учесть при практической реализации Концепции.

Подытоживая изложенное, можно заключить, что в случае расстройств аутистического спектра к таким особенностям следует отнести, прежде всего, следующие:

1. Длительное (не менее 2—3-х лет) формирование основных диагностически значимых признаков РАС, вследствие чего:
 - ранняя помощь начинается до установления диагноза, в процессе диагностики, оказывается детям группы повышенного риска формирования РАС;
 - при РАС ранняя помощь несет большую и исключительно важную диагностическую нагрузку;
 - характер ранней помощи меняется в процессе ее оказания в соответствии с динамикой развития ребенка с РАС, в связи с чем целесообразно выделить несколько этапов ранней помощи;
 - адекватная ранняя помощь создает благоприятную ситуацию для некоторого смягчения симптоматики РАС и снижения процента инвалидизации.
2. Первазивный характер нарушений при РАС требует именно комплексного сопровождения на основе межведомственного взаимодействия, что соответствует общепринятым представлениям о характере ранней помощи. Результаты пилотных экспериментов показывают целесообразность реализации ранней помощи при РАС прежде всего через активность родителей, подготовленных соответствующим образом, их включенность в лечебно-коррекционный

процесс под руководством специалистов по ранней помощи детям с РАС.

3. После установления диагноза и получения возможности надежно определить психический профиль развития ребенка, помощь приобретает специальный и индивидуализированный характер; в связи с этим пролонгирование ранней помощи (что допускается Концепцией) на период более 3–3,5 лет крайне нежелательно;

4. Критерием завершения ранней помощи при РАС должно являться установление диагноза, но не переход в ДОО, так как такой переход требует специализированной коррекции в особых условиях, может быть достаточно продолжительным и весьма различным по результату (с выходом на разные уровни программ и вариантов образовательной траектории);

5. Учитывая сложность перехода от ранней помощи к дошкольному образованию, необходимы проработка и скорейшее решение организационно-методических, кадровых и финансовых аспектов этого процесса;

6. Асинхрония развития как ведущий дизонтогенетический механизм при РАС требует особого гибкого подхода к методологии воспитания и обучения детей (в том числе и в раннем возрасте), а именно: временная диссоциация между формальной и содержательной сторонами навыка, умения, даже знания используется как методический прием в коррекционно-образовательном процессе;

7. В комплексном сопровождении детей с РАС (в том числе и в возрасте до 3-х лет) ведущую роль играет психолого-педагогическая составляющая, поэтому оптимальным является оказание ранней помощи детям с РАС в рамках системы образования.

Чтобы учесть перечисленные и другие особенности детей раннего возраста с РАС и обеспечить возможно большую эффективность ранней помощи, представляется необходимым разработать методические рекомендации, в которых:

1. Адаптировать некоторые понятия Концепции (например, «группа риска»,

«целевая группа» и др.), принимая во внимание особенности контингента детей с повышенным риском формирования РАС;

2. С учетом динамики формирования клинической картины РАС в раннем возрасте и с учетом этапов диагностического процесса (выявление группы риска и установление диагноза) рекомендовать поэтапное введение ранней помощи при вероятном развитии РАС:

– неспецифическая общеукрепляющая и общеразвивающая помощь (может начинаться до установления группы риска по РАС и продолжаться столько, сколько это необходимо), продолжение динамического наблюдения;

– неспецифическая лечебно-коррекционная работа, направленная на все домены симптоматики РАС (возможна реализация как в центре ранней помощи, так и в специализированных структурах системы образования – центре помощи детям с РАС или в специальной группе по начальной коррекции РАС в ДОО) с переходом к специализированной комплексной помощи в системе образования (после установление диагноза), направленной, прежде всего, на смягчение (преодоление) основных трудностей, связанных с РАС и подготовке к инклюзии (с учетом интересов и возможностей ребенка) в ДОО;

3. Сформулировать принципы методического обеспечения специализированной ранней помощи:

– диагностические занятия с использованием развивающих подходов (эмоционально-уровневый, эмоционально-смысловой подход по О.С. Никольской с соавт.), Денверская модель раннего старта, методический подход S. Greenspan (DIR-FT) и др. с переходом в случае необходимости к различным вариантам поведенческих подходов (прежде всего, прикладному анализу поведения);

– научно обоснованный выбор основного коррекционного подхода и определение начальных этапов образовательной траектории (поведенческие и/или развивающие или их последовательность).

Комплексная система сопровождения лиц с РАС в Российской Федерации находится в процессе становления, ранняя помощь — важнейший этап этой комплексной системы. Ранней помощи предшествует выявление детей группы риска по РАС (за что во всем мире отвечает

первичное звено здравоохранения), затем раннюю помощь оказывают в системе дошкольного образования детей с РАС, которое сейчас к решению этой сложнейшей задачи не готово ни организационно, ни методически, ни по кадровому обеспечению. ■

Литература

1. Брин И.Л., Демикова Н.С., Морозов С.А., Татарова И.Н., Шейнкман О.Г. Клинико-неврологические особенности атипичного аутизма и подходы к терапии в детском возрасте / Современные технологии в педиатрии и детской хирургии. М., 2002.
2. Брин И.Л., Дунайкин М.Л., Шейнкман О.Г. Нейропсихологические аспекты аутистических расстройств у детей и вопросы терапии / Организация психолого-педагогической и медико-социальной помощи лицам с расстройствами аутистического спектра / Под ред. С.А. Морозова. М., 2009, С. 61–73.
3. Концепция ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 г. Постановление Правительства Российской Федерации от 31.08.2016 г. № 1839 [электронный ресурс]. URL: <http://government.ru/docs/24425/>; <http://government.ru/media/files/7NZ6EКа6SOcLcCCQbyMRXHsdсTmR9lki.pdf> (дата обращения: 10.06.2017)
4. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика детского аутизма. М., 1991.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
6. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М., 2003.
7. Мнухин С.С., Зеленецкая А.Е., Исаев Д.Н. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера // Журнал невропатол. и психиатр. им С.С. Корсакова, 1967. Вып. 10. С. 1051.
8. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей / Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Л., 1968. С. 11.
9. Морозов С.А. К вопросу о клинико-психологической структуре расстройств аутистического спектра / Идеи Виктора Васильевича Лебединского в психологии аномального развития / Под ред. М.К. Бардышевской, Л.С. Печниковой, А.Л. Рыжова. М., 2012. С. 353–367.
10. Морозов С.А. Выявление риска развития расстройств аутистического спектра в условиях первичного звена здравоохранения у детей раннего возраста. Пособие для врачей. Воронеж, 2014.
11. Морозов С.А. Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра. М., 2015.
12. Морозов С.А., Морозова Т.И., Белявский Б.В. К вопросу об умственной отсталости при расстройствах аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития, 2016. Т. 14. № 1 (50). С. 9–18.
13. Морозова С.С. Коррекционная работа при осложненных формах детского аутизма. Ч.ч. I, II. М., 2004.
14. Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах. М., 2007.
15. Морозова С.С. Основные аспекты использования АВА при аутизме. М., 2013.
16. Никольская О.С. Аутизм лечится общением // Аутизм и нарушения развития. 2016. Т. 14, № 4 (53). С. 35–38.
17. Bishop S.L., Luyster R., Richler J., Lord C. Diagnostic Assessment // Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers / Eds. K. Chawarska, A. Klin, F.R. Volkmar. NY-London, 2008. Pp. 23–49.
18. Chawarska K., Klin A., Volkmar F.R. (eds.). Autism spectrum disorders in infants and toddlers. NY, London. Guilford Press, 2008.
19. Coleman M. Neurological framework // The neurology of autism / Ed. M. Coleman. 2005. Pp. 40–74.
20. Coonrod E.E., Stone W.L. Screening for Autism in Young Children // Handbook of autism and pervasive developmental disorders. 3d edn. Vol. 2. / Ed. F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen. John Wiley & Sons, 2005. Pp. 707–729.

21. *Geschwind D.H.* Advances in autism // *Annals Rev. Med.*, 2009. 60. Pp. 367–380.
22. *Kazdin A.E., Weisz J.R.* (eds). Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. NY, London. Guilford Press, 2003.
23. *Koenig K.* Practical social skills for autism spectrum disorders. Designing child-specific intervention. NY, London. W.W. Norton & Company, 2012.
24. *Leppa V.M. et al.* Rare Inherited and De Novo CNVs Reveal Complex Contributions to ASD Risk in Multiplex Families / *The American Journal of Human Genetics*, 2016. 99. September 1. Pp. 540–554.
25. *Minshew N.J. et al.* Handbook of autism and pervasive developmental disorders. 3d edn. Vol. 2 / Ed. F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen. John Wiley & Sons, 2005. Pp. 473–514.
26. *Rogers S.J., Dawson G.* Early Start Denver Model for young children with autism. Promoting language, learning and engagement. NY, London. Guilford Press, 2010.
27. *Rogers S.J. et al.* Autism treatment of the first year of life: pilot study of infant start, a parent-implemented for symptomatic infants // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2014. Vol. 44. No. 12. Pp. 2981–2995.
28. *Rutter M.* Genetic influences and autism // *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. 3d edn. Vol. 2. / Ed. F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen. John Wiley & Sons, 2005. Pp. 425–452.
29. *Rutter M.* Progress in Understanding Autism: 2007–2010 // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2010. Vol. 40. Pp. 395–404.
30. *Rutter M.* Changing Concepts and Finding on Autism // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2013. Vol. 43. Pp. 1749–1757.
31. *Schopler E.* Comments to C. Lord et al. «Challenges in Evaluating Psychological Intervention for Autistic Spectrum Disorders» // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2005. Vol. 35. No. 6. Pp. 709–711.
32. *Stein J.L. et al.* Rare inherited variations in autism: beginning to see forest and a few trees // *Neuron*, 2013. 77. Pp. 209–211.
33. *Wetherby A.M. et al.* Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2004. Vol. 34. Pp. 473–493.
34. *Wing L., Gould J.* Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1979. Vol. 9. No 1. Pp. 11–29.

Some of the early help features for children with autism spectrum disorders

S.A. Morozov*,

«Federal education development institute»,
The Academy of Professional Development and
Re-Training of Educators;
Society for help for autistic children «Dobro»,
Moscow, Russia
morozov-ca@mail.ru

S.S. Morozova**,

Society for help for autistic children «Dobro»,
Moscow, Russia
sv-morozova@yandex.ru

T.I. Morozova***,

Society for care for autistic children «Dobro»,
Moscow, Russia
tim.sam70@yandex.ru

Early help for children with autism spectrum disorders is the most effective way of intervention for disorders. In the process of identifying children at risk of autistic disorders, correctional work should begin before the official diagnosis has been made. It should start in the process of diagnosis, which leads to the risk of noting false-positive cases. The empirical and theoretical grounds for the necessity for early care in autism spectrum disorders are examined. Features of early care for children at high risk of developing disorders are also described. The stages of early diagnosis of autism spectrum disorders are identified and compared with the stages of early care for such children. The strategy of early care methodological support for children at risk is defined. Propositions for practical realizations of the Concept of developing early support in Russian Federation in the period until 2020 for the risk group concerning autism spectrum disorders.

Keywords: autism, autism spectrum disorders, early help, early diagnostics, risk group.

References

1. *Brin I.L., Demikova N.S., Morozov S.A., Tatarova I.N., Sheinkman O.G.* Kliniko-nevrologicheskie osobennosti atipichnogo autizma i podkhody k terapii v detskom vozraste [Clinical and neurological characteristics of atypical autism and approaches to juvenile therapy]. In *Sovremennye tekhnologii v pediatrii i detskoj khirurgii* [Modern technologies in pediatry and pediatric surgery]. Moscow: Publ. [not stated], 2002.
2. *Brin I.L., Dunaikin M.L., Sheinkman O.G.* Neiropsikhologicheskie aspekty autisticheskikh rasstroystv u detei i voprosy terapii [Neuropsychological aspects of autism spectrum disorders in children and issues of therapy]. In S.A. Morozov (ed.) *Organizatsiya psikhologo-pedagogicheskoi i mediko-sotsial'noi*

For citation:

Morozov S.A., Morozova S.S., Morozova T.I. Some of the early help features for children with autism spectrum disorders. *Autizm i narusheniya razvitiya* = Autism and Developmental Disorders (Russia). 2017. Vol. 15. No 2. Pp. 19–31. doi: 10.17759/autdd.2017150202

* *Morozov Sergey Alekseevich*, Ph.D. in Biology, leading research fellow, federal state autonomous establishment «Federal education development institutes»; associate professor, The Academy of Professional Development and Re-Training of Educators; Chairman of the Regional Public Charitable Organization Society for the Care of Autistic Children «Dobro», Moscow, Russia. E-mail: morozov-ca@mail.ru

** *Morozova Svetlana Sergeevna*, psychologist, methodologist, Regional Public Charitable Organization Society for the Care of Autistic Children «Dobro», Moscow, Russia. E-mail: sv-morozova@yandex.ru

*** *Morozova Tatiana Ivanova*, head of correction work branch, special education teacher, Regional Public Charitable Organization Society for the Care of Autistic Children «Dobro», Moscow, Russia. E-mail: tim.sam70@yandex.ru

- помoshchi litsam s rasstroistvami autisticheskogo spektra [Organizing psychological, pedagogical, medical and social support to people with autism spectrum disorders]. Moscow: Publ. [not stated], 2009, pp. 61–73.
3. Kontseptsiya razvitiya rannei pomoshchi v Rossiiskoi Federatsii na period do 2020 goda: utverzhdena rasporyazheniem Pravitel'stva Rossiiskoi Federatsii ot 31 avgusta 2016 g. № 1839-p [Concept of developing early support in Russian Federation in the period until 2020: approved by order of the Government of Russian Federation from August 31 2016 № 1839-p]. URL: <http://government.ru/docs/24425/>; <http://government.ru/media/files/7NZ6EKa6SOcLcCCQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf> (Accessed 10.07.2017).
 4. *Lebedinskaya K.S., Nikol'skaya O.S.* Diagnostika rannego detskogo autizma: nachal'nye proyavleniya [Diagnosis of early onset autism: initial manifestations]. Moscow: Publ. Prosveshchenie, 1991. 96 p.
 5. *Lebedinskii V.V.* Narusheniya psikhicheskogo razvitiya u detei [Psychic development disorders in children]. Moscow: Publ. Moscow State University, 1985.
 6. *Lebedinskii V.V.* Narusheniya psikhicheskogo razvitiya v detskom vozraste [Psychic development disorders in juvenile age]. Moscow: Publ. Academia, 2003.
 7. *Mnukhin S.S., Zelenetskaya A.E., Isaev D.N.* O sindrome «rannego detskogo autizma», ili sindrome Kanner'a [On Canner's syndrome]. *Zhurnal nevropatol. i psikiatr. im S.S. Korsakova [Neuroscience and Behavioral Physiology]*, 1967, vol. 10, p. 1051.
 8. *Mnukhin S.S.* O rezidual'nykh nervno-psikhicheskikh rasstroistvakh u detei [On residual neuropsychological disorders in children]. In *Mnukhin S.S.* Rezidual'nye nervno-psikhicheskie rasstroistva u detei [Residual neuropsychological disorders in children]. Leningrad: Publ. Leningrad State Pediatric Medical University, 1968. P. 11.
 9. *Morozov S.A.* K voprosu o kliniko-psikhologicheskoi strukture rasstroistv autisticheskogo spektra [On the question of clinical and psychological structure of autism spectrum disorders]. In *M.K. Bardyshevskaya, L.S. Pechnikova, A.L. Ryzhov* (eds.) *Idei Viktora Vasil'evicha Lebedinskogo v psikhologii anomal'nogo razvitiya [Ideas of Viktor Vasil'evich Lebedinskii in psychology of anomalous development]*. Moscow: Publ. New Acropolis Moscow, 2012, pp. 353–367.
 10. *Morozov S.A.* Vyyavlenie riska razvitiya rasstroistv autisticheskogo spektra v usloviyakh pervichnogo zvena zdravookhraneniya u detei rannego vozrasta. Posobie dlya vrachei [Detecting risks of autism spectrum disorders' development in the conditions of primary healthcare in children of early age. Manual for physicians]. Voronezh: Publ. [not stated], 2014.
 11. *Morozov S.A.* Kompleksnoe soprovozhdenie lits s rasstroistvami autisticheskogo spectra [Complex support of people with autism spectrum disorders]. Moscow: Publ. [not stated], 2015.
 12. *Morozov S.A., Morozova T.I., Belyavskii B.V.* K voprosu ob umstvennoi otstalosti pri rasstroistvakh autisticheskogo spektra [On the topic of mental retardation and autism spectrum disorders]. *Autizm i narusheniya razvitiya [Autism and developmental disorders (Russia)]*, 2016, vol. 14, no. 1 (50), pp. 9–18.
 13. *Morozova S.S.* Korrektsionnaya rabota pri oslozhnennykh formakh detskogo autizma [Correctional therapy in complicated forms of autism in children]. Parts I and II. Moscow: Publ. [not stated], 2004.
 14. *Morozova S.S.* Autizm: korrektsionnaya rabota pri tyazhelykh i oslozhnennykh formakh [Autism: correctional therapy in severe and complicated forms]. Moscow: Publ. Vlados, 2007. 176 p.
 15. *Morozova S.S.* Osnovnye aspekty ispol'zovaniya AVA pri autizme [Primary aspects of using ABA with autistic patients]. Moscow: Publ. [not stated], 2013.
 16. *Nicol'skaya O.S.* Autizm lechitsya obshcheniem [Treating autism with communication]. *Autizm i narusheniya razvitiya [Autism and developmental disorders (Russia)]*, 2016, vol. 14, no. 4 (53), pp. 35–38.
 17. *Bishop S.L., Luyster R., Richler J., Lord C.* Diagnostic Assessment // *Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers* / Eds. K. Chawarska, A. Klin, F.R.Volkmar. NY-London, 2008. Pp. 23–49.
 18. *Chawarska K., Klin A., Volkmar F.R. (eds.)*. *Autism spectrum disorders in infants and toddlers*. NY, London. Guilford Press, 2008.
 19. *Coleman M.* Neurological framework // *The neurology of autism* / Ed. M. Coleman. 2005. Pp. 40–74.
 20. *Coonrod E.E., Stone W.L.* Screening for Autism in Young Children // *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. 3d edn. Vol. 2. / Ed. F.R.Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen. John Wiley & Sons, 2005. Pp. 707–729.
 21. *Geschwind D.H.* Advances in autism // *Annuals Rev. Med.*, 2009. 60. Pp. 367–380.

22. *Kazdin A.E., Weisz J.R.* (eds). Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. NY, London. Guilford Press, 2003.
23. *Koenig K.* Practical social skills for autism spectrum disorders. Designing child-specific intervention. NY, London. W.W. Norton & Company, 2012.
24. *Leppa V.M. et al.* Rare Inherited and De Novo CNVs Reveal Complex Contributions to ASD Risk in Multiplex Families / *The American Journal of Human Genetics*, 2016. 99. September 1. Pp. 540–554.
25. *Minshew N.J. et al.* Handbook of autism and pervasive developmental disorders. 3d edn. Vol. 2 / Ed. F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen. John Wiley & Sons, 2005. Pp. 473–514.
26. *Rogers S.J., Dawson G.* Early Start Denver Model for young children with autism. Promoting language, learning and engagement. NY, London. Guilford Press, 2010.
27. *Rogers S.J. et al.* Autism treatment of the first year of life: pilot study of infant start, a parent-implemented for symptomatic infants // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2014. Vol. 44. No. 12. Pp. 2981–2995.
28. *Rutter M.* Genetic influences and autism // *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. 3d edn. Vol. 2. / Ed. F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen. John Wiley & Sons, 2005. Pp. 425–452.
29. *Rutter M.* Progress in Understanding Autism: 2007–2010 // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2010. Vol. 40. Pp. 395–404.
30. *Rutter M.* Changing Concepts and Finding on Autism // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2013. Vol.43. Pp. 1749–1757.
31. *Schopler E.* Comments to C. Lord et al. «Challenges in Evaluating Psychological Intervention for Autistic Spectrum Disorders» // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2005. Vol. 35. No. 6. Pp. 709–711.
32. *Stein J.L. et al.* Rare inherited variations in autism: beginning to see forest and a few trees // *Neuron*, 2013. 77. Pp. 209–211.
33. *Wetherby A.M. et al.* Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2004. Vol. 34. Pp. 473–493.
34. *Wing L., Gould J.* Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1979. Vol. 9. No 1. Pp. 11–29.

Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода

Е.Р. Баенская*,
ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики»,
Москва, Россия,
baenski@rambler.ru

Раскрывается содержание эмоционально-смыслового коррекционного подхода, направленного на преодоление искаженности психического развития ребенка с аутизмом. Показано, что эмоциональное развитие ребенка, проходящее в совместно разделенном со взрослым переживании, является обязательным условием формирования его активных осмысленных отношений с миром. Дается представление о первых значимых маркерах аутистических тенденций развития, о цели, содержании и методах коррекционной работы с аутичным ребенком раннего возраста, а также о методах помощи его близким.

Ключевые слова: аутизм, искаженное развитие, совместно-разделенное переживание, эмоциональное взаимодействие, эмоционально-смысловой комментарий, коррекционная помощь.

Ранняя диагностика расстройств аутистического спектра и как можно более раннее начало оказания коррекционной помощи ребенку — одна из важнейших и обсуждаемых проблем. Последнее время увеличивается число обращений родителей детей раннего возраста как с уже оформленным синдромом аутизма, так и с тенденциями аутистического дизонтогенеза. Значимость их своевременного выявления очевидна, но так же очевидна и необходимость немедленного обучения родителей специальным способам и условиям организации и развития взаимодействия с малышом.

Перед специалистами и близкими ребенка встает задача выбора действенного и адекватного раннему возрасту коррекционного подхода. Именно в работе с маленькими детьми наиболее естественным и перспективным представляется путь последовательного формирования предпосылок и основ активного и осмысленного взаимодействия ребенка с окружающими.

Этот путь предлагается в подходе, основанном на понимании детского аутизма как искаженного дизонтогенеза, обусловленного глубокими нарушениями аффективного развития ребенка. Он разработан отечественными психологами и много лет про-

Для цитаты:

Баенская Е.Р. Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. С. 32–37. doi: 10.17759/autdd.2017150203

* *Баенская Елена Ростиславовна*, доктор психологических наук, главный научный сотрудник Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Институт коррекционной педагогики», Москва, Россия. E-mail: *baenski@rambler.ru*

дуктивно используется в консультативной и коррекционной практике [3; 6; 7; 8; 10]. Рассмотрим основания его использования и краткое содержание.

Исследования О.С. Никольской¹ показали, что характерные особенности развития всех психических функций при детском аутизме обнаруживаются, прежде всего, в стойком сочетании нарушения активности и снижения порога аффективного дискомфорта во взаимодействии такого ребенка с окружающим. Признаки нарушения раннего аффективного развития детей с аутизмом, отражающие это сочетание и его возможные последствия, были подробно описаны и проанализированы в работах Е.Р. Баенской с коллегами [10], К.С. Лебединской, О.С. Никольской [5], М.К. Бардышевской [4], О.С. Аршатской [1].

Благодаря тщательному изучению историй развития детей с аутизмом, их домашних видеозаписей **на первом-втором годах жизни**, были выделены и систематизированы наиболее показательные ранние маркеры аффективного неблагополучия, прослежена их динамика в течение раннего возраста — до момента окончательного оформления синдрома. Обращение к закономерностям нормального аффективного развития, которые складываются внутри ранних форм взаимодействия ребенка с близким человеком, прежде всего, с матерью, позволило понять содержание этих первичных трудностей, причин и логики их нарастания [2; 3; 9; 10].

Характерные особенности поведения малыша при угрозе формирования синдрома детского аутизма обнаруживаются в тенденции дозировать эмоциональный контакт, не проявлять собственной активности и инициативы в непосредственном общении (недостаточно развернут и выражен бывает «комплекс оживления», ребенок не исследует материнское лицо, не имитирует его выражение, не ловит, не отслеживает и не предвосхищает взгляд и эмоциональную реакцию взрослого; отмечается редкость и

недостаточность адресованных взрослому вокализаций, направленного взгляда, а затем и указательного жеста, и первых вербальных обращений; малыш не стремится поделиться с близкими своим удовольствием и др.). Одновременно отмечается непостоянство или слабость отклика на обращение, эмоциональную оценку взрослого. Неизбежно возникают проблемы объединенного внимания, не развиваются подражание, феномен «социальной ссылки».

В условиях несформированности эмоционального взаимодействия с близкими тяжело протекает момент физического отрыва малыша от матери. Именно в это время становится особенно заметным, что он «не слышит» обращения, не реагирует на собственное имя, не ощущает реальную опасность. Основной формой активности ребенка надолго становится «полевое» поведение, либо, напротив, усиливается и фиксируется чрезмерная осторожность, пугливость, брезгливость, и тогда все очевиднее проявляется стремление ограничить и стереотипизировать отношения с окружением.

В период **от полутора до двух с половиной лет** нарастают трудности произвольной организации такого ребенка, не развиваются подражание и исследовательская активность, не усложняются его манипуляции с игрушками. Становятся все более выраженными отставание и своеобразие речевого развития, не направленного на коммуникацию; закрепляются характерные стереотипные движения и действия с предметами. Появляются и усиливаются тревожность, страхи, дискомфортные состояния, все более заметны трудности принятия всего нового; при этом малыш часто не может пожаловаться, принять помощь близких.

Показателем дезадаптивных тенденций развития является и ранняя фиксация механических средств аутостимуляции (самораздражения, двигательных разрядов и стереотипной манипуляции предметами), которые и в дальнейшем используются ребенком как

¹ Никольская О.С. Особенности психического развития и психологическая коррекция детей с ранним детским аутизмом. Дисс... канд. психол. наук: 19.00.10. М., 1985.

для уменьшения дискомфорта, так и для возможности пережить сильное позитивное впечатление. Характерно, что наиболее интенсивные и напряженные формы этих однообразных способов успокоения и тонизирования возникают именно в моменты особой «захваченности» ребенка каким-то сенсорным впечатлением, овладевающей им вне русла взаимодействия с близким взрослым. Такая особая сосредоточенность ребенка на избирательных сенсорных впечатлениях начинает создавать дополнительные препятствия для развития исходно слабой ориентации на близкого человека.

Таким образом, ограничения вовлеченности младенца в первые формы общения с матерью и связанные с ними трудности возникновения и развития совместно разделенного со взрослым переживания создают особые условия, вызывающие и закрепляющие искажение хода психического онтогенеза. Возникают проблемы поддержания аффективной стабильности и активности малыша в контактах с окружением, регуляции интенсивности и качества его эмоциональных состояний, сложности в расширении области его позитивных впечатлений, в отвлечении от негативных, в смене знака впечатлений. При благополучном развитии это обеспечивается близким взрослым, прежде всего, через непосредственное «эмоциональное заражение», возможность тонизировать и успокоить малыша с помощью мимики, интонации, эмоционально выразительного слова, жеста.

Недостаточность или отсутствие ориентации маленького ребенка на эмоциональную реакцию близкого взрослого имеет своим неизбежным следствием нарушение не только его раннего эмоционального и социального взаимодействия с окружающими (в том числе и формирования привязанности), но и нарушение развития активных отношений с предметной средой (не стимулируется исследовательская активность, ребенок остается крайне уязвимым по отношению к впечатлениям новизны, неожиданности, фиксируются страхи, дискомфорт, нарушается поведение самосохранения).

Оформление синдрома детского аутизма **на втором-третьем годах жизни** совпадает по времени с периодом интенсивного формирования индивидуального опыта ребенка. При благополучном развитии он связан, прежде всего, с интенсивным развитием положительной избирательности ребенка: с оформлением предпочтений, привычек, с усвоением правильного порядка вещей, стабильности своей и окружающих, что происходит под эмоциональным контролем взрослого, вносящего смысл в характерные для этого возраста ритуалы взаимодействия с окружением, акцентирующего важные детали, связывающего впечатления. Благодаря этому ребенок сосредотачивается не только на исследовании аффективно значимых для него сенсорных качеств окружающего, но и с не меньшим удовольствием постигает функциональные свойства предметов, их «полезность», осваивает правильные формы поведения. Стереотипы поведения, которые формируются у аутичного ребенка в раннем возрасте, не служат ему основой для развития отношений с окружающими, не становятся опорой для развития речи, обозначающей смысл коммуникативных, игровых и бытовых форм взаимодействия. Напротив, они ограничивают его активность, выполняя преимущественно функцию защиты. Содержание индивидуального опыта ребенка с аутистическим расстройством остается крайне однообразным, часто негативно окрашенным, а соответствующие ему способы установления и поддержания отношений с окружающими – ограниченными, негибкими, напряженными.

Возможность противостоять тенденциям искаженного развития ребенка, преодолеть его выраженные трудности и ранние ограничения взаимодействия с окружением, существует. **Психологическая коррекция должна быть направлена, в первую очередь, на формирование основы раннего взаимодействия с ребенком — вовлечение его в совместно разделенное переживание.**

Первоочередной задачей является создание особых условий и приемов для установ-

ления и развития с ребенком эмоционального контакта. Для этого взрослый должен подключаться к собственной активности ребенка (его аутоstimуляции) – к его действиям, диктуемым сенсорным полем, повторениям ритмических движений, звуков, к стереотипным манипуляциям с игрушками, цитированию и т.д. Подключение не означает зеркального воспроизведения того, что делает малыш, или механического обеспечения ему искомого сенсорного впечатления – это, прежде всего, внесение эмоционального смысла в то, чем он занят. Эмоциональный комментарий со стороны взрослого включает и накладывание игрового смысла на его действия, и выражение собственного отношения к происходящему, и обозначение удовольствия, которое получает ребенок. Своим участием он разделяет и усиливает это удовольствие, и именно в моменты такого насыщенного тонизирования и запуска «эмоционального заражения» и возникают первые эпизоды эмоционального контакта.

Ориентировка на варианты аутистического дизонтогенеза позволяет точнее определить характер значимых для ребенка впечатлений и не превысить меру его выносимости в организуемом взаимодействии. Кроме того, дифференцированным должен быть подход и к выбору формы аутоstimуляции, которую можно использовать в качестве основы для разделенного переживания. Поэтому при диагностике ранних проявлений аутистических тенденций развития нам очень важно определить не только трудности ребенка, но и диапазон его возможностей (способов тонизирования, их качество, допустимость вмешательства в них; пусть ограниченных, но существующих форм взаимодействия с близкими; реакцию ребенка на эмоциональный комментарий, в том числе на появление отсроченной реакции, и т.д.).

Вовлечение ребенка в общее удовольствие и превращение этих эпизодов в повторяемые эпизоды игры постепенно позволяют увеличить его выносимость и активность в контакте, переносить сенсорные впечатления, которые раньше вызы-

вали у него дискомфорт (например, тактильный контакт или пение взрослого), добавлять и акцентировать новые детали взаимодействия, вносить вариации. В ситуациях эмоционального тонизирования усиливаются вокализации, эхолалии ребенка, появляется возможность обращения.

Постепенное усложнение форм совместно разделенного со взрослым переживания отражает закономерные этапы становления индивидуального аффективного опыта: возможность принимать дополнения, эмоциональные подробности позитивных впечатлений, выделять «любимое» и «нелюбимое», совместно проживать и осваивать более острые, новые и негативные впечатления, развивать диалог, ориентироваться на эмоциональную оценку другого человека.

Ранняя психологическая помощь детям с аутизмом, нацеленная на профилактику его наиболее тяжелых проявлений, может осуществляться лишь в условиях объединения и одинаковой направленности усилий специалистов и близких ребенка. Обучение родителей наиболее действенным приемам эмоционального заражения, регуляции аффективных состояний малыша, разделению и организации его впечатлений с помощью эмоционально-смыслового комментария является условием развития активности ребенка в контактах с окружением, дифференциации его эмоциональных отношений с близкими, необходимой основой объединения внимания на объекте общего интереса. От степени разработанности этих важнейших составляющих раннего аффективного опыта ребенка, который должен формироваться в ситуациях и игрового, и бытового взаимодействия, зависит возможность облегчения проблем его эмоциональной и социальной адаптации. Это обучение должно проходить уже на первой консультации, когда специалист показывает возможности ребенка во взаимодействии, демонстрирует приемы его эмоционального тонизирования и внесения смысла в его активность, дает родителям рекомендации по организации домашней жизни, намечает перспективу в развитии ранних форм контакта, основанных на эмоциональном заражении. ■

Литература

1. *Аршатская О.С.* Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся синдроме детского аутизма: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005. 256 с.
2. *Баенская Е.Р.* Особенности раннего аффективного развития в норме и при синдроме детского аутизма // Дефектология, 2010. № 3. С. 3–10.
3. *Баенская Е.Р.* Разделенное переживание – путь терапии детского аутизма // Альманах ИКП РАО, 2014. № 20 [Электронный ресурс]. URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/razdelennoe-perezhivanie-put-terapii-detskogo?full=1> (дата обращения: 10.07.2017)
4. *Бардышевская М.К., Лебединский В.В.* Диагностика эмоциональных нарушений у детей: Уч. пособие. М.: УМК «Психология», 2003. 316 с.
5. *Лебединская К.С., Никольская О.С.* Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. М.: Просвещение, 1991. 96 с.
6. *Лебединский В.В.* Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза / Психология аномального развития ребенка / Под ред. Лебединского В.В., Бардышевской М.К. М.: «ЧеРо», 2002. С. 486–492.
7. *Либлинг М.М.* Проблема выбора методов коррекционной помощи при аутизме // Дефектология, 2015. № 3. С. 3–7.
8. *Никольская О.С., Баенская Е.Р.* Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода // Альманах ИКП РАО, 2014. № 19 [Электронный ресурс]. URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-19/korrekcija-detskogo-autizma-kak-narusheniya-afektivnoj-sfery?full=1> (дата обращения: 10.07.2017)
9. *Никольская О.С.* Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение. М.: МГППУ, 2008.
10. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. 197 с.

Early diagnostics and correction of ASD in the field of emotional-semantic approach

E.R. Baenskaya*,
Institute of Special Education,
Moscow, Russia,
baenski@rambler.ru

The content of the emotional-semantic correctional approach, which is aimed at overcoming the distortion of mental development of a child with autism, is revealed. Emotional development of a child, which exists in a shared experience with an adult, is a prerequisite for the formation of their active meaningful relationship with the world. An idea of the first significant markers of autistic development tendencies is given. The aims, the content, the techniques of correctional work with an early age autistic child and methods of assisting their relatives are shown.

Keywords: autism, distorted development, shared experience, emotional interaction, emotional-semantic comment, correctional help.

References

1. *Arshatskaya O.S.* Psikhologicheskaya pomoshch' rebenku rannego vozrasta pri formiruyushchemsya sindrome detskogo autizma: Diss. ... kand. psikhol. nauk. [Psychological support to early age children with forming autism. Cand. Sci. (Psychology) diss.]. Moscow, 2005. 256 p.
2. *Baenskaya E.R.* Osobennosti rannego affektivnogo razvitiya v norme i pri sindrome detskogo autizma [Characteristics of affective development in early age normally and with autism]. *Defektologiya [Defectology]*, 2010, no. 3, pp. 3–10. (In Russ.)
3. *Baenskaya E.R.* Razdelennoe perezhivanie – put'terapii detskogo autizma [The mutual shared activity as a way of infantile therapy of autism]. In *Al'manakh Instituta korrektsionnoi pedagogiki RAO [Almanac of the Institute of Special Education]*, 2014, no. 20, pp. 1-4. URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/razdelennoe-perezhivanie-put-terapii-detskogo?full=1> (Accessed 10.07.2017).
4. *Bardyshevskaya M.K., Lebedinskii V.V.* Diagnostika emotsional'nykh narushenii u detei: Uch. posobie [Diagnosing emotional disorders in children: manual]. Moscow: Publ. Educational-methodical collector «Psychology», 2003. 316 p.
5. *Lebedinskaya K.S., Nikol'skaya O.S.* Diagnostika rannego detskogo autizma: nachal'nye proyavleniya [Diagnosis of early onset autism: initial manifestations]. Moscow: Publ. Prosveshchenie, 1991. 96 p.
6. *Lebedinskii V.V.* Autizm kak model' emotsional'nogo dizontogeneza [Autism as a model of emotional disontogenesis]. In *Lebedinskii V.V., Bardyshevskaya M.K.* (eds.) *Psikhologiya anomal'nogo razvitiya rebenka [Psychology of anomalous development in children]*. Pod red. Moscow: Publ. CheRo, 2002, pp. 486–492.
7. *Libling M.M.* Problema vybora metodov korrektsionnoi pomoshchi pri autizme [Problem of Correctional Assistance Methods Choice at Autism and Autism Spectrum Disorders]. *Defektologiya [Defectology]*, 2015, no. 3, pp. 3–7.
8. *Nicol'skaya O.S., Baenskaya E.R.* Korrektsiya detskogo autizma kak narusheniya affektivnoi sfery: sodержanie podkhoda [Correction therapy of autism as an affective disorder in children: contents of the approach]. In *Al'manakh Instituta korrektsionnoi pedagogiki RAO [Almanac of the Institute of Special Education]*, 2014, no. 19. URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-19/korrekcija-detskogo-autizma-kak-narusheniya?full=1> (Accessed 10.07.2017).
9. *Nicol'skaya O.S.* Affektivnaya sfera kak sistema smyslov, organizuyushchikh soznanie i povedenie [Affective sphere as a system of meanings organizing consciousness and behaviour]. Moscow: Publ. Moscow State University of Psychology and Education, 2008. 464 p.
10. *Lebedinskii V.V., Nicol'skaya O.S., Baenskaya E.R., Libling M.M.* Emotsional'nye narusheniya v detskom vozraste i ikh korrektsiya [Emotional disorders in children and correcting them]. Moscow: Publ. Moscow State University, 1990. 197 p.

For citation:

Baenskaya E.R. Early diagnostics and correction of ASD in the field of emotional-semantic approach. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*. 2017. Vol. 15. No 2. Pp. 32–37. doi: 10.17759/autdd.2017150203

* *Baenskaya Elena Rostislavovna*, doctor of psychological sciences, leading research assistant of the Federal State Budget Scientific Institution «Institute of Special Education», Moscow, Russia. E-mail: baenski@rambler.ru

Изучение особенностей поведения и общения у детей ясельного возраста с подозрением на наличие расстройства в спектре аутизма при помощи «Плана диагностического обследования при аутизме» ADOS-2

А.Б. Сорокин*,
Московский государственный
психолого-педагогический университет,
Москва, Россия,
SorokinAB@mgppu.ru

Е.Ю. Давыдова**,
Московский государственный
психолого-педагогический университет,
Москва, Россия,
el-davydova@mail.ru

Раннее выявление расстройств развития является залогом успешности вмешательств. Однако отсутствие биологического теста, низкая специфичность скрининговых методов, а также недостаточная информированность родителей и специалистов об особенностях поведения и общения у детей младшего

Для цитаты:

Сорокин А.Б., Давыдова Е.Ю. Изучение особенностей поведения и общения у детей ясельного возраста с подозрением на наличие расстройства в спектре аутизма при помощи «Плана диагностического обследования при аутизме» ADOS-2 // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2 (55). С. 38–44. doi: 10.17759/autdd.2017150204

* *Сорокин Александр Борисович*, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Москва, Россия; старший научный сотрудник Научно-практического центра психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения г. Москвы. Москва, Россия. E-mail: SorokinAB@mgppu.ru

** *Давыдова Елизавета Юрьевна*, кандидат биологических наук, научный сотрудник лаборатории Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», доцент кафедры дифференциальной психологии и психофизиологии факультета клинической и специальной психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Москва, Россия. E-mail: el-davydova@mail.ru

возраста осложняют своевременное выявление нарушений. В статье представлен новый модуль широко используемого метода прямого наблюдения за поведением людей с подозрением на наличие расстройства в спектре аутизма ADOS-2 для детей в возрасте 12–30 месяцев.

Ключевые слова: расстройства в спектре аутизма, аутизм, План диагностического обследования при аутизме, дети ясельного возраста, наблюдение за поведением.

Выявление, постановка диагноза и описание расстройств, относящихся к спектру аутизма, являются этапами диагностического маршрута, осуществляемого специалистами разных профессий в рамках соответствующей профессиональной компетенции — врачами, педагогами, психологами и исследователями. Своевременное определение расстройств развития делает вмешательство более успешными и позволяет значительно сократить по времени «диагностическую одиссею»: посещение многочисленных специалистов родителями, подозревающими у своего ребенка нарушение развития, в том числе в спектре аутизма [4]. При этом специалисты немедицинских профессий преимущественно пользуются стандартизированными методами изучения истории развития ребенка и оценки состояния на момент обследования на основании заполненных родителями ребенка опросников (например, M-CHAT-R/F [5]). Выбор методов непосредственного наблюдения за поведением ребенка с подозрением на нарушение в спектре аутизма до недавнего времени ограничивался инструментами с определенным допустимым возрастом испытуемых (например, от 24–35 месяцев — STAT [6], или до 18 месяцев — AOSI [2]).

Не решалась проблема раннего выявления и такими методами, относящимися к «золотому стандарту» диагностики аутизма, как «План диагностического обследования при аутизме» ADOS и «Интервью для диагностики аутизма» ADI-R [8]. Одним из ограничений использования этих методов являлся возраст испытуемых, для которых были разработаны диагностические алгоритмы, обобщающие информацию, полученную в процессе прямого наблюдения (в случае ADOS), и в ходе интервью с

родителями (в случае ADI-R). Кроме того, даже для группы детей, не пользующихся фразовой или беглой речью для общения, специфичность ADOS не превышала 50%, если их невербальный ментальный возраст был менее 15 месяцев [3].

«План диагностического обследования при аутизме» ADOS-2 [1] является вторым изданием метода непосредственного наблюдения. Чтобы преодолеть описанные ограничения, в него был включен модуль Т для обследования детей ясельного возраста. Модуль Т следует применять с детьми в возрасте до 30 месяцев, которые умеют ходить или хотя бы в состоянии сделать несколько шагов самостоятельно, а также чей невербальный ментальный возраст не менее 12 месяцев. К другим ограничениям применения метода относятся элективный мутизм, слепота и глухота.

Выбор модуля обследования — важный этап обследования по ADOS-2, позволяющий учесть уровень владения экспрессивной речью, возраст и уместность материалов для заданий. Главным критерием выбора модуля Т является возраст испытуемого. Большинство детей в возрасте 12–30 месяцев владеют речью на уровне не выше отдельных слов или фраз, состоящих из двух-трех слов. В тех редких случаях, когда ребенок ясельного возраста пользуется беглой речью для общения, исследование рекомендуется проводить при помощи модуля 2. При этом под беглой речью понимается использование различных типов предложений, способность рассказать о событии, происходящем в другое время в другом месте, и применение логических связей.

ADOS-2 представляет собой набор заданий, предлагающих ситуации более или менее естественного игрового или речевого общения. Во время этих заданий специа-

лист делает пометки об особенностях речи, невербальных форм общения, социального взаимодействия, игрового поведения, воображения, а также о необычных сенсорных интересах, двигательных стереотипиях, необычных увлечениях и других формах нежелательного поведения. Обследование длится 40–60 минут, и отмеченные особенности переводятся в шифры 0, 1, 2, 3 или 4 в соответствии со степенью выраженности нарушений в каждом пункте шифровки. Модуль Т состоит из 11 заданий (см. рис. 1) и 41 пункта шифровки.

- | |
|--|
| Свободная игра |
| 1а. Свободная игра с мячом |
| 2. Препятствие в игре |
| 3. Реакция на имя |
| 4. Игра с мыльными пузырями |
| 4а. Игра с мыльными пузырями — поддразнивание |
| 5. Ожидание привычных действий с предметами |
| 5а. Ожидание привычных действий с предметами — безуспешная попытка |
| 6. Ожидание привычных социальных действий |
| 7. Реакция на совместное внимание |
| 8. Ответная социальная улыбка |
| 9. Купание |
| 9а. Купание — игнорирование |
| 10. Функциональная и символическая имитация |
| 11. Угощение |

Рис. 1. Задания модуля Т ADOS-2

Большинство заданий модуля Т представляют собой модификации модуля 1, который знаком опытным пользователям ADOS и продолжает применяться для обследования детей, не пользующихся речью для общения, и детей, речь которых ограничивается отдельными словами, если их возраст превышает 30 месяцев. Как и в случае модуля 1, родитель или другой взрослый, хорошо знакомый ребенку, должен присутствовать при обследовании, так как часть шифров учитывают социальные инициативы, адресованные родителям, а некоторые задания даже проводятся с их участием (например, «Ответная социальная улыбка»).

К заданиям, протокол проведения которых не претерпел изменений, относится, например, «Угощение», однако необходимо узнать у родителей, ест ли ребенок твердую пищу. Задания «Свободная игра», «Ожидание привычных действий с предметами» и «Игра с мыльными пузырями» проводятся с дополнениями. Во время каждого из них в определенный момент специалист производит неожиданное для ребенка действие, например, при игре с мыльными пузырями он предлагает ребенку взять пистолет для выпуска пузырей и в последнюю секунду отдергивает руку. Обычной реакцией большинства детей типичного развития является установление глазного контакта. У детей с нарушениями в спектре аутизма диапазон наблюдаемых реакций более широк. В «Свободную игру» вносится больше разнообразия по сравнению с модулем 1 за счет добавления мяча, нескольких предметов, часто вызывающих стереотипное поведение, а также организацию препятствия в игре, подобного описанному выше поддразниванию с мыльными пузырями.

Из-за ограничений возраста задание «Празднование дня рождения» модуля 1, представляющее собой последовательность игровых действий, заменено на более знакомое для ребенка событие — купание куклы. В англоязычном оригинале одним из этапов игры является пение песни из телепрограммы «Улица Сезам», знакомой большинству детей и ассоциирующейся с ритуалом купания. В русском языке подобная песня отсутствует, однако специалистам, проводящим обследование, рекомендуется не отступать от протокола и спросить родителей, какую песню они поют во время купания ребенка. Если окажется, что подобной песни, связанной с ритуалом купания, в семье нет, следует спеть любую знакомую ребенку песню.

Шифровка ADOS-2, в том числе модуля Т, проводится сразу по окончании обследования и включает пункты, описывающие формы поведения пяти групп: общение, социальное взаимодействие, игра, стереотипные и другие формы поведения.

В модуле Т присутствуют пункты шифровки, относящиеся к формам поведения, особенно важным для детей ясельного возраста. Они, например, учитывают частоту ненаправленных вокализаций и частоту лепетной речи в группе шифров «Речь и общение», количество просьб в группе шифров «Социальное взаимодействие», а также раздражительность (капризность) в группе шифров «Другие формы поведения». Помимо этого, изменениям подверглись шифры группы «Стереотипные и повторяющиеся формы поведения»: для детей ясельного возраста отдельно шифруются характерные движения кистей рук и пальцев и характерные движения всего тела. Это связано с тем, что дети типичного развития ясельного возраста часто производят движения, не ограничиваемые кистями рук — подпрыгивания, взмахи в состоянии возбуждения и т.д., а избыточные движения кистей и пальцев уже в раннем возрасте чаще встречаются у детей, у которых впоследствии будет выявлено нарушение в спектре аутизма.

Выраженность и частота проявлений различных форм поведения, характерного для детей с аутизмом, учитываются при составлении заключения. Как первое, так и второе издание ADOS предполагает отнесение ребенка, подростка или взрослого к одной из диагностических групп — *спектр аутизма* или *аутизм* — на основании форм поведения, проявленных во время обследования. При этом диагностическая группа *спектр аутизма* отличается от диагностической группы *аутизм* более высоким пороговым значением и соответственно, менее выраженными нарушениями. Подобное пороговое значение для объединенной диагностической группы *аутизм и спектр аутизма* было установлено и для модуля Т [7]. Однако его рекомендуется использовать в научных исследованиях, а в клинической практике следует ограничиваться более осторожным определением уровня обоснованности для беспокойства по поводу развития расстройства аутистического спектра. В ADOS-2 выделяют три

уровня: от отсутствия признаков до незначительного уровня, от низкого до умеренного уровня и от умеренного до высокого уровня.

Уровень обоснованности для беспокойства определяется на основании заполненного диагностического алгоритма — специальной формы, обобщающей полученные результаты. Факторный анализ, проведенный авторами методики во время пилотного исследования, показал, что значения чувствительности и специфичности будут максимальны, если дети старшего возраста (старше 20 месяцев), владеющие речью на уровне пяти и более слов, будут рассматриваться отдельно от совместной группы детей младше 20 месяцев (независимо от уровня владения речью) и детей старше 20 месяцев, не использующих слова для общения или употребившими за время обследования одно, два, три или четыре слова. В соответствии с этим разделением на группы предлагается два алгоритма. Как и со всеми другими формами поведения, учитываются только слова, спонтанно употребленные ребенком для общения строго во время обследования, а не речь, услышанная специалистом в другое время, или о наличии которой рассказали родители.

Использование ADOS-2 в клинических и исследовательских целях предусматривает обучение специалистов, имеющих для этого достаточную квалификацию. В случае модуля Т особое значение следует уделять опыту общения специалиста с детьми ясельного возраста, умению наладить во время обследования продуктивный контакт, позволяющий ребенку максимально проявить характерные для него формы поведения. Специалистам, участвующим в научных проектах с использованием ADOS-2, необходимо, кроме того, подтвердить сходимость результатов. Опытным пользователям первого издания ADOS необязательно проходить обучение ADOS-2, так как эти два издания функционально идентичны для модулей 1–4, а модуль Т является модификацией модуля 1. Достаточно изучить руководство, содержащее подроб-

ные указания к каждому заданию, пунктам шифровки и информацию о разработке инструмента. Большинство материалов для обследования входят в оригинальный набор ADOS, дополнительные материалы необходимы только для заданий «Свободная игра» и «Купание» (см. рис. 2).

Применение модуля Т «Плана диагностического обследования при аутизме» на этапе дифференциальной диагностики нарушений развития у детей младше 30 месяцев позволяет повысить эффективность вмешательств и оптимизировать разработку маршрута сопровождения. ■



Рис. 2. Дополнительные материалы для задания «Свободная игра» модуля Т

Литература

1. Лорд К., Раттер М., ДиЛаворе П., Ризи С., Готэм К., Бишоп С., Лайстер Р., Гампу У. ADOS-2. План диагностического обследования при аутизме. Изд. 2-е: руководство / Пер. на русский язык и адаптация А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой при участии Е. Пшеничной. [Б. м.]: Western Psychological Services; Giunti O.S., 2016. 544 с.
2. Раттер М., Купто Э., Лорд К. ADI-R. Интервью для диагностики аутизма: руководство / Пер. на русский язык и адаптация О. Донец, А. Моховикова, Д. Переверзевой, А. Сорокина. Под общ. ред. А. Сорокина. [Б. м.]: Western Psychological Services; Giunti O.S., 2014. 122 с.
3. A replication of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) revised algorithms / Gotham K., Risi S., Dawson G., Tager-Flusberg H., Joseph R., Carter A., Hepburn S., McMahon W., Rodier P., Hyman S., Sigman M., Rogers S., Landa R., Spence M., Osann K., Flodman P., Volkmar F., Hollander E., Buxbaum J., Pickles A., Lord C. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2008; 47 (6): 642–651. doi: 10.1097/CHI.0b013e31816bffb7
4. Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research / Zwaigenbaum L., Bauman M.L., Choueiri R., Kasari C., Carter A., Granpeesheh D., Mailloux Z., Smith Roley S., Wagner S., Fein D., Pierce K., Buie T., Davis P.A., Newschaffer C., Robins D., Wetherby A., Stone W.L., Yirmiya N., Estes A., Hansen R.L., McPartland J.C., Notowic M.R. Pediatrics Oct 2015, 136 (Supplement 1) S60-S81. doi: 10.1542/peds.2014-3667E
5. Robins D., Fein D., Barton M. Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up. 2009. url: http://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/09/M-CHAT-R_F.pdf (дата обращения: 15.04.2017).
6. Stone W.L., Coonrod E.E., Turner L.M., Pozdol S.L. Psychometric Properties of the STAT for Early Autism Screening. J Autism Dev Disord (2004) 34: 691.
7. The Autism Diagnostic Observation Schedule – Toddler Module: A new module of a standardized diagnostic measure for autism spectrum disorders / Luyster R., Gotham K., Guthrie W., et al. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2009; 39 (9): 1305-1320. doi:10.1007/s10803-009-0746-z.
8. The autism observation scale for infants: Scale development and reliability data / Bryson S.E., Zwaigenbaum L., McDermott C., Rombough V., Brian J. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2007; 38: 731-738. doi: 10.1007/s10803-007-0440-y

Autism Diagnostic Evaluation Schedule (ADOS-2) for Evaluation of Behavior and Communication in Toddlers with Concern of Autism Spectrum Disorder

A.B. Sorokin*,

Moscow State University of Psychology & Education,
Mental Health Research Center,
Center for Psychiatry and Neurology,
Moscow, Russia,
SorokinAB@mgppu.ru

E.Yu. Davydova**,

Moscow State University of Psychology & Education,
Moscow, Russia,
el-davydova@mail.ru

Early diagnosis of developmental disorders is critical for the efficiency of intervention. However, timely detection is complicated by the absence of a biological test, insufficient specificity of screening instruments as well as low awareness among parents and professionals about characteristics of early age behavior and communication. The article presents a new module of the ADOS-2, a widely-used observation schedule for people presumed to have an autism spectrum disorder. This module is designed for use with children of 12 to 30 months of age.

Keywords: autism spectrum disorders, toddlers, autism, clinical observation, ADOS-2, observing behaviour.

References

1. Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi S., Gotham K., Bishop S., Luyster R., Gutrie W. ADOS-2. Plan diagnosticheskogo obsledovaniya pri autizme. Izdanie vtoro: rukovodstvo [Autism Diagnostic Observation Schedule. Second Edition: Manual] Torrance, CA: Western Psychological Services; Giunti O.S., 2016. 544 p.
2. Rutter M., Couteau A., Lord C. ADI-R. Interv'y u dlya diagnostiki autizma: rukovodstvo [Autism Diagnostic Interview: Manual]. Torrance, CA: Western Psychological Services; Giunti O.S., 2014. 122 p.
3. A replication of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) revised algorithms / Gotham K., Risi S., Dawson G., Tager-Flusberg H., Joseph R., Carter A., Hepburn S., McMahon W., Rodier P., Hyman S., Sigman M., Rogers S., Landa R., Spence M., Osann K., Flodman P., Volkmar F., Hollander E., Buxbaum J., Pickles A., Lord C. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2008; 47 (6): 642-651. doi: 10.1097/CHI.0b013e31816bffb7
4. Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research / Zwaigenbaum L., Bauman M.L., Choueiri R., Kasari C., Carter A., Granpeesheh D., Mailloux Z., Smith Roley S., Wagner S., Fein D., Pierce K., Buie T., Davis P.A.,

For citation:

Sorokin A.B., Davydova E.Yu. Autism Diagnostic Evaluation Schedule (ADOS-2) for Evaluation of Behavior and Communication in Toddlers with Concern of Autism Spectrum Disorder. *Autizm i narusheniya razvitiya* = Autism and Developmental Disorders (Russia). 2017. Vol. 15. No 2. Pp. 38–44. doi: 10.17759/autdd.2017150204

* Sorokin Aleksander Borisovich, Ph.D. in Biology, leading researcher, scientific laboratory, Federal Resource Center for comprehensive support for children with ASD, Moscow State University of Psychology & Education; senior researcher, Mental health research center; senior researcher, Scientific and Practical Center for Child Psychoneurology, Moscow, Russia. E-mail: SorokinAB@mgppu.ru

** Davydova Elizaveta Yurievna, Ph.D. in Biology, researcher, scientific laboratory, Federal Resource Center for comprehensive support for children with ASD, Moscow State University of Psychology & Education; assistant professor, Chair of differential psychology and psychophysiology, Department of clinical and special psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia. E-mail: el-davydova@mail.ru

- Newschaffer C., Robins D., Wetherby A., Stone W.L., Yirmiya N., Estes A., Hansen R.L., McPartland J.C., Notozic M.R.* Pediatrics Oct 2015, 136 (Supplement 1) S60-S81. doi: 10.1542/peds.2014-3667E
5. *Robins D., Fein D., Barton M.* Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up. 2009. url: http://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/09/M-CHAT-R_F.pdf (Accessed: 15.04.2017).
 6. *Stone W.L., Coonrod E.E., Turner L.M., Pozdol S.L.* Psychometric Properties of the STAT for Early Autism Screening. *J Autism Dev Disord* (2004) 34: 691.
 7. The Autism Diagnostic Observation Schedule – Toddler Module: A new module of a standardized diagnostic measure for autism spectrum disorders / *Luyster R, Gotham K., Guthrie W., et al.* *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2009; 39 (9): 1305-1320. doi:10.1007/s10803-009-0746-z.
 8. The autism observation scale for infants: Scale development and reliability data / *Bryson S.E., Zwaigenbaum L., McDermott C., Rombough V., Brian J.* *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007; 38: 731-738. doi: 10.1007/s10803-007-0440-y

Оказание ранней комплексной помощи детям с РАС: проблемы и пути их решения

И.Н. Рахманина*,
ГАУ АО НПЦ РД «Коррекция и развитие»
ФГБУ ВО АГУ,
Астрахань, Россия,
irinarah.72@mail.ru

Описаны актуальные проблемы оказания ранней комплексной помощи детям с расстройствами аутистического спектра, а также варианты решения проблем в Астраханской области. Реализация системы ранней помощи возможна посредством создания абилитационно-развивающей среды — специально организованных внешних условий, способствующих развитию и коррекции двигательной, психической, речевой и коммуникативной сферы в ходе совместного пребывания, деятельности и взаимодействия детей со взрослыми. Абилитационно-развивающая среда включает в себя пять компонентов: социально-поддерживающий, диагностический, медико-реабилитационный, предметно-игровой и психолого-педагогический. Компоненты среды способствуют обеспечению и улучшению развития детей младенческого и раннего возрастов с расстройствами аутистического спектра или с риском их возникновения для максимально возможной социализации детей. Представленный опыт описывает ряд технологий, реализуемых в Научно-практическом центре «Коррекция и развитие» города Астрахань.

Ключевые слова: комплексная ранняя помощь, сопровождение семьи, абилитационно-развивающая среда.

Современной отечественной и зарубежной наукой расстройства аутистического спектра все чаще рассматриваются как важная медико-психолого-педагогическая проблема, и закономерно, что все более значимую роль в ее преодолении приобретают вопросы поиска эффективных методов ранней комплексной помощи детям и семье, воспитывающей ребенка с РАС.

Несмотря на привлечение внимания к данной проблеме властно-государственных структур, остается нерешенным ряд вопросов, касающихся нормативно-правового регулирования ранней помощи, регламентирующего развитие систем ранней помощи на федеральном и региональном уровнях в части норм и стандартов организации предоставления услуг. Это,

Для цитаты:

Рахманина И.Н. Оказание ранней комплексной помощи детям с РАС: проблемы и пути их решения // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2 (55). С. 45–54. doi: 10.17759/autdd.2017150205

* Рахманина Ирина Николаевна, кандидат психологических наук, заместитель директора по научно-методической работе Государственного автономного учреждения Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей “Коррекция и развитие”», заведующая кафедрой прикладной психологии Астраханского государственного университета, Астрахань, Россия. E-mail: irinarah.72@mail.ru

в свою очередь, затрудняет разработку единого механизма своевременного выявления детей и критерии их включения в программу ранней помощи, а также ведет к многообразию подходов в системе ранней помощи, оказываемой в различных регионах РФ.

Важным условием оказания ранней помощи является ее непрерывность и семейная ориентированность. Вместе с тем, получение этой помощи в учреждениях различных министерств и ведомств ограничено курсами, реабилитационными периодами, очередностью. В результате чего в большинстве случаев помощь оказывается фактически один раз в год в течение ограниченного времени: 21 день, месяц, три месяца.

Еще одним условием эффективной ранней помощи является ее доступность, в том числе географическая и финансовая. Вместе с тем, по информации Счетной палаты РФ, в России 17,5 тыс. населенных пунктов вообще не имеют медицинской инфраструктуры, из них более 11 тыс. расположены на расстоянии более 20 км. от ближайшей медицинской организации, где есть врач [1].

Соответственно и ранняя диагностика детей из семей, проживающих в этих населенных пунктах, становится практически невозможной, что усугубляется недостаточной информированностью населения об особенностях детей с РАС и возможностью получения комплексной помощи. Проживание семей, приезжающих из районов в городские поселения на реабилитацию, требует дополнительных материальных затрат. Кроме того, существующие негосударственные учреждения оказывают услуги детям с РАС и их родителям платно.

Вместе с тем, несмотря на перечисленные проблемы в области оказания ранней помощи, важно подчеркнуть, что в большинстве регионов дети с РАС и дети группы риска по РАС, а также их семьи эту помощь получают. Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, был проведен анализ существующих в регионах

организаций системы ранней помощи, который нашел свое отражение в «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» [2]. Согласно представленному анализу, в Астраханской области существует система ранней помощи, в которой центральное место занимает одно учреждение, обеспечивающее оказание услуг ранней помощи в разных сферах — образования, медицины, социальной, являющееся координатором работы и обеспечивающее максимальный объем практической и методической деятельности. При этом другие организационные участники осуществляют разработку и реализацию отдельных технологий оказания ранней помощи [2].

Этим учреждением, аккумулирующим в Астраханской области все виды работ и позволяющим считать комплексной помощью, оказываемую детям с РАС на ранних этапах развития, является НПЦ реабилитации детей «Коррекция и развитие».

Цели деятельности НПЦ реабилитации детей «Коррекция и развитие»

Возможность оказания комплексной помощи обусловлена спецификой учреждения, основными целями которого являются:

— реабилитация и абилитация детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья, детей в возрасте до 18-ти лет, находящихся в трудной жизненной ситуации, и их семей, предоставление им квалифицированной социально-медицинской, социально-психологической и социально-педагогической помощи, создание необходимых условий для реабилитации и абилитации, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности для их социальной адаптации, предоставление комплекса социальных услуг;

— осуществление научно-исследовательской деятельности, направленной на

применение новых знаний для достижения практических целей и решения конкретных задач в области реабилитации и абилитации детей перечисленных категорий.

Эффективность деятельности центра «Коррекция и развитие» подкреплена лицензиями на медицинскую и образовательную деятельность. Кроме того, уставом учреждения закреплен срок реабилитации 3 месяца, вместе с тем экспертный совет центра может давать рекомендации о необходимости повторного срока реабилитации (до трех периодов в год), что позволяет обеспечивать непрерывность ранней комплексной помощи детям с проблемами развития.

Создание модели ранней комплексной помощи детям с РАС в НПЦ «Коррекция и развитие»

Руководство и специалисты центра, создавая и внедряя на базе учреждения модель ранней комплексной помощи детям с расстройствами аутистического спектра, попытались преодолеть перечисленные проблемы оказания ранней помощи.

Деятельность специалистов центра по созданию модели ранней помощи детям с РАС основывалась на нормативно-правовых документах:

— Федеральном законе «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» (от 1 декабря 2014 г. № 419-ФЗ, с изменениями и дополнениями от 29 декабря 2015 г.);

— Федеральном законе «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ;

— Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года (утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р);

— Постановлении правительства Астраханской области «О Порядке предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Астраханской области» (от 12 декабря 2014 г. № 572-П).

Реализация модели ранней комплексной помощи детям с РАС

Проект «Внимание: Ау-тяга!», запущенный с участием волонтерского отряда «На крыльях добра» факультета психологии университета, был нацелен на своевременность выявления детей, нуждающихся в ранней помощи, и на повышение уровня информированности населения о проблеме аутизма. Информация о первичном анкетировании, о «красных флажках» аутизма ежемесячно в виде буклетов и флаеров распространяется в поликлиниках города Астрахань и области.

В помощь приезжающим родителям детей с ОВЗ в центре создан **семейный реабилитационный кампус**. По утвержденному плану волонтеры и специалисты, задействованные в проекте и обученные инновационным технологиям и методикам работы с детьми с РАС, оповещают родителей о сроках реабилитации, далее семье предоставляется комната для проживания матери (законного представителя) и ребенка. Законные представители знакомятся с индивидуальным маршрутом и с перечнем услуг, входящих в интенсивный курс абилитации по индивидуальной программе абилитации и реабилитации ребенка и плану мероприятий комплексной абилитации, включая реабилитацию родителей и совместную абилитацию и/или реабилитацию родителей и детей.

Дети вместе с мамами могут проживать в кампусе необходимое время, получая интенсивный курс реабилитации с использованием инновационных технологий, позволяющих сократить время реабилитации. Использование данных технологий и методов способствует оптимизации психоэмоционального состояния родителей, а также расширению знаний и компетенций роди-

телей по взаимодействию и развитию детей в домашних условиях.

Технологии сопровождения семей

Социально-психологическое сопровождение семей после прохождения интенсивного курса абилитации или реабилитации осуществляется в рамках технологии «Виртуальный реабилитационный кампус», который представляет собой виртуальные кабинеты — медицинской, психологической, педагогической, юридической и социальной помощи. Кроме того, для родителей реализуются следующие инновационные технологии сопровождения: сетевой workshop (психологическая мастерская для родителей); интернет-коучинг, сетевой методический центр и «позитив-сервис». Центральная идея психологической мастерской состоит в освоении определенного навыка в воспитании, общении, развитии детей с особыми потребностями, в получении знаний путем взаимодействия родителей особых детей и специалиста-психолога средствами интернета [3].

Благодаря специально созданной психологом на занятиях атмосфере безопасности и доверия родители становятся активными их участниками. Участие в workshop позволяет родителям взглянуть на проблему под другим углом, получить критику или углубить знания. Перед каждым занятием психологом совместно с участниками группы формулируется результат, который родители хотят получить по его завершении, и психолог направляет внимание группы именно на его достижение. Это позволяет участникам извлечь максимальную пользу из мероприятия и решить поставленные задачи. Занятия могут быть организованы как в виде очных мастерских, так и в виде интернет-конференций. Возможен смешанный вариант, когда часть родителей собираются в зале, а другая часть принимают участие в работе в веб-классе. Особенно это удобно для родителей из области и других регионов или для родителей, которые в силу каких-то причин не могут оставить ребенка.

В центре реализуется новая дистанционная форма социально-психологического сопровождения родителей Internet-коучинг. Коучинг — это метод поиска оптимального решения в какой-либо ситуации с помощью вопросов, которые задает коуч, психолог-консультант. Когда в семье растет ребенок с особыми потребностями, а у родителей нет возможности оставлять его дома, в Астраханской области или в другом регионе, им предоставляется возможность конфиденциально и оперативно получить от специалиста ответы на свои вопросы и обсудить проблемы.

В рамках дистанционного сопровождения специалисты используют абонентское обслуживание в лекотеке, которое позволяет родителям взять домой развивающие игрушки, рекомендованные специалистами для закрепления полученных на занятиях навыков. Каждая игрушка снабжена методической инструкцией с подробным описанием навыков, которые эта игрушка развивает, и правилами игры.

На сайте центра «Коррекция и развитие» размещены видео-уроки и различные информационные материалы для родителей, в которых специалисты рассказывают и показывают, каким образом можно заниматься с ребенком в домашних условиях, что развивать, на что в первую очередь обращать внимание. Подобные материалы позволяют родителям стать активными участниками абилитационного процесса, что позволяет обеспечить необходимую интенсивность занятий на этапах ранней помощи.

В течение 4-х лет в центре работает «Мобильная служба инновационных услуг».

Создавая мобильную службу инновационных услуг, основываясь на принципах системного подхода, специалисты центра учитывали многие организационные компоненты и этапы деятельности: анализ диагностической информации о ребенке и оценку его абилитационного потенциала; прогнозирование и разработку индивидуальных программ абилитации и реабилитации; качественный характер реализации коррекционно-развивающих и восстановительно-реабилитационных программ;

вовлечение в абилитационные программы необходимых специалистов из учреждений социальной сферы, образования, здравоохранения, культуры и спорта; участие семьи в восстановительных мероприятиях; анализ качества оказанных воздействий (услуг) и оценку эффективности абилитации или реабилитации.

Мобильная служба выезжает в отдаленные районы области, где на территории учреждений социальной сферы специалисты службы проводят запланированные мероприятия. Специалисты оказывают консультативную, диагностическую, методическую и коррекционно-развивающую помощь семьям, также и консультируют специалистов, непосредственно работающих с детьми и семьями, по вопросам инновационных технологий реабилитации [4].

Технология «Мобильная служба инновационных услуг» позволяет расширить реабилитационное пространство, оказывать квалифицированную помощь семьям, воспитывающим детей с РАС, которые проживают в отдаленных районах, а также осуществлять их социальное сопровождение.

Региональный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра

Закрепление за НПЦ реабилитации детей «Коррекция и развитие» статуса регионального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра позволяет решать задачи межведомственного взаимодействия и координации усилий, а также методического сопровождения. Эффективность работы в данном направлении отмечена Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, который рекомендует регионам организацию обучения руководителей и специалистов из разных ведомств эффективным технологиям и методикам оказания комплексной помощи детям группы риска с признаками РАС и с диагнозом РАС на базе профессиональных стажировочных площадок Фонда, одной из которых является центр «Коррекция и развитие». ■

Литература

1. Законопроект о реформе здравоохранения [Электронный ресурс] // URL: <http://cepr.su/2015/09/08/zakonoproekt-o-vvedenii-gosudarstvennogo-planirovaniya-oxrany-zdorovya-vnesen-v-gosdumu-v-sentyabre-2015-goda> (дата обращения: 08.09.15)
2. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года (Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р) [Электронный ресурс] // URL <http://government.ru/media/files/7NZ6EКа6SOcLcC CQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf>
3. Дистанционное консультирование: методические рекомендации / Государственное автономное учреждение Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей “Коррекция и развитие”». Астрахань: Астраханский государственный университет; Издательский дом «Астраханский университет», 2016. 12 с.
4. Мобильная служба инновационных услуг для семей, имеющих детей с ограниченными возможностями: методический сборник / Сост.: Н.Ю. Сязина, И.Н. Рахманина, Ю.В. Деникина, И.В. Ковалева. Астрахань: Астраханский государственный университет; Издательский дом «Астраханский университет», 2016. 53 с.

Provision of early comprehensive care for children with ASD: problems and solutions

I.N. Rakhmanina*,
SAI AR SPC of children's rehabilitation
«Correction and development»,
ASU, Astrakhan, Russia,
Irinarah.72@mail.ru

Present article describes actual problems of early comprehensive care for children with autism spectrum disorders, as well as solutions to these problems on the example of the region. Realization of the early intervention system is possible through the establishment of habilitation and developmental environment, which is a specially organized environment that promotes the development and correction of the motor, mental, speech and communication spheres during the joint stay and / or activity of children, and their interaction with adults. In its turn, the habilitation and developing environment includes five components: social support; diagnostics; medical and re-adaptation; subject-play; psychological — pedagogical. Presented components of environment promote and improve the development of children of infant and early age with autism spectrum disorders or the risk of their occurrence with the aim to maximize the possible socialization of children. The experience describes a number of technologies implemented within the mentioned components.

Keywords: early comprehensive care, support for families, habilitation-developing environment.

Modern science considers autism spectrum disorders as an important medical psychological and pedagogical problem and it is natural that an increasingly important role in overcoming it is acquired by the search for effective methods of early comprehensive care for children and families raising a child with ASD.

Despite the attention paid to present issue by the state power structures, a number of issues concerning the legal regulation of early assistance and regulating the development of early-care systems at the federal and regional levels regarding the norms and standards for the organization of early-care services remain unresolved. This, in turn, does not allow producing of a single mechanism for the timely identification of children in need of early care and the criteria for their inclusion in the early-

care program, and also contributes to the diversity of approaches in the early-care system provided in regions of the Russian Federation.

An important condition for the provision of early care is its continuity and family orientation. However, the receiving of this assistance in the institutions of various ministries and departments is limited to courses, rehabilitation periods, priority. As a result, in most cases, assistance is provided once a year for a limited time — 21 days, 1 month, 3 months. Another condition for effective early care is its availability, including geographical and financial.. At the same time, according to the Accounts Chamber of the Russian Federation, in Russia, 17,500 settlements do not have a medical infrastructure at all, of which more than 11,000 are located at a distance of more than 20 km

For citation:

Rakhmanina I.N. Provision of early comprehensive care for children with ASD: problems and solutions. *Autizm i naru-sheniya razvitiya* = Autism and Developmental Disorders (Russia). 2017. Vol. 15. No 2. Pp. 45–54. doi: 10.17759/autdd.2017150205

* Rakhmanina Irina Nikolaevna, Ph.D. in Psychology. Deputy Director for scientific and methodological work, State autonomous institution of the «Astrakhan region (SAI AR) Scientific-practical center (SPC) of children's rehabilitation "Correction and development"»; head of the Department of applied psychology, Astrakhan State University, Astrakhan, Russia. E-mail: irinarah.72@mail.ru

from the nearest medical organization with a doctor [1].

Accordingly, early diagnosis of children for families living in these settlements becomes almost impossible, which is exacerbated by insufficient awareness of the population about the characteristics of children with ASD and the possibility of obtaining comprehensive care. Accommodation of nonresidents from districts to urban settlements for the rehabilitation of families requires additional material costs. In addition, existing non-state institutions provide services to children with ASD and their parents for a fee.

However, it is important to emphasize, despite the listed problems in the field of early care in most regions children with ASD, their families and children at risk of ASD receive this assistance. The Children's Support Fund carried out an analysis of the regional organizations of the early-care system, which was reflected in the «Concept of Early Care Development in the Russian Federation to 2020». According to the presented analysis, there is an early-care system in the Astrakhan region, in which the central place is occupied by one institution that provides services of early care in different spheres (education, medicine, social sphere). Present institution realizes the maximum amount of practical and methodological activity and coordinates this work. At the same time, other participating organizations are developing and implementing separate technologies for early assistance [2].

This institution, accumulating all kinds of work and allowing to consider the assistance provided to children with ASD at the early stages of development as comprehensive, is the Scientific and Practical Center (SPC) for the Rehabilitation of Children "Correction and Development".

Aims of SPC of children's rehabilitation "Correction and development"

The possibility of providing comprehensive assistance is determined by the specifics of the institution, the main objectives of which are:

– rehabilitation and habilitation of disabled children, children with disabilities, children living in difficult circumstances (which are under the age of 18) and their families, providing them with qualified social and medical; social and psychological and socio – educational assistance, the creation of the necessary conditions for habilitation and rehabilitation, aimed at eliminating or perhaps a full compensation for disability of these categories of citizens with a view to their social adaptation, provision of complex social services;

– Implementation of research activities aimed at applying new knowledge to achieve practical goals and solving specific problems in the field of rehabilitation and habilitation of disabled children, children with disabilities, children in difficult life situations under the age of 18, their families.

The effectiveness of the realization of the institution's objectives is backed by licenses for medical and educational activities. In addition, the statute of the institution establishes a rehabilitation period of 3 months, at the same time, the expert council of the institution can make decisions on the re-treatment period (up to three periods per year), which allows ensuring the continuity of early comprehensive care for children with developmental problems.

Implementation of model of early comprehensive care for children with ASD in SPC "Correction and development"

The management and specialists of the center, implementing on the basis of the institution a model of early comprehensive care for children with autism spectrum disorders, tried to overcome the above problems.

The activity of the specialists of the center for creating a model of early care for children with ASD was based on regulatory legal documents:

– the Federal Law "On Amending Certain Legislative Acts of the Russian Federation on Social Protection of Persons with Disabilities in Connection with Ratification of the Con-

vention on the Rights of Persons with Disabilities” (from December 1, 2014 N 419-FZ, as amended on December 29, 2015),

– the Federal Law “On the Basics of Social Services for Citizens in the Russian Federation” of December 28, 2013 No. 442-FZ,

– the Concept of Early Development Assistance in the Russian Federation for the period until 2020 (approved by the order of the Government of the Russian Federation of August 31, 2016 No. 1839-r),

– Resolution of the Government of the Astrakhan region “On the Procedure for the Provision of Social Services by Social Service Providers in the Astrakhan Region” (12.12.2014 No. 572-P).

The realization of presented model was carried out by creating of habilitation-developing environment, which is a specially organized environment that promotes the development and correction of the motor, mental, speech and communication spheres during the joint stay and / or activity of children, as well as their interaction with adults. In its turn, the habilitation and development environment includes five components: social support, diagnostic, medical-readaptational, subject-play and psychological-pedagogical. This environment promotes and improves the development of infant and early age children with autistic spectrum disorders or the risk of its occurrence, with aim to maximize the possible socialization of presented children.

Model of early comprehensive care for children with ASD realization

The timeliness of identifying children in need of early assistance and increasing the level of awareness of the population about the problem are solved through the implementation of the project «**Attention: Au-tyata!**» with the participation of the volunteer detachment of the psychological department of Astrakhan State University «On the Wings of Kindness». Information about the primary questionnaires, about the «red flags» of autism distributes as booklets and flyers in the outpatient clinics of the city and the region monthly.

In addition, a family rehabilitation campus has been established. According to the approved plan, volunteers and specialists involved in the project and trained in innovative technologies and methods of work with ASD children, notify parents of children with disabilities on the terms of rehabilitation, and then the family is provided with a room for the mother (or legal representative) and the child. Legal representatives get acquainted with the individual route and with the list of services included in the intensive course of habilitation, according to the individual program of habilitation and rehabilitation of the child. Also they get acquainted with the plan of complex habilitation activities, which includes the rehabilitation of parents and joint habilitation and / or rehabilitation of parents and children.

Children will be able to live on the campus for the necessary time together with their mothers, receive an intensive rehabilitation course implemented with the use of innovative technologies that allow to reduce the rehabilitation time. The use of these technologies and methods contributes to the optimization of the psychoemotional state of the parents participating in the project, as well as the expansion of the knowledge and competence of parents in the interaction and development of children at home.

Family support technology

Social and psychological support of families, who passed an intensive course of habilitation and / or rehabilitation, is carried out within the framework of the Virtual Rehabilitation Campus technology, which includes virtual offices – medical, psychological, pedagogical, law and social assistance. In addition, the following innovative support technologies are implemented: a network workshop (a psychological workshop for parents); Internet coaching for parents; a network methodical center for parents; a “positive service” for parents. The central idea of the psychological workshop is to develop a certain skill in the upbringing, communication, development of children with special needs, acquiring knowledge through interaction of parents of special children and a psychologist by means of the Internet [3].

Thanks to a specially organized psychologist's atmosphere of security and trust in the classroom, parents become active participants in it. Participation in the workshop allows parents to look at the problem from a different angle, get criticism or deepen their knowledge. Before the session, the psychologist, together with the participants in the group, formulates the result that the parents want to get after completing it, and the psychologist directs the group's attention to its achievement. This allows participants to maximize the benefits of the event and solve the required tasks. Classes can be organized both in the form of full-time workshops, and the form of Internet conferences. A mixed version is possible, when some of the parents gather in the hall, and the second part takes part, working in the web class. Especially it is convenient for parents from the region and other regions or for parents who, due to, any reasons can't leave the child.

Within the framework of the distance form, a new form of social and psychological support for parents called Internet — coaching is being implemented. Coaching is the method of finding the optimal solution in any situation with the help of questions that the coach (the counseling psychologist) asks the client-interlocutor. In the absence of the possibility to leave the child alone at home, especially when a child with special needs grows in the family, the parents have the opportunity to receive confidential and prompt answers from their specialist to their questions and problems in the Astrakhan region or in another region.

Within the framework of remote accompaniment, specialists use subscriber services in the lekotek, which allows parents to take home educational toys recommended by specialists to consolidate skills acquired in the class. Each toy is supplied with detailed methodological instruction, which describes what skills this toy develops and how to play it correctly.

On the website of the institution there are video lessons and various information materials for parents, in which the specialists tell and show how it is possible to deal with the child at home, what to develop, what to pay

attention first. Such materials allow parents to become active participants in the habilitation process, which in turn makes it possible to provide the necessary intensity of classes at the early stages of care.

For 4 years, the Mobile Service of Innovative Services has been working in the Center

Creating a mobile service of innovative services, based on the principles of a system approach, the specialists of the center took into account many organizational components and stages of activity: analysis of diagnostic information about the child and assessment of his / her habilitation potential; forecasting and development of individual programs of habilitation and rehabilitation; the qualitative nature of the implementation of correction-developing and recovery-rehabilitation programs; involvement in the habilitation programs of the necessary specialists from the institutions of the social sphere, education, health, culture and sports; family involvement in recovery activities; analysis of the quality of the provided impacts (services) and evaluation of the effectiveness of rehabilitation.

Mobile service specialists travel to remote areas of the region, where, on the territory of social services institutions, service specialists implement the planned activities. The specialists of the service are not only provide advisory, diagnostic, methodical and correctional-development assistance to families, but also advise specialists, who are directly work with children and families on innovative rehabilitation technologies.

The described technology allows to expand the rehabilitation sphere of influence and receive high-quality assistance to families raising children with ASD living in remote areas, as well as to carry out their social support.

Regional resource center for organization of comprehensive support for children with ASD

Establishment of the status of a regional resource center for the organization of comprehensive support of children with autism spec-

trum disorders allows to solve the problems of interdepartmental interaction and coordination of efforts, as well as methodological support. The effectiveness of work in this area was noted by the Foundation for Support of Children in Difficult Life Situation, which recommends regions to train managers and special-

ists of organizations of various departmental affiliations with effective technologies and methods for providing comprehensive assistance to children of high ASD risk with signs of ASD and ASD on the basis of professional training sites of the Fund, one of which is the Center "Correction and Development". ■

References

1. Zakonoproekt o reforme zdavoohranenija [Elektronnyi resurs] [The bill on health care reform]. Available at: <http://cepr.su/2015/09/08/zakonoproekt-o-vvedenii-gosudarstvennogo-planirovaniya-oxrany-zdorovya-vnesen-v-gosdumu-v-sentyabre-2015-goda>. (Accessed: 08.09.15)
2. Koncepcija razvitija rannej pomoshhi v Rossijskoj Federacii na period do 2020 goda (Utverzhdena rasporyazheniem Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 31 avgusta 2016 g. № 1839-r) [The concept of development of early care in the Russian Federation for the period until 2020 (Approved by the order of the Government of the Russian Federation of August 31, 2016 No. 1839-r) [Elektronnyi resurs] <http://government.ru/media/files/7NZ6EKa6SOcLcCCQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf>
3. Distancionnoe konsul'tirovanie: metodicheskie rekomendacii [Distance counseling: methodological recommendations]. Gosudarstvennoe avtonomnoe uchrezhdenie Astrahanskoj oblasti «Nauchno-prakticheskij centr rehabilitacii detej "Korrekcija i razvitie"». [State autonomous institution of the Astrakhan region «Scientific and Practical Center for Child Rehabilitation "Correction and Development"»]. Astrakhan: Astrakhan State University, Publishing House «Astrakhan University», 2016. 12 p.
4. Mobil'naja sluzhba innovacionnyh uslug dlja semej, imejushhih detej s ogranichennymi vozmozhnostjami: metodicheskij sbornik [Mobile service of innovative services for families with children with disabilities: methodical digest]. Compilers: N. Ju. Sjazina, I.N. Rahmanina, Ju.V. Denikina, I.V. Kovaleva. — Astrahan': Astrahanskij gosudarstvennyj universitet, Izdatel'skij dom «Astrahanskij universitet», 2016. 53 p.

Опыт оказания ранней помощи детям с РАС, детям группы риска с признаками РАС в условиях Центра лечебной педагогики Псковской области

С.И. Назаркина*,

Центр лечебной педагогики и дифференцированного
обучения Псковской области,
Псков, Россия,
nazarka@yandex.ru

Отделение ранней помощи Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения Псковской области «Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения» — начальное звено в системе комплексной помощи особому ребенку и сопровождения его семьи. Представлены условия эффективного сопровождения ребенка с повышенным риском формирования расстройств аутистического спектра, этапы оказания ранней помощи детям и их семьям. Приведен пример работы с ребенком раннего возраста.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, ранняя помощь, дети группы риска.

Деятельность отделения ранней помощи (ОРП) Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения Псковской области «Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения» (ЦЛП) регламентируется уставом учреждения и положением об отделении, разработанным в соответствии с принятой Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации до 2020 года. Отделение ранней помощи посе-

щают дети от двух месяцев до шести лет, имеющие различные нарушения и высокий риск их возникновения, в том числе и дети с расстройствами аутистического спектра.

Цель и задачи ОРП

Цель работы отделения — организация комплексной психолого-педагогической,

Для цитаты:

Назаркина С.И. Опыт оказания ранней помощи детям с РАС, детям группы риска с признаками РАС в условиях Центра лечебной педагогики Псковской области // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. С. 55–64. doi: 10.17759/autdd.2017150206

* Назаркина Светлана Ивановна, учитель-дефектолог, методист отделения ранней помощи дошкольного отделения Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения Псковской области «Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения», Псков, Россия. E-mail: nazarka@yandex.ru

медицинской и социально-педагогической помощи в развитии детям группы риска, детям с ограниченными возможностями здоровья и с инвалидностью в возрасте от двух месяцев до четырех лет, а также сопровождения их родителей (законных представителей), направленного на обеспечение оптимальных условий для воспитания и развития ребенка в семье.

Основные задачи:

- раннее выявление задержки и/или нарушений в развитии;
- разработка и реализация совместно с семьей индивидуальной программы развития;
- систематическая оценка уровня развития ребенка;
- консультирование родителей по вопросам обеспечения ухода за ребенком и создания условий для его оптимального развития в очной и дистанционной (онлайн) форме;
- информационная и психологическая поддержка семьи;

Возрастной диапазон детей с диагнозом РАС, посещающих отделение, — от 2,5 до 6-ти лет. Наиболее ранний возраст ребенка, родители которого обратились в отделение, 1 год 8 месяцев. Как правило, в отделение за помощью обращаются родители детей с признаками РАС, возраст которых около 3-х лет и старше. Именно в этом возрасте дети готовятся посещать детские сады, и родители замечают, что ребенок «выпадает» из детского сообщества, его поведение не вписывается в рамки общепринятых норм. К тому же к 3-летнему возрасту родители устают ждать, когда же их малыш начнет говорить.

Согласно сведениям о диагнозах детей, поступающих в ОРП с признаками РАС, до 3-летнего возраста им крайне редко ставится диагноз «расстройство аутистического спектра». Данные опроса родителей свидетельствуют, что врачи не часто рекомендуют обратиться к специалистам психолого-педагогического профиля в случае появления у родителей тревог (некоторые врачи убеждены, что этому «недугу» может помочь только медикаментозное лечение

или, если нарушения не сильно выражены, ребенок «перерастет» их). С учетом таких ситуаций крайне важно, чтобы педиатры и другие специалисты медицинских учреждений не только владели информацией о работе структур ранней помощи, но и были обязаны направить семью с ребенком группы риска по признакам РАС к специалистам, профессионально занимающимся диагностикой и оказанием ранней помощи.

Прием ребенка в ОРП

Пути поступления ребенка в отделение ранней помощи различны. Семья может обратиться в отделение:

- самостоятельно;
- по направлению врача (обычно это психиатр или невролог, с которыми сотрудничает отделение);
- по направлению МСЭ;
- по рекомендации специалистов других развивающих центров.

Во время первого обращения семьи (беседы по телефону или в ходе очной встречи) специалисты отделения собирают общие сведения (ФИО ребенка и родителей, адрес, телефон), записывают первичный запрос семьи. В ходе беседы назначается время первичного приема.

Первичный прием в ОРП

Первичный прием проводится междисциплинарной командой специалистов, включающей:

- врача-невролога;
- специального педагога (учителя-дефектолога) или специалиста по коммуникации (учителя-логопеда);
- психолога.

На первичном приеме происходит более глубокое знакомство с семьей, сбор анамнеза, уточнение первичного запроса, наблюдение за ребенком и первые попытки установления контакта с ним. Специалисты обсуждают с родителями результаты первичного обследования ребенка, отвечают на имеющиеся у родителей вопросы.

В ходе обсуждения происходит корректировка первичного запроса и формулирование уточненного запроса родителей [3].

При выявлении признаков, сигнализирующих о том, что есть риск отнесения ребенка к группе детей с РАС, принимается решение о включении семьи в программу ранней помощи. Обсуждаются виды помощи, которые на данный момент может предложить отделение семье, регулярность занятий со специалистами, даются первичные рекомендации.

Этап диагностики в ОРП

Диагностический этап работы с ребенком и семьей начинается после первичного приема. В ходе ряда диагностических встреч проводится углубленное психолого-педагогическое обследование ребенка. В случае если возраст ребенка не достигает 2-х лет, организуется направленное наблюдение для сбора информации по основным функциональным областям [4; 6]. Также родителям предлагают заполнить опросники (М-СНАТ, CESDD), результаты которых затем совместно обсуждаются.

Если ребенок достиг 2-х лет, то данные собираются с использованием методики «Психолого-педагогический профиль», РЕР-3 (индивидуальное психолого-педагогическое обследование для детей с расстройствами аутистического спектра), разработанной американскими специалистами в рамках программы TEACSS [18]. На основе собранных данных строится психолого-педагогический профиль развития ребенка. Специалисты ЦЛП обучились использованию данной методики в Обществе помощи аутичным детям «Добро» (г. Москва) и успешно используют ее в работе с детьми от 2-х до 7,5 лет.

Результаты диагностики позволяют:

— оценить развитие ребенка по основным функциональным областям, а именно: экспрессивная и импрессивная речь; мелкая и общая моторика; зрительно-двигательное подражание; вербальный и не-

вербальный интеллект (что является очень важным особенно по отношению к детям, не владеющим на момент обследования активной речью);

— оценить дезадаптивное поведение ребенка. Результат складывается из оценок аффективных проявлений, социального взаимодействия, адекватности поведения в двигательной и речевой сферах, которые проявляются как в специально созданных, так и в привычных для ребенка ситуациях. Данные собираются в ходе беседы и анкетирования родителей;

— определить зону ближайшего развития ребенка, что возможно благодаря трехуровневой оценке выполнения заданий ребенком. Способность «выполнить задание с помощью» оценивается как «выполнено не полностью» и определяется как зона ближайшего развития. Именно на эти оценки опирается специалист при формулировке задач для индивидуальной программы обучения ребенка;

— РЕР-3 также позволяет получить информацию, подтверждающую диагноз. Такая возможность является важной, поскольку практически все родители в той или иной форме озвучивают в своем первичном запросе желание уточнить диагноз малыша, понять, что с ним происходит. Результаты обследования с использованием РЕР-3 коррелируют с диагностическими критериями РАС в DSM-IV и МКБ-10.

Ценным является то, что РЕР позволяет отслеживать результаты коррекционной работы, что наглядно представляется в графике (профиле), отражающем уровень развития ребенка по обозначенным функциональным областям.

Важно отметить и тот факт, что РЕР позволяет включить родителей в процесс работы с ребенком и помочь им осмыслить ее значимость. Это укрепляет их позиции как членов команды, активно участвующих в процессе разработки программы для ребенка и ее реализации. Используемый в работе «опросник для родителей» позволяет увидеть, как родители оценивают своего ребенка.

Индивидуальная программа сопровождения ребенка в ОРП

На основе диагностики составляется индивидуальная программа сопровождения ребенка. Данная программа является комплексной и включает: педагогическое сопровождение (индивидуальные и групповые занятия с ребенком), медицинское сопровождение (медикаментозная поддержка, массаж, ЛФК, водолечение) и психологическое сопровождение семьи (индивидуальное консультирование родителей, психокоррекционные группы для родителей).

Педагогическое сопровождение ребенка

Педагогическое сопровождение ребенка включает комплекс мероприятий.

Работа начинается с индивидуальных занятий. Цель занятий — установление с ребенком эмоционального контакта и обучение родителей основным приемам общения с ним, способам инициации и поддержания контакта. [1; 12; 15]

Далее ребенок вводится в группу детей в сопровождении одного из родителей и «доверенного» взрослого — специалиста, ведущего индивидуальные занятия. Как правило, в такую группу включаются дети второго или третьего года жизни, — это возраст, когда в норме у детей появляется потребность в общении. Состав группы гетерогенный. В нее могут входить дети, относящиеся к группе риска по признакам РАС, а также дети, развитие которых приближено к норме, но есть риск развития каких-либо нарушений в двигательной или познавательной сферах. В группе участвуют 5 пар ребенок-родитель и два специалиста, один из которых выполняет роль ведущего, а второй ассистирует. Наш опыт показывает, что раннее введение ребенка с признаками РАС в специально организованную среду сверстников, где он не только может наблюдать за игрой других детей, но и вступать в контакт с другими членами группы при поддержке специалиста, помогает малышам учиться инициировать контакт, включаться в игры с подражанием,

усваивать правила поведения в группе. Все этому способствует и форма проведения занятия — «круг», и визуальная поддержка в виде картинок, которая помогает всем малышам, участвующим в занятии.

Методы и подходы в работе ОРП

В ходе коррекционной работы с ребенком с признаками РАС используются различные подходы и методы, преимущественно это: эмоционально-смысловой (О.С. Никольская и др.) [1; 12; 13; 14; 15], прикладной анализ поведения (I. Lovaas) [5; 8; 9; 10; 11]; элементы программы «TEACCH» (E. Schopler, G. Mesibov) [7; 17; 18].

Некоторые исследователи аутизма считают, что выбор метода зависит от ряда факторов, в частности, индивидуальных особенностей развития ребенка, а также от готовности родителей к сотрудничеству [2; 8; 14]. Исходя из того, что аутизм у детей отличается большой полиморфностью, сотрудники ОРП придерживаются мнения, что специалист, работающий с ребенком раннего и дошкольного возраста, относящимся к группе детей с РАС, должен владеть методами и приемами работы различных коррекционных подходов, грамотно подбирая их в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка и с задачами оказания ему помощи в развитии.

Медицинское сопровождение

Важным компонентом комплексной помощи ребенку с РАС является его медицинское сопровождение. Оно включает медикаментозную поддержку детей, необходимость которой определяет врач-невролог и/или психиатр, одной из главных задач которых является, как отмечает Морозов С.А., «создать оптимальные условия для продуктивной работы педагога и психолога через смягчение нежелательной продуктивной симптоматики, стимуляцию психического тонуса, по возможности —

оптимизацию развития нервной системы, психики» [8]. Медицинское сопровождение идет в тесном контакте с психолого-педагогическим при безусловно, ведущей роли последнего.

Помимо психофармакотерапии в отделении используются такие медицинские методы как массаж и водолечение, основными задачами которых является:

- воздействовать на нервную систему с целью максимально возможной компенсации нарушений и оптимизации развития;
- смягчить нежелательные продуктивные патологические проявления (расторженность, агрессию, самоагрессию, и др.);
- регулировать психический тонус, активность ребенка.

Психологическое сопровождение семьи

Для результативной помощи ребенку с РАС важное значение имеет работа специалистов с его семьей. С некоторыми семьями она начинается еще до прихода в отделение ранней помощи, через Службу сопровождения семьи и ребенка, действующую при общественной организации «Я и Ты».

В работе с родителями в ОРП используется программа «Ранняя пташка» («Early Bird»), разработанная специалистами Национального общества аутизма из Великобритании. Программа предназначена для работы с группами от 4 до 6 семей, детям которых только что был поставлен диагноз РАС. На протяжении трех месяцев родители посещают 8 тренинговых сессий, также ведущие-специалисты совершают три домашних визита в каждую семью. Программа «Ранняя пташка» помогает родителям понять, **почему** люди с РАС воспринимают мир по-другому, предлагает идеи о том, **как** они могут помочь своему ребенку развиваться. Родители имеют возможность не только познакомиться с наиболее эффективными научно подтвержденными практиками, но и начать применять их в семье, отслеживая результаты с помощью видеofиксации и

совместных обсуждений. В ходе встреч родители приобретают практические навыки, расширяют свои социальные контакты, что делает их более компетентными.

Пройдя программу, родители открывают для себя дополнительный резерв — возможности общения и обсуждения проблем с другими семьями, которые находятся в схожей жизненной ситуации. В нашем отделении созданы условия для реализации этого ресурса. Для родителей создана психокоррекционная группа, они участвуют в психологических тренингах, а также в досуговых мероприятиях «Клуба общения и творчества», который осуществляет свою деятельность в структуре Псковской региональной общественной благотворительной организации «Общество родителей детей-инвалидов с аутизмом «Я и Ты» (ПРОБО «Я и Ты»), с которой ЦЛП поддерживает тесную связь и осуществляет правовое сопровождение семей.

Переход ребенка и семьи в другое учреждение

Важное значение имеет этап выхода семьи из программы ранней помощи и перевод ребенка на следующую ступень сопровождения. По достижении ребенком 3—4 лет специалисты информируют родителей о возможных вариантах дальнейшего дошкольного образования в соответствии с особыми потребностями ребенка. Это могут быть обычные группы дошкольного образовательного учреждения, или группы компенсирующего вида, или специализированные ДООУ. Совместно с семьей выбирается наиболее подходящее учреждение. Для этого в течение нескольких месяцев проводится подготовительная работа к переводу ребенка, включающая:

- информирование семьи об особенностях учреждения;
- знакомство с учреждением и его сотрудниками [3].

Выбор варианта дальнейшего обучения делают родители. Важно, чтобы он определялся ими с учетом ряда факторов: уровня

интеллектуального развития ребенка, его адаптированностью к условиям пребывания в группе, наличием сопутствующих нарушений. В этом им помогают специалисты ОРП, а также рекомендации ПМПК.

Детский сад в структуре ЦЛП Псковской области

Поскольку в структуре ЦЛП открыт детский сад, специалисты отделения ранней помощи имеют возможность переводить в него детей с осложненными формами РАС с 4-летнего возраста, обеспечивая поэтапность и постепенность процесса перехода. Для этого организуются несколько встреч, в ходе которых специалисты ОРП с согласия родителей передают коллегам детского сада информацию о ребенке и семье, помогают подготовить оптимальные условия для перехода его в новую среду. В течение некоторого времени (для каждой семьи индивидуально) ребенка в детском саду сопровождает специалист из отделения ранней помощи.

Приведенный ниже пример работы с ребенком и его семьей в ОРП Центра лечебной педагогики и дифференцированного обучения Псковской области может служить иллюстрацией алгоритма оказания ранней помощи.

*Мальчик Эдуард Б., 5 лет.
Диагноз атипичный аутизм.*

1. Вход в программу ранней помощи

Семья мальчика обратилась в Отделение ранней помощи по рекомендации знакомых, когда ему было 2 года. На первичном приеме Эдуард был с мамой. Первичный прием проводили психолог, врач-невролог, специальный педагог. В ходе приема наблюдалось: мальчик свободно перемещался по комнате, периодически поднимаясь на носки. На окружающих людей и предметы внимания не обращал. При попытке педагога вступить в контакт, пытался убежать, избегал взгляда, на обращенную речь и имя не реагировал. Заинтересовался мыльными пузырями.

Наблюдал за их движением, при этом вокализировал, улыбался, делал частые взмахи кистями рук. При прекращении игры тянул педагога за руку, при этом бросая на него краткие взгляды. Если его просьба не выполнялась, начинал кричать, падал на пол.

Из беседы с мамой выяснилось, что до года мальчик развивался как обычный ребенок: узнавал близких, радовался им, начинал произносить первые слова, самостоятельно ходить. После года развитие резко затормозилось, он перестал реагировать на окружающее, говорить, стали частыми истерики. Мальчик предпочитает «играть» один, при этом он манипулирует предметами: крутит колеса у машинок, колечки у пирамидки, любит выстраивать предметы в ряд. Эдуард может выполнять действия, которым его научила мама: нанизывать кольца на стержень, собирать простые пазлы, ему нравится рассматривать книги, особый интерес вызывают электронные устройства (телефоны, планшеты). Маму беспокоила задержка в речевом развитии ребенка, нарушение сна, а также крайняя избирательность в еде. Запрос мамы состоял в том, чтобы ребенок заговорил.

При изучении медицинской документации выяснилось, что у мальчика нет нарушения слуха и других соматических нарушений; психиатром поставлен диагноз атипичный аутизм.

В результате полученной информации на первичном приеме было принято решение принять семью в программу ранней помощи.

2. Диагностический этап

С учетом возраста ребенка (2 года) были проведены диагностические занятия с использованием «Индивидуального психолого-педагогического обследования для детей с РАС» (РЕР-3). Целью занятий было выявление актуального уровня развития психических функций, потенциальных возможностей ребенка (определение зоны ближайшего развития) и детализация диагноза.

Полученный в результате тестирования профиль развития характеризовался асинхронностью, что характерно для детей с

РАС. В целом, можно было отметить значительно пониженный уровень социально адаптированного поведения, а также развития зрительно-двигательного подражания. Уровень развития экспрессивной речи несколько ниже, чем понимание, и так же значительно понижен. Наиболее сохранными сферами развития оказались общая и мелкая моторика, а также навыки самообслуживания. Для всех навыков был определен потенциал развития, как и для вербального/невербального интеллекта. Согласно данным, собранным в ходе обследования, основным каналом обработки информации у Эдика является визуальный.

Таким образом, результаты тестирования показали выраженные нарушения психоречевого развития, что отражалось в нарушении коммуникации и моторики, а также в существенном снижении уровня социально адаптивного поведения и являлось показателем аутистического расстройства.

3. Программа сопровождения

На основе результатов обследования были выделены актуальные области развития и сформулированы задачи обучения: установление и развитие контакта с ребенком, формирование коммуникативной мотивации, развитие понимания речи, вызывание собственной речи, развитие зрительно-двигательной имитации, развитие познавательной сферы.

Ребенок вместе с мамой посещал занятия специального педагога в режиме один раз в неделю. Параллельно родители прошли обучение в группе «Ранняя пташка», что дало им возможность проговорить свои тревоги, получить полную информацию о тех методах, которые использует педагог на своих занятиях. Обсудить вместе с другими родителями и специалистами трудности, которые у них возникают. И владея одной информацией совместно с супругом, выработать общую стратегию в вопросах воспитания своего ребенка, а также активно применять освоенные приемы при общении со своим малышом.

На первых этапах работы с Эдуардом применялись приемы эмоционально-смыс-

лового подхода (следование, проговаривание действий). В ходе работы с ребёнком удалось выделить привлекательную для мальчика деятельность, установить с ним доверительные отношения, включить в игровую деятельность. Мальчик начал повторять вслед за педагогом простые действия (хлопать в ладоши, топтать ногами, стучать по бубну). К работе подключился специалист по коммуникации. Увеличилось количество коммуникативных инициаций, в речи появились простые слова, расширился пассивный словарь.

Через 6 месяцев индивидуальных занятий мама стала отмечать позитивные сдвиги практически во всех психических областях, а также потребность ребенка в общении с другими детьми. Было принято решение ввести мальчика в группу. Эдуарду было сложно принимать правила группы. Однако наличие «доверенного взрослого» (специального педагога), мамы и тот факт, что в группе использовались знакомые ребенку игровые упражнения и песенки, позволили снизить риск негативных реакций. Способствовало этому и визуальное структурирование занятия: планирование занятия с помощью пиктограмм.

Для коррекции поведения и формирования учебного поведения использовались приемы поведенческого подхода.

4. Выход из программы, перевод в детский сад

По достижении Эдуардом 3-летнего возраста началась работа с родителями по выбору дошкольного образовательного учреждения. Оценив имеющиеся возможности, родители остановили свой выбор на дошкольном отделении ЦЛП.

Благодаря преемственности в использовании приемов работы с детьми с РАС адаптация Эдуарда в детском саду проходила быстро. На основе адаптированной программы детского сада совместно с родителями для мальчика была составлена специальная индивидуальная программа развития, которая в настоящее время реализуется в рамках ДО ЦЛП.

Заключение

Опыт работы отделения ранней помощи ЦЛП Псковской области показывает, что помощь маленькому ребенку с признаками РАС и с диагностированными аутистическими расстройствами может быть эффективной при соблюдении ряда условий:

- во-первых, при условии заинтересованного сотрудничества семьи и специалистов;
- во-вторых, при осуществлении межведомственного командного подхода в ра-

боте специалистов ранней помощи как при диагностике и разработке индивидуальной программы, так и при ее реализации;

— в-третьих, при использовании адекватных методов оказания помощи ребенку с учетом особенностей его развития и при гибком сочетании различных подходов в зависимости от его динамики;

— в-четвертых, при обеспечении преемственности в работе всех структур, осуществляющих помощь ребенку и его семье. ■

Литература

1. *Баенская Е.Р.* Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст). М.: Теревинф, 2009. 112 с.
2. *Башина В.М.* Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 240 с.
3. *Блохина Л.В. и др.* Служба раннего вмешательства: Методические рекомендации для практической работы с детьми в службе ранней помощи. М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2007. 200 с.
4. *Лебединская К.С., Никольская О.С.* Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991. 97 с.
5. *Мейер В., Чессер Э.* Методы поведенческой терапии. СПб.: Речь, 2001. 256 с.
6. *Морозов С.А.* Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра. М., 2014. 448 с.
7. *Морозов С.А.* Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра. М., 2015.
8. *Морозов С.А.* Современные подходы к коррекции детского аутизма (обзор и комментарии) М.: ООО «Книга», 2010. 102 с.
9. *Морозова С.С.* Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах. М.: Владос, 2007. 176 с.
10. *Морозова С.С.* Составление и использование индивидуальных коррекционных программ для работы с аутичными детьми. Самара, 2008. 154 с.
11. *Морозова С.С.* Основные аспекты использования АВА при аутизме. М., 2013. 363 с.
12. *Никольская О.С.* Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. М.: ВИНТИ, 2000. 364 с.
13. *Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 1997. 344 с.
14. *Никольская О.С. и др.* Дети и подростки с аутизмом. М.: ВИНТИ, 2011. 224 с.
15. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития / Сост. Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. М.: Полиграф сервис, 2001. 156 с.
16. Распоряжение Правительства РФ от 31.08.2016 г. № 1839-р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» <http://government.ru/media/files/7NZ6EKa6SOcLcCCQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf> [электронный ресурс]. URL: <http://government.ru/docs/24425/>; <http://government.ru/media/files/7NZ6EKa6SOcLcCCQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf> (Дата обращения: 10.06.2017)
17. *Шоплер Э., Ланзинг М., Ватерс Л.* Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей (0–6 лет). Сборник упражнений для специалистов и родителей по программе TEACH / перевод Т. Ключко. Минск: «Открытые двери», 1997. 255 с.
18. *Шоплер Э. и др.* Психолого-педагогический профиль РЕР-3. Индивидуальное психолого-педагогическое обследование для детей с расстройствами аутистического спектра. Учебник пользователя / Пер. С.С. Морозова, О.В. Паршикова. Пермь, 2008. 114 с.

The experience of providing of early care for children with ASD and children in the group of ASD symptoms risk in the Center for Medical Pedagogics and Differential Education of Pskov Region

S.I. Nazarkina*,

Center for Medical Pedagogics and Differential Education of Pskov Region,
Pskov, Russia,
nazarka@yandex.ru

Department of early help of the Center for Medical Pedagogics and Differential Education of Pskov region is the primary branch in the system of complex help to a special child and support to their family. The paper describes the conditions of providing effective support to children with high risk of forming ASD, stages of early help to children with ASD and their families. An example of work with an early age child is described.

Keywords: autism spectrum disorders, early help, children in the risk group.

References

1. *Baenskaya E.R.* Pomoshch' v vospitanii detei s osobym emotsional'nym razvitiem (rannii vozrast) [Support in bringing up children with special emotional development (early age)]. Moscow: Publ. Terevinf, 2009. 112 p.
2. *Bashina V.M.* Autizm v detstve [Autism in childhood]. Moscow: Publ. Meditsina, 1999. 240 p.
3. *Blokhina L. et al.* Sluzhba rannego vmeshatel'stva: Metodicheskie rekomendatsii dlya prakticheskoi raboty s det'mi v sluzhbe rannei pomoshchi [Early intervention service: methodical recommendations for practice with children in early support service]. Moscow: Publ. National Foundation for the Prevention of Cruelty to Children, 2007. 200 p.
4. *Lebedinskaya K.S., Nikol'skaya O.S.* Diagnostika rannego detskogo autizma: nachal'nye proyavleniya [Diagnosis of early onset autism: initial manifestations]. Moscow: Publ. Prosveshchenie, 1991. 96 p.
5. *Meyer Vic, Chesser Edward.* Behavior Therapy in Clinical Psychiatry. Saint Petersburg: Rech', 2001. 256 p.
6. *Morozov S.A.* Osnovy diagnostiki i korrektsii rasstroistv autisticheskogo spectra [Basics of diagnosing and correction of autism spectrum disorders]. Moscow: Publ. [not stated], 2014. 448 p.
7. *Morozov S.A.* Kompleksnoe soprovozhdenie lits s rasstroistvami autisticheskogo spectra [Complex support of people with autism spectrum disorders]. Moscow: Publ. [not stated], 2015.
8. *Morozov S.A.* Sovremennye podkhody k korrektsii detskogo autizma (obzor i kommentarii) [Modern approaches to correction of autism in children (review and commentary)]. Moscow: Publ. Kniga, 2010. 102 p.
9. *Morozova S.S.* Autizm: korrektsionnaya rabota pri tyazhelykh i oslozhnennykh formakh [Autism: correctional therapy in severe and complicated forms]. Moscow: Publ. Vldos, 2007. 176 p.
10. *Morozova S.S.* Sostavlenie i ispol'zovanie individual'nykh korrektsionnykh programm dlya raboty s autichnymi det'mi [Composing and using individual correctional programs for working with autistic children]. Samara: Publ. [not stated], 2008. 154 p.
11. *Morozova S.S.* Osnovnye aspekty ispol'zovaniya AVA pri autizme [Primary aspects of using ABA with autistic patients]. Moscow: Publ. [not stated], 2013.

For citation:

Nazarkina S.I. The experience of providing of early care for children with ASD and children in the group of ASD symptoms risk in the Center for Medical Pedagogics and Differential Education of Pskov Region. *Autizm i narusheniya razvitiya* = Autism and Developmental Disorders (Russia). 2017. Vol. 15. No 2. Pp. 55–64. doi: 10.17759/autdd.2017150206

* *Nazarkina Svetlana Ivanovna*, special education teacher, methodologist, early health branch, Department of pre-school education, State Budgetary Educational Institution Center for Medical Pedagogics and Differential Education of Pskov Region, Pskov, Russia. E-mail: nazarka@yandex.ru

12. *Nikol'skaya O.S.* Affektivnaya sfera cheloveka. Vzglyad skvoz' prizmu detskogo autizma [Affective sphere of a human. View through the prism of children's autism]. Moscow: Publ. All-Russian Institute of Scientific & Technical Information, 2000. 364 p.
13. *Nikol'skaya O.S., Baenskaya E.R., Libling M.M.* Autichnyi rebenok. Puti pomoshchi [Autistic child. Ways of support]. Moscow: Publ. Terevinf, 1997. 344 p.
14. *Nikol'skaya O.S. et al.* Deti i podrostki s autizmom [Children and teenagers with autism]. Moscow: Publ. All-Russian Institute of Scientific & Technical Information, 2011. 224 p.
15. *Baenskaya E.R., Libling M.M.* (eds.) Psikhologicheskaya pomoshch' pri narusheniyakh rannego emotsional'nogo razvitiya [Psychological support in early disruptions of emotional development]. Moscow: Publ. Polygraph Service, 2001. 156 p.
16. Kontseptsiya razvitiya rannei pomoshchi v Rossiiskoi Federatsii na period do 2020 goda: utverzhdena rasporyazheniem Pravitel'stva Rossiiskoi Federatsii ot 31 avgusta 2016 g. № 1839-p [Concept of developing early support in Russian Federation in the period until 2020: approved by order of the Government of Russian Federation from August 31 2016 № 1839-p]. URL: <http://government.ru/docs/24425/>; <http://government.ru/media/files/7NZ6EKa6SOcLcCCQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf> (Accessed 10.06.2017).
17. *Schopler E., Lansing M.D., Waters L.* Podderzhka autichnykh i otstayushchikh v razvitii detei (0-6 let). Sbornik uprazhnenii dlya spetsialistov i roditel'ei po programme TEACCH [Teaching Activities for Autistic Children: Part of the series Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children]. Minsk: Publ. Otkrytye dveri, 1997. 255 p.
18. *Schopler E. et al.* Psikhologo-pedagogicheskii profil' PEP-3. Individual'noe psikhologo-pedagogicheskoe obsledovanie dlya detei s rasstroistvami autisticheskogo spektra. Uchebnik pol'zovatelya [PEP-3: Psychoeducational Profile: Third Edition]. Perm': Publ. [not stated], 2008. 114 p.

Механизмы формирования аутистического синдрома в пренатальном и раннем постнатальном развитии

Ю.В. Никитина*,

Московский государственный психолого-педагогический университет,
Москва, Россия,
yulnikit@yandex.ru

Представлен обзор нейропсихологических и нейрофизиологических исследований нарушений, наблюдаемых при расстройствах аутистического спектра. Описаны основные этапы пренатального и раннего постнатального онтогенеза при нейротипичном развитии и при аутистических расстройствах. Предложена модель формирования аутистического синдрома в раннем онтогенезе, перечислены основные поведенческие диагностические признаки нарушений саморегуляции при расстройствах аутистического спектра на различных его этапах, что представляет интерес для специалистов при ранней диагностике нарушений.

Ключевые слова: аутистический синдром, расстройства аутистического спектра, диагностические признаки нарушений саморегуляции.

Концепция Л.С. Выготского об интериоризации высших психических функций (ВПФ) является основополагающим принципом коррекционной работы в отечественной дефектологии и психологии. Принцип интериоризации состоит в том, что любая психическая функция разворачивается сначала во внешней деятельности и лишь впоследствии как бы уходит вовнутрь, превращаясь во внутреннюю психическую деятельность. При коррекционной работе

«объективирование расстроенной функции, вынесение ее наружу и превращение во внешнюю деятельность является одним из основных путей при компенсации нарушений» [5, с. 144]. Любая психическая функция развивается неравномерно и на разных этапах развития имеет свои пики, плато и спады (регрессы). Ведущая функция регулирует другие (является «дирижером»), отвечая за работу нижележащих функций. На каждом этапе развития появ-

Для цитаты:

Никитина Ю.В. Механизмы формирования аутистического синдрома в пренатальном и раннем постнатальном развитии // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. (55) № 2. С. 65–79. doi: 10.17759/autdd.2017150207

* *Никитина Юлия Валерьевна*, педагог-психолог, заместитель директора Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия. E-mail: *yulnikit@yandex.ru*

ляется своя ведущая функция. Моменты, когда одна главная функция приходит на смену другой, и происходит перестройка всех функциональных связей, называются критическими периодами. В это время психика ребенка особенно уязвима к внешним воздействиям, а неблагоприятное прохождение критических периодов развития становится богатой почвой для возникновения различного вида патологий. В основе критического периода лежит перестройка внутренних и внешних связей функциональной системы [1]. В каждом критическом периоде функциональная система проходит два этапа. На первом этапе происходит избыточное аксо-дендритное ветвление с образованием избыточных межнейронных связей. Может возникнуть своеобразный синдром «обкрадывания» близлежащих функциональных систем при развитии приоритетной для данного возраста функции. На втором этапе происходит отбор наиболее эффективных связей, и функциональная система становится закрытой.

Коррекционная работа в данной концепции состоит в развитии слабого звена функциональной системы при опоре на сильное звено, через опосредованную внешнюю деятельность в ходе специально организованного взаимодействия ребенка и взрослого. В данной концепции специалисту важно не только уметь работать с конкретным поведением ребенка, но и иметь представление о механизмах и этапах развития психических функций ребенка как в норме, так и при отклоняющемся развитии. Эти знания будут являться основой для построения специально организованного взаимодействия. При аутизме способность ребенка активно взаимодействовать с людьми очень слаба, в связи с чем процесс коррекционной работы с такими детьми сложен и требует всегда создания специальных условий не только на уровне взаимодействия между ребенком и взрослым, но и на уровне организации общей среды и направленных средовых воздействий.

Показательным для синдрома детского аутизма является дизонтогенез, отличающийся от всех других аномалий развития наибольшей сложностью и дисгармоничностью как клинической картины, так и психологической структуры нарушений. К основным трудностям, мешающим психическому развитию аутичного ребенка, В.В. Лебединским отнесены следующие [7]:

- дефицит психической активности;
- тесно связанные с ним нарушения инстинктивно-аффективной сферы;
- нарушения сенсорики;
- нарушения двигательной сферы;
- нарушения речи.

Наряду с проблемами в общении, речевом развитии и в системе эмоционально-волевой регуляции у детей с нарушениями аутистического спектра всегда наблюдаются как нарушения обработки сенсорной информации, так и трудности сенсомоторной реализации навыков. В стандартную диагностическую схему обследования ребенка всегда входит оценка специфической чувствительности по модальностям (как к внутренним, так и ко внешним ощущениям), оценка регуляции общего тонуса тела, состояния мелкой моторики, наличия моторных расстройств в виде моторного возбуждения и стереотипных движений.

В попытке объяснить причины и внутренние механизмы наблюдаемых нарушений при расстройствах аутистического спектра проведено множество нейрофизиологических, нейробиологических исследований. Нейропсихологические исследования очень интересны тем, что пытаются объяснить связь между функционированием психических функций и мозговых структур.

Нейробиологические и нейропсихологические исследования расстройств аутистического спектра

В 1990 году Н.Г. Манелис проведено нейропсихологическое обследование детей 5–10 лет с разными вариантами аутисти-

ческих расстройств. Результаты обследования показали целый спектр нарушений ВПФ: нарушение зрительного восприятия при сохранности слухоречевой памяти, билатеральные ошибки праксиса позы при сохранности динамического праксиса, нарушения реципрокной координации рук. Такие симптомы указывают на функциональную недостаточность задних отделов правого полушария, несформированность межполушарных взаимодействий, невыраженную специализацию полушарий [11]. Результаты нейропсихологического анализа высших психических функций детей с расстройствами аутистического спектра описаны А.В. Семенович [13]. Ею также описан *дисгенетический синдром* — сложный системный вторичный и третичный процесс нарушения функций, где первичным фактором являются верхнестволовые нарушения. Ряд корковых нарушений у таких детей тесно связаны с подкорковой патологией [6]. Так, двигательные нарушения нередко напоминают явления эфферентной моторной апраксии с отсутствием плавности, с толчкообразностью, машинообразностью движений, их неловкостью, неуклюжестью при выполнении простейших действий, с отсутствием гибкости. В этих явлениях просматривается прямая связь между корковыми и подкорковыми нарушениями, их тонической и синергической основами. В других, более грубых случаях наблюдается нарушение организации программы движения и осмысления предмета как орудия или объекта целенаправленной деятельности. Об этом говорит тот факт, что при поэлементном разложении педагогом цепочки действий ребенок получает лучшую возможность их осуществления. Сочетание относительной сохранности отдельных операций с более выраженным нарушением их временно-пространственной развертки, возможно, указывает не только на эфферентный, но и афферентный характер нарушений, определенную связь апрактических и гностических расстройств. Видимо, большинство приходящих ощущений никак не интегрированы в психику ребенка,

и ответы на них не являются адаптивными, а проявляются в виде простой моторной разрядки. При этом описанные выше особенности не обусловлены органическими нарушениями головного мозга. Манерность, неожиданное исчезновение своеобразия и сменяемости двигательных форм всегда отличаются от похожих патологических и неврологических симптомов органического поражения. Нарушается и целенаправленность движения: дети нередко на полпути, не завершив движения, отводят руку назад, иногда повторяют несколько раз правильное и обратное действие. Кроме того, эти особенности психомоторной сферы часто сочетаются с регрессивными явлениями — падения общей активности и формирования дефекта в виде утраты или задержки формирования адаптивных моторных навыков.

В связи с открытием зеркальных нейронов были сформулированы две не противоречащие друг другу теории аутизма: *теория зеркальных нейронов и теория эмоционального ландшафта*.

Рамачандран В.С., Оберман Л.М. [18] предположили, что зеркальные нейроны, а точнее, нейронные сети, частью которых они являются, не только посылают моторные команды к мышцам, но и позволяют обезьянам и людям определять намерения других индивидов путем мысленного воспроизведения их действий. Если у животных роль этих систем ограничена предсказанием простых целенаправленных действий, то у человека зеркальные клетки могут опосредовать способность к интерпретации более сложных намерений. У пациентов с аутизмом отмечается снижение активности *зеркальных нейронов* в нижней фронтальной извилине — одном из отделов премоторной коры мозга. Этим обстоятельством можно объяснить их неумение распознавать намерения других людей. Дисфункции зеркальных нейронов островковой и передней поясной коры могут обуславливать их неспособность к сопереживанию, а нарушения зеркальной системы угловой извилины — дефекты речи [18].

Существующая теория эмоционально-го ландшафта объясняет второстепенные симптомы аутизма — гиперчувствительность, избегание визуального контакта с собеседником, чувствительность к определенным звукам и т.д. У обычного ребенка сенсорная информация после переработки в коре направляется в миндалину — главный вход лимбической системы мозга, ответственную за регуляцию эмоционального поведения человека. Используя знания, накопленные ребенком в предшествующие годы жизни, миндалина определяет характер его эмоциональных реакций на каждый раздражитель, постепенно формируя «эмоциональный ландшафт» его окружения. Однако у детей с аутизмом *связи между сенсорными областями мозга и миндалиной* могут быть нарушены, что приводит к развитию экстремальных эмоциональных реакций на самые обыденные события.

Исследование механизмов внимания у детей с аутизмом, проведенное Т.А. Строгановой, показало, что у детей, которым позднее ставился диагноз аутизм, уже в раннем возрасте наблюдались признаки физиологической дисрегуляции возбуждения нервной системы, связанные с *легкими функциональными нарушениями стволовых структур* мозга. Есть два режима регуляции функционирования психической активности таких детей: первый характеризуется высоким уровнем моторного и тонического возбуждения и повышенной вегетативной реактивностью на внешние раздражители, а второй — наоборот, — пониженным уровнем ответной реакции и тонического возбуждения, который возникает на фоне аутостимуляций и стереотипий [16].

Таким образом, приведенные неврологические, нейробиологические и нейропсихологические исследования указывают на следующие факты, относящиеся к пониманию механизмов формирования аутистического синдрома:

1. Часть нарушений при аутизме коррелируют с органическим характером мозговых нарушений в виде атрофии лобно-теменных отделов и чрезмерного разрастания

затылочных отделов головного мозга, отвечающих за зрительную перцепцию;

2. Другая часть нарушений, хотя и имеет представленность в подкорково-стволовых отделах, носит функциональный характер и зачастую связана с отсутствием интегративных связей между структурами головного мозга;

3. Нарушение интегративных связей между структурами головного мозга при аутизме позволяет говорить о неблагоприятном прохождении более ранних (возможно, внутриутробных) кризисов развития;

4. Общая разбалансированность в работе мозга проявляется в виде неотрегулированности процессов возбуждения и торможения, изменения чувствительности и реактивности, что объясняет грубые нарушения произвольного внимания при аутизме;

5. Эмоциональные нарушения при аутистическом синдроме вторичны, а базой для его формирования является особый режим функционирования психической активности головного мозга.

Очевидно, что для понимания особенностей психических функций ребенка с аутистическим синдромом необходимо изучить более «примитивные» способы функционирования психики в пре-и постнатальном периодах развития ребенка. Необходимо понимать и знать законы развития и функционирования психических функций в онтогенезе. Однако практически все концепции психического онтогенеза, разработанные к настоящему времени, не рассматривают период внутриутробного развития, анализ развития ребенка начинается с этапа новорожденности или младенческого возраста (так, в концепции Л.С. Выготского «точкой отсчета» психического развития является кризис новорожденности [4]). При этом не вызывает сомнений, что родившийся ребенок не только уже обладает психикой, но и демонстрирует довольно высокие функциональные возможности. Например, в первые несколько часов жизни (период подражательных автоматизмов) ребенок может удерживать головку

в вертикальном положении, фиксировать взгляд, повторять за взрослым простые мимические движения. Значимость внутриутробного состояния весьма высока как с точки зрения непрерывности развития человека с момента его зачатия, так и с точки зрения возникновения базовых патологий, являющихся последствием нарушения эмоциональных связей в диаде мать — младенец и ранних нарушений функционирования нервной системы [17].

Пренатальное развитие. Кризисные периоды

Развитие психики в перинатальный период отличается большей биологической и генетической детерминированностью и меньшей индивидуальной вариативностью и тесно связано с формированием мозговых субстратов (снизу вверх, от филогенетически более древних зон к более молодым). При этом для внутриутробного развития характерны свои кризисы, связанные не с внешней средой, а с перестройкой межструктурных связей и с переходами к более высоким звеньям регуляции.

Первый внутриутробный критический период развития проходит на 3 неделе беременности. На этой стадии мозг эмбриона состоит исключительно из перивентрикулярной области (ПВО), представленной стенками мозговых пузырей [9]. Отсюда пойдет формирование клеток всех будущих отделов головного мозга, в которых содержится генетически заданная программа развития. В ПВО протекает митоз клеток-прародительниц, обеспечивающих «прицельную» миграцию нейронов к будущим функциональным системам. Молекулярное «узнавание», лежащее в основе раннего нейроонтогенеза, сближает нейроонтогенетические процессы с иммунными. На это время приходится повышенная чувствительность эмбриона к различным неблагоприятным воздействиям. Исходя из этого, И.А. Скворцов предложил рассматривать ПВО как отдельную медленную не-

специфичную систему мозга, которая, в отличие от других быстрых неспецифических систем (ретикулярной формации, лимбической системы, диэнцефальной области), поддерживающих стабильность интенсивности и ритма мозга, является матричной формообразующей. Эта матрица обеспечивает рост и созревание мозга. Ответная реакция в этот период реализуется по принципу «все или ничего», т.е. зародыш либо погибает, либо продолжает развиваться без формирования пороков [14].

На время с 3 по 6 недели беременности приходится *второй критический период* — максимальная ранимость зародыша, еще большая чувствительность к воздействию повреждающих факторов. В 3 недели формируется нервный желобок, среднемозговой изгиб, регистрируется сердцебиение эмбриона. Ритм работы сердца создает дополнительный приток стимуляции для формирующегося мозга. Неблагоприятные воздействия в этот период приводят к возникновению патологии и в спинном, и в головном мозге (может быть сформирована спинномозговая грыжа в сочетании с гидроцефальным синдромом). В конце этого периода эмбрион приобретает билатеральную симметрию и сегментацию (различимы головной и хвостовой концы эмбриона). Главное, что именно с этого момента ствол мозга практически сформирован, и нервная система включается в процесс регуляции развития внутренних органов и органов чувств.

В 16–17 недель происходит окончательное формирование ядер продолговатого мозга: формируются центры, регулирующие сердечно-сосудистую деятельность, дыхание, движения. У плода появляются единичные дыхательные движения, спонтанные вздохи с подниманием рук, высокая двигательная активность: гримасы, движения глаз, изолированные движения кистей, моторные реакции на звуки (больше на низкочастотные). Движения паллидарны, как у рыб, отмечаются симметричные движения конечностей. Активно развивается паллидарная система: плод становится активным, передвигается, меняет траекторию

движения, делает кувырки, вращается. Разрастаются наружные корковые отделы: появляется рефлексорное хождение, контакт руки с лицом, рефлекс Бабинского.

Поскольку онтогенез есть быстрое и краткое повторение филогенеза, можно предположить, что данный этап развития соответствует низшей стадии развития психики, которую А.Н. Леонтьев назвал *стадией элементарной сенсорной психики* [8]. Стадию сенсорной психики характеризует то, что выделяются процессы внешней деятельности, опосредующие отношения организмов к свойствам среды, от которых зависит сохранение и развитие их жизни. Выделение этих процессов обусловлено появлением раздражимости к воздействиям, которые выполняют сигнальную функцию. Возникает способность отражения организмом воздействий окружающей действительности в их объективных связях и отношениях. *Научение здесь следует рассматривать как привыкание* к ритмическим воздействиям. Количественное изменение состояния определенного качества есть одновременно содержание психического отражения: когнитивный и эмоциональный процессы. Психический образ — это лишь переживание своего состояния (есть только внутренний компонент мотива). Из среды отражаются отдельные свойства, деятельность строится согласно этим свойствам, мотив представлен только как изменение состояний напряжения — удовлетворения. Образуются и сохраняются временные связи между этими состояниями. Аффективное переживание на этой стадии связано лишь с ощущением комфорта — дискомфорта. Дискомфорт вызывает мгновенную, смутно переживаемую двигательную реакцию.

Таким образом, ребенок уже прошел два кризисных этапа развития и перешел к стадии сенсорной психики (на которой закладываются основные инстинкты).

В третий критический период, в 18–20 недель, происходит перестройка функциональных связей параллельно с развитием высших центров головного мозга (медиобазальная кора), начинается регуловка ос-

*новных форм активности. Активность плода падает, наступает период относительного покоя. Появляются защитные реакции плода, может быть зарегистрирована спонтанная ЭЭГ. Наблюдаются латеральные движения глаз. В 21–23 недели формируется дыхательный центр продолговатого мозга, обеспечивающий ритмическую смену вдоха и выдоха. Отмечаются адекватные двигательные и эмоционально-выразительные реакции на положительные и отрицательные стимулы вкусовой, тактильной и слуховой модальности. Появляются периоды непрерывных дыхательных движений, сопровождающиеся движениями мышц конечностей. Устанавливается цикл сна — бодрствования, часто синхронизированный с материнским. Начинается формирование *нижнего уровня перцептивной психики* [8]. Главной характеристикой перцептивной стадии является появление восприятия. В отличие от ощущения, перцепция — это отражение целостных объектов, когда информация поступает сразу от нескольких раздражителей. *Появляется научение по принципу построения простых ассоциативных цепочек (стимул — реакция).* Этот уровень будет играть важную роль в регуляции поведения ребенка первых месяцев жизни, в отработке его приспособительных реакций. Наиболее аффективно значимыми являются элементарные сигналы внутренней среды, которые, соединяясь с внешними сигналами (на внутриутробном этапе приближенными к внутренней среде), упорядочивают их. Однако ощущения пока смешаны по модальности (синестезии), и цепочки стереотипов существуют только здесь и теперь (без предвидения будущего).*

В 24–25 недель происходит дальнейшее развитие *перцептивного уровня психики*: появляются типичные слои коры головного мозга. Ребенок, родившийся в этот период, жизнеспособен. В 26–28 недель развиваются межнейрональные связи между отдельными зонами коры, а также между корой и подкорковыми структурами. Возникает принципиальная заложенная на будущее возможность восприятия локализации

внешнего объекта с развитием дистантных органов чувств. Появляется простейшая временная сукцессивная организация впечатлений. Повороты тела, движения головы и другие формы активности носят уже произвольный характер с целью занять более удобное положение в утробе. Отмечается мимическое выражение базальных эмоций (страх, гнев, радость и удивление). Регистрируется шейно-тонический рефлекс. Хватательный рефлекс становится сложной рефлекторной реакцией, сопровождающейся изменением состояния мышц другой руки и туловища.

В 36–38 недель начинается *четвертый критический период*: в различных отделах головного мозга ранее начатое развитие дендритов замедляется, с тем чтобы продолжить интенсивное дендритное ветвление под влиянием постнатальных афферентных воздействий. Плод как бы замирает и готовится к родовому процессу.

Таким образом, мы рассмотрели, как внутриутробно формируются основные формы инстинктивного поведения. Эти примитивные уровни развития психики ребенка будут «вписаны» в более сложную внешнюю среду и станут базисом для формирования более сложных форм поведения. Особенности функционирования этих уровней и прохождения кризисных этапов развития психики будут создавать генетически заданную вариативность (вплоть до аномалии развития) психической активности человека. Для понимания общих закономерностей инстинктивных форм поведения (с нарушениями которых мы имеем дело при аутистическом синдроме) необходимо рассмотреть механизмы формирования этих форм в филогенезе.

Механизмы формирования базовых примитивных форм поведения

Рассмотрим подробнее, как влияют на поведение человека основные врожденные базовые инстинкты, и каким образом осуществляется переход от поведенческих

автоматизмов, сформированных внутриутробно, к поведению, направленному на адаптацию к внешним условиям.

На основе длительного изучения поведения животных этолог К. Лоренц [9] пришел к выводу, что у них есть три основных инстинкта — агрессии, бегства и сексуальности. На их основе и при их взаимодействии возникает то реальное поведение, которое мы видим у животных. У человека эти три инстинкта тоже являются базовыми, то есть лежащими в основе психики и определяющими основные особенности поведения. Инстинкт бегства возникает как защита на негативные стимулы. Избегающее поведение можно назвать инстинктом самосохранения, на основе которого формируются основные (первичные) психологические защиты. Функция агрессии заключается в воздействии на окружающую среду таким образом, чтобы обеспечить больше пространства и питательных веществ. В этом смысле агрессия является производной от других базовых инстинктов. У животных агрессия часто служит защите от хищников, у человека она носит характер осознанной активности, и можно говорить, что в ее основе лежит и такая сложная форма психической активности как познавательное поведение.

Другой психолог, С. Томкинс [3], наблюдая за своим маленьким сыном, отметил важный аффект, который он назвал интересом. Интерес активизируется влечениями, а также рядом рефлексов, — это энергетический стержень голода, сексуальности, ориентировочной реакции. Интенсивность интереса измеряется степенью возбуждения; сильное возбуждение, которое не приносит разрядки, сопровождающейся чувством удовлетворения, вызывает большой дистресс организма. В этом случае аффект интереса исчезает, влечения не подкрепляются, появляются негативные аффекты, которые формируют уже в дальнейшем избегающее поведение. Кроме того, Томкинс вводит понятие «регулирующего» аффекта (удивления), функция которого состоит в прерывании других аффектов и мгновен-

ной переориентации поведения. Таким образом, человек справляется с изменчивой окружающей средой, где выживание зависит от того, насколько психика способна к гибким реакциям [3]. В устойчивом окружении более простые формы жизни выживают благодаря запрограммированному инстинкту. Гибкость же в освоении основных форм поведения возможна только при условии, что все влечения получили нужное удовлетворение, разрядку. При этом психика стремится максимизировать положительные аффекты. Если основные потребности удовлетворены, то уровень возбуждения невысок и выражается в виде интереса: все это служит хорошим основанием для развития познания и игры, в ходе которых психика развивает гибкие реакции и формы поведения. При этом ситуация, в которой находится ребенок, знакома и безопасна (не надо защищаться), а узнавание всегда вызывает эмоцию радости.

Таким образом, позитивные аффекты (интерес и радость) не только выполняют функцию подкрепления влечений, но и лежат в основе мотивации памяти, восприятия, мышления и действий. Из этого следует главный принцип эффективного развития психики ребенка **«принцип избыточности»**: *развитие и формирование высших психических функций ребенка происходит в ситуации удовлетворенности базовых влечений и потребностей на фоне оптимального уровня возбуждения нервной системы в знакомой безопасной среде*. В ситуации дистресса, как правило, на первый план выходят примитивные первичные базовые инстинкты и рефлексы, которые носят жесткий запрограммированный характер.

Избирательность психических процессов может быть обеспечена лишь оптимальным уровнем возбудимости коры. Психологические опыты на животных, проведенные Линдсли [7], показали, что раздражение стволовых ядер восходящих активирующих путей ретикулярной формации существенно понижает пороги чувствительности (иначе говоря, обостряют чувствительность), что позволяет живот-

ным тонко дифференцировать ощущения, которые ранее не были доступны. Известный советский физиолог П.К. Анохин показал, что существуют отдельные части восходящей системы ретикулярной формации, которые активируют разные биологические системы (пищевые, оборонительные и так далее) и чувствительны к различным фармакологическим веществам [1].

Дети рождаются с определенным набором безусловных рефлексов, которые активируются внешними стимулами, а моторный ответ формируется в ранней коре восходящими путями из ретикулярной формации. Постепенно они связываются с внутренними стимулами основных базовых влечений (жажда, голод, температурный режим и другое). И если вначале они скорее выполняют функцию защиты, выживания организма, то постепенно начинают играть развивающую роль, на их основе надстраиваются более сложные формы поведения. «Самые первые рефлексы новорожденного никуда не исчезают, они продолжают работать, но уже функционируя в составе формаций высшей нервной деятельности» [4, с. 122]. Это происходит благодаря включению в регуляцию рефлекторных процессов нисходящих влияний лимбической области и коры головного мозга. Нисходящее влияние со стороны гиппокампа формируется еще внутриутробно и позволяет в ранний постнатальный период дифференцировать и как бы «отлаживать» основные врожденные формы поведения. На основе этих механизмов формируется ориентировочный рефлекс. При этом для полноценного развития необходимо своевременное созревание не только мозговых структур, но и связей между ними. Важен также вопрос доли воздействия внешней среды с точки зрения сенсорной насыщенности (новизны) как необходимого условия для включения нисходящих влияний на избирательную активацию ретикулярной формации и эффективного формирования адекватных реакций на новые стимулы. Известно достаточно исследований, описывающих негативное влияние сенсорной депривации

на развитие организма [2; 12], но в силу объективных трудностей нет данных о влиянии гиперстимуляции на формирование и развитие инстинктивных и произвольных форм поведения.

На основании представлений о дизнейро-онтогенетических аспектах в происхождении детского аутизма И.А. Скворцов и В.М. Башина предложили нетрадиционный концептуальный подход к некоторым механизмам патогенеза аутизма у детей. *Нарушения возникают на этапе перехода от генетически обусловленных и относительно независимых от внешней среды поведенческих автоматизмов, обеспечиваемых на пренатальных стадиях развития так называемыми командными нейронами, к постнатальным реакциям, зависящим от афферентных систем и направленным на адаптацию организма к средовым условиям. Нарушение этого перехода приводит к отрыву командных ритмических автоматизмов в различных поведенческих сферах от реальных условий окружающей внешней среды* [15].

Таким образом, можно предположить, что при аутистическом синдроме:

— любой внешний, не вписанный в безусловнорефлекторный акт стимул, запускает ориентировочную реакцию, но научение по типу привыкания происходит в замедленном темпе, что обусловлено повышенным возбуждением восходящих влияний ретикулярной формации;

— это в свою очередь способствует снижению порогов сенсорной чувствительности, что еще больше усиливает процессы возбуждения, формируя как бы «порочный круг»;

— психика начинает защищаться, используя для этого базовые инстинктивные ресурсы, а именно, ритмические независимые от внешней среды и сформированные пренатально автоматизмы (стереотипии);

— их появление приводит к торможению и регрессу психики на внутриутробный уровень, когда реагирование на внешние стимулы минимальное.

Такой механизм нарушает процессы формирования произвольного внимания,

дифференциации и познавательных функций, что приводит в большинстве случаев (в зависимости от интенсивности и глобальности процессов) к выраженным задержкам в развитии.

Рассмотрим более подробно, как это будет проявляться в раннем постнатальном развитии ребенка с аутистическим синдромом.

Раннее постнатальное развитие. Нейропсихологические механизмы аутистического синдрома

В норме *первые 12 часов жизни* ребенка называют «имитационным периодом», когда приобретенные внутриутробные функции еще не угнетены, то есть подстройки к изменившимся условиям (работа руброспинального уровня) еще не произошло. Новорожденный в эти часы еще держит голову, внимательно рассматривает окружающий мир, иногда повторяет некоторые движения взрослых. Это, по мнению И.А. Скворцова [14], вершина внутриутробного развития как бы «вынесенная» во внешнюю среду. Все эти автоматизмы управляются системой командных нейронов, расположенных в спинном мозге и в нижних отделах ствола. Автоматизмы связывают в единую двигательную систему шею, туловище, руки и ноги: изменение положения головы автоматически вызывает содружественные повороты туловища, сгибание руки и ноги на одной стороне. Основная их задача обеспечить внутриутробную позу плода и подготовить к преодолению родовых путей матери: совершить в процессе рождения определенное количество движений и поворотов.

В норме во второй половине первых суток жизни все обрушившиеся на ребенка интенсивные воздействия могут иметь катастрофические последствия для его психики. Задача сенсорного уровня психики — оценить объем сенсорных воздействий и вовремя блокировать имевшиеся функциональные возможности психики. Таким образом, на первый план выступает угнетение мозга: создается необходимый

барьер восприятия, защищающий от большинства раздражителей. Символически мозг ребенка как бы получил необходимый заряд энергии и информации и закрылся для глубокой подготовки всего организма к конкретным условиям жизни. Происходит первичная стабилизация дыхания, работы сердца и сосудов, акта сосания и пищеварения в новых внеутробных условиях. Одновременно утрачиваются внутриутробные автоматизмы, кроме базисных (сосания и шагового рефлекса). Двигательный автоматизм, обеспечивающий сгибательное внутриутробное положение плода, после рождения становится помехой развивающимся движениям рук и ног ребенка. Включение стволового уровня приводит к оценке гравитации и к работе мышц-разгибателей. Запускаются базовые импринтинговые программы, необходимые для сличения генетической программы со специфическим внешним пусковым механизмом (сосательная функция).

Выраженное негативно окрашенное возбуждение и изменение длительности этой фазы — признак пренатальной дисфункции тонического уровня и «сцепленности» со старыми внутриутробными автоматизмами.

Получается, если при нормальном развитии сосание и тоническая преднастройка к внешнему фактору (груди) осуществляется автоматически, то в случае отсутствия перехода от генетически обусловленных и относительно независимых от внешней среды поведенческих автоматизмов к постнатальным реакциям, направленным на адаптацию организма к средовым условиям, импринтинг будет аномальным. *Возможно, что пролонгированное исследование имитационного периода, его длительности и особенности протекания поможет более точно провести раннюю диагностическую оценку риска развития расстройств аутистического спектра.*

Со 2 по 12 недели до 3 месяцев жизни ребенка происходит наиболее интенсивный и избыточный рост дендритных ветвлений (синаптогенез). Развитие идет от внутрен-

*них ощущений к внешним. Вначале ребенок живет в большей степени в мире внутренних стимулов (количество внешних стимулов еще ограничено гипотетическим «стимульным барьером»). Задача ребенка в этой фазе состоит в достижении гомеостаза посредством преимущественно физиологических механизмов. Мать должна защищать новорожденного от потрясений и травмирования внутренними стимулами, что позволяет ему постепенно переключаться на внешний мир. Мозг в этот момент приобретает возможность пассивно воспринимать различную сенсорную информацию и связывать ее со своими внутренними психосоматическими ощущениями. Ребенок следует за внешним стимулом глазами и головой, заново учится держать голову, разжимать кулачки, то есть происходит *отладка и подстройка сенсорного уровня* к внешней среде. И наибольшую роль здесь играет так называемый диалог «мать — ребенок», который представляет собой цикл из последовательности «действие — реакция — действие». Происходит неосознанное целостное взаимодействие двух тел. Ведущим здесь, повторимся, является мотив поддержания внутреннего гомеостаза. На этом этапе еще нет активного поиска раздражений и общения с внешним миром. Мать непосредственно физически защищает ребенка от перегрузки любого рода (пеленанием, теплом, укачиванием и т.д.). Она кормит его грудью, как только он проголодается, меняет пеленки, то есть предоставляет ему аффективную разрядку. В этот момент для младенца мать и он сам — это один человек. Мать — это вся окружающая среда, она еще не стала отдельным объектом для него. Вершиной данного этапа развития к 3 месяцам является такое новообразование как «комплекс оживления» на новые стимулы и «совместное внимание», которое является базой для коммуникации, обучения и эмоционального развития. *Пролонгация этого опыта как желаемого состояния играет важнейшую роль в психической жизни ребенка.**

На этом этапе происходит отбор нужного количества синаптических связей, отклонение в любую сторону будет проявляться в виде широкого спектра эмоциональной патологии на наиболее поздних этапах онтогенеза. Любые афферентные поступления станут стимулом для усиления автоматизмов, которые не интегрируются в общую психическую активность, а играют роль самостимуляции. Это в свою очередь препятствует формированию целенаправленного взаимодействия с внешней средой.

В будущем для ребенка это может означать, что любое событие (внешнее или внутреннее, позитивное или негативное), требующее адаптации, будет определяться как стрессор и запускать большое количество возбуждения в нервную систему, замедляя формирование и взаимодействие вышележащих уровней. Выработка новых связей с внешним миром также будет носить характер жесткой сцепленности, свойственной безусловнорефлекторным актам, что послужит физиологическим основанием для формирования в будущем жестких стереотипий в виде моторных ответов как в двигательной, так и в речевой сфере. Эти моторные ответы дают возможность предположить глубокий психический регресс к начальным стадиям внутриутробного развития. Непонятное, «трудное» поведение ребенка вызывает у родителей ощущение, что к их родительской компетенции предъявляются чрезмерные требования; возникает чувство бессилия и вины.

Ранние (в первые полгода) признаки риска развития аутистического синдрома

1. Периодами у ребенка наблюдается недостаток устойчивого внимания к внешним стимулам (отсутствует готовность к прислушиванию, взгляд чаще направлен в себя) либо, наоборот, очень долгое (не по возрасту) сосредоточение на внешних стимулах.

2. В двигательной активности ребенка в большей степени, чем в норме, преобладает самостимулирующая активность (тенденция к принятию эмбриональной позы, атеотозные движения пальцев).

3. Периодами наблюдается сильное возбуждение, повышение чувствительности к тактильным стимулам (в том числе при сосании груди), возбуждение часто заканчивается моторной разрядкой, «сучением» ногами, плачем.

4. Нарушается взаимодействие с матерью: ребенок не смотрит на нее, с трудом привлекается к взаимодействию, не приспосабливается на руках, проявления радости и улыбки при контакте мимолетны и неустойчивы.

В следующий этап развития, *от 3 до 5–6 месяцев*, происходит отбор эффективных функциональных связей.

Процессы развития и все возрастающая забота матери, кормление, тактильная и вестибулярная стимуляции (пока в большей степени, чем зрительная и вербальная), развивают у ребенка ощущения своего тела вместе с восприятием внешнего мира. В этот момент происходит хотя бы мимолетное разделение себя и внешнего мира и понимание зависимости от источника вне телесного Я. Всякий раз как гомеостаз нарушается, мать, напрямую взаимодействуя в едином психологическом поле с ребенком, будет оказывать помощь и успокаивать младенца, создавая таким образом положительный соматический опыт, связанный с тонической регуляцией эмоционального состояния. В противном случае будут нарушены нейробиологические процессы копирования, являющиеся базисом для двигательной имитации и эмоциональной эмпатии. Многообразие эффективных способов саморегуляции зависит от количества факторов, которые будут расценены мозгом как негативные. Избегание негативных стимулов, защита от них в виде изоляции, снижение многообразия ответных реакций неизменно приводят к функциональному огрублению дендритного дерева. В результате психическая сфера ребенка становится более закрытой, а значительная часть ранее работавших в ней нейронов оказываются функционально заблокированными. *При аутизме след-*

ствием этого является гиперсензитивность, когда практически любой стимул приводит к возврату на тонический уровень и к сильнейшим эмоциональным реакциям возбуждения, как правило, с негативным переживанием. При этом успешные способы регуляции матерью состояния ребенка из-за патологии вышестоящего уровня будут впоследствии применяться ребенком в качестве аутостимуляции, то есть носить жесткий характер, не меняющийся в зависимости от обстоятельств, и в конечном итоге задерживать общее развитие ребенка. Это приведет к нарушениям телесных ощущений, к фрагментарности восприятия, поскольку полноценная связь между внутренними и внешними тактильными ощущениями не устанавливается.

Ранние (с 6 до 8 месяцев) признаки риска развития аутистического синдрома

1. Периодами у ребенка наблюдается недостаток устойчивого внимания и целенаправленных действий (он не реагирует на звук, если не видит его источника, не проследивает взглядом игрушку, не перекладывает из руки в руку погремушку, не пытается подражать, часто не ползает) либо, наоборот, наблюдается не по возрасту очень долгое сосредоточение на внешних стимулах с трудностями переключения.

2. В двигательной активности ребенка преобладают самостимуляции: он часто раскачивается, стоя на коленях, стереотипно стучит погремушкой, долго и пристально разглядывает «нестандартный» зрительный стимул, например, узор на ковре.

3. Периодами у ребенка наблюдается сильное возбуждение, повышается чувствительность в зрительной, слуховой и тактильной сферах, наблюдается испуг при резкой смене стимулов.

4. Нарушается взаимодействие с матерью: ребенок не ориентируется на лицо матери, больше интересуется деталями ее одежды; радость носит скорее физиологический характер и не несет коммуникативной нагрузки; взаимодействие кратковременное, чаще как ответ на инициативу мамы.

К концу 1 года жизни вырабатываются в норме все виды внутреннего торможения условных рефлексов, ведущим становится уровень экспансии пространственного поля. Восприятие формы, пространства на этом уровне уже сформировано как таковое, движения носят целенаправленный характер. Ребенок активно осваивает координаты пространства как внешнего, так и собственного тела. Соединены воедино все виды перцепции: тактильная перцепция, проприорецепция, вестибулорецепция, зрение и слух. При контакте с ребенком появляются взаимодействия. Сначала это мимическое взаимодействие, затем уже двигательное, которое обычно заканчивается целенаправленными касаниями (салочки, догонялки). Появляются целенаправленные социальные ритуалы: помахать рукой перед уходом, позвать, чтобы услышали, состроить гримасу, чтобы поняли. Отмечается активная имитация мелодий, ритмики, быстро нарастает словарный запас, слова и простые фразы употребляются осмысленно.

Дети, страдающие аутизмом, чаще всего этот уровень так и не проходят, поскольку восприятие у них дезинтегрировано, оно остается фрагментарным. У них отсутствует имитация, а тревога носит глобальный гомеостатический характер, хотя тревога восьми месяцев часто отсутствует. Развитие же двигательной активности продолжает носить характер ориентировочного рефлекса, развиваются двигательные стереотипии, в речи могут появляться отдельные слова, которые не несут обычной смысловой нагрузки (эхолалии). При прохождении этого уровня с дефицитом предыдущих уровней ребенок становится обучаем через имитацию под контролем, но диапазон его возможностей ограничен.

Ранние (с 1 года) признаки риска развития аутистического синдрома

1. У ребенка наблюдается недостаток устойчивого внимания и целенаправленных действий, что проявляется в задержке формирования навыков: ребенок не реаги-

рует на имя, не выполняет имитационных действий, не реагирует на просьбы, не сигнализирует о своих витальных потребностях, не указывает пальцем на интересующий объект; задерживается формирование речи и бытовых навыков.

2. В свободной активности ребенка больше, чем в норме, преобладают самостимуляции: его привлекают ритмичные стимулы: например, мигание света, кручение мячика, пересыпание песка; он разглядывает штрих-коды, бегаёт по кругу, раскачивается, повторяет одни и те же слова.

3. Периодами наблюдается сильное возбуждение, повышается чувствительность в зрительной, слуховой и тактильной сферах, возбуждение выражается в повышении тонуса тела, в крике, кусании, других агрессивных действиях; поведение может носить импульсивный и аффективно заряженный характер.

4. Нарушается взаимодействие с людьми: ребенок не ориентируется на лицо матери, отношения часто строятся по типу функционального симбиоза (использо-

вание матери как неодушевленного предмета); он не реагирует на эмоциональные сигналы окружающих; не разделяет собственные эмоции с другими людьми; речь не несет коммуникативной нагрузки.

Поскольку при РАС нарушаются адаптация к внешнему миру и иерархия регуляции психических процессов, информация о закономерностях и кризисных периодах внутриутробного развития ребенка и о предполагаемых механизмах формирования аутистического синдрома в раннем онтогенезе, а также об основных поведенческих диагностических признаках нарушений саморегуляции на ранних этапах онтогенеза важна для понимания специфики механизмов функционирования психики ребенка с аутизмом.

В зависимости от того, какой уровень психического функционирования является ведущим у ребенка с РАС, в процессе работы специалист организует его адаптацию к внешнему миру и подбирает соответствующие коррекционные технологии. ■

Литература

1. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем // Принципы системной организации функций. М., Наука, 1973. С. 5–61.
2. Бауэр Т. Психическое развитие младенца. М.: Прогресс, 1985.
3. Введение в психологию / Аткинсон Р.Л. и др. / Под общ. ред. В.П. Зинченко. 15-е межд. изд. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007.
4. Выготский Л.С. Проблема возраста. / Выготский Л.С. Собр. соч. в 6-ти т. Т. 4. с. 244–268. М., Педагогика, 1984.
5. Выготский Л.С. История развития высших психических функций / Выготский Л.С. Собр. соч. в 6-ти т. Т. 3. М., 1983.
6. Горячева Т.Г., Султанова А.С. Психокоррекция / Под ред. Б.А. Маршнина // Клиническая психология в социальной работе. М., 2002.
7. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей. М.: Академия, 2003.
8. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М.: Изд-во Московского университета, 1981.
9. Лоренц К. Агрессия (так называемое «зло»). Пер. с нем. М.: Издательская группа «Прогресс»; «Универс», 1994. 272 с.
10. Лурия А.Р. Эволюционное введение в психологию: материалы к курсу лекций по общей психологии: Раздел 1 / А.Р. Лурия. Переиздание. М.: Изд-во Московского университета, 1975; Тарту: Тартуский государственный университет, 1976. 127 с.
11. Манелис Н.Г. Ранний детский аутизм: психологические и нейропсихологические механизмы // Школа здоровья. 1999. № 2. С. 6–22.
12. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебн. пособие. СПб.: Изд. дом «Питер», 2012.
13. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2002.

14. Скворцов И.А. Роль перивентрикулярной области мозга в нейроонтогенезе (в норме и при ДЦП) // Альманах «Исцеление», 1995. Вып. 2. С. 38–61.
15. Скворцов И.А., Башина В.М., Нефедова И.В. Дизнейроонтогенетические аспекты клиники и автогенеза аутистических синдромов у детей // Альманах «Исцеление», 2000. Вып. 4. С. 46–51.
16. Строганова Т.А., Орехова Е.В., Галюта И.А. Нейронные механизмы нарушений ориентировки внимания у детей с расстройством аутистического спектра // Экспериментальная психология. 2015. Т 8. № 3. С. 7–23. doi:10.17759/exppsy.2015080302
17. Султанова А.С. Развитие психики ребенка в пренатальном периоде // Хрестоматия по перинатальной психологии. М., 2005.
18. Рамачандрян В.С., Оберман Л.М. Разбитые зеркала: теория аутизма // Аутизм и нарушения развития. 2008. № 3. С. 1–9.

Mechanisms of autistic symptom forming in prenatal and early postnatal development

Yu.V. Nikitina*,

Moscow State University of Psychology & Education,
Moscow, Russia,
yulnikit@yandex.ru

An overview of neuropsychological and neurophysiological studies of disorders observed in autism spectrum disorders is presented. The main stages of prenatal and early postnatal ontogenesis in neurotypical development and in autistic disorders are described. A model for the formation of an autistic syndrome in early ontogenesis is proposed. The main behavioral diagnostic signs of self-regulation disorders in autistic spectrum disorders at various stages are listed. This is of interest for specialists working in the field of early diagnosis.

Keywords: autistic syndrome, autism spectrum disorders, diagnostic features of self-regulation disorders.

References

1. Anokhin P.K. Printsipial'nye voprosy obshchei teorii funktsional'nykh sistem [Principal questions of general theory of functional systems]. In *Printsipy sistemnoi organizatsii funktsii* [Principles of systemic organization of functions]. Moscow: Publ. Nauka, 1973, pp. 5–61.
2. Bower T.G.R. Psikhicheskoe razvitie mladentsa [Development in infancy]. Moscow: Publ. Progress, 1985.
3. Atkinson R.L. et al. Vvedenie v psikhologiyu [Introduction to Psychology]. Saint Petersburg: Publ. Prime-Euroznak, 2007.
4. Vygotskii L.S. Problema vozrasta [Problem of age]. In Vygotskii L.S. *Sobranie sochinenii v 6 tomakh* [Collected works in 6 volumes]. Vol. 4, pp. 244–268. Moscow: Publ. Pedagogika, 1984.
5. Vygotskii L.S. Istoriya razvitiya vysshikh psikhicheskikh funktsii [History of the development of higher mental functions] In *Sobranie sochinenii v 6 tomakh* [Collected works in 6 volumes]. Vol. 3. Moscow: Publ. [Pedagogika], 1983.
6. Goryacheva T.G., Sultanova A.S. Psikhokorreksiya [Psychocorrection]. In Marshinin B.A. (ed.) *Klinicheskaya psikhologiya v sotsial'noi rabote* [Clinical psychology in social work]. Moscow: Publ. Academia, 2002.

For citation:

Nikitina Yu.V. Mechanisms of autistic symptom forming in prenatal and early postnatal development. *Autizm i narusheniya razvitiya* = Autism and Developmental Disorders (Russia). 2017. Vol. 15. No 2. Pp. 65–79. doi: 10.17759/autdd.2017150207

* Nikitina Yulia Valeriavna, psychologist, Deputy director, Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD of the Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia. E-mail: yulnikit@yandex.ru

7. *Lebedinskii V.V.* Narushenie psikhicheskogo razvitiya u detei [Psychic development disorders in children]. Moscow: Publ. Academia, 2003.
8. *Leont'ev A.N.* Problemy razvitiya psikhiki [Problems of development of the psyche]. Moscow: Publ. Moscow State University, 1981.
9. *Lorenz K.* Agressiya (tak nazyvaemoe «zlo») [On Aggression]. Moscow: Publ. Progress; Publ. Univers, 1994. 272 p.
10. *Luriya A.R.* Evolyutsionnoe vvedenie v psikhologiyu: materialy k kursu leksii po obshchei psikhologii: Razdel 1 [Evolutionary introduction to psychology: materials for a lecture course on general psychology: section 1]. Moscow: Publ. Moscow State University, 1975; Tartu: Publ. University of Tartu, 1976. 127 p.
11. *Manelis N.G.* Rannii detskii autizm: psikhologicheskie i neiropsikhologicheskie mekhanizmy [Autism in early childhood: psychological and neuropsychological mechanisms]. *Shkola zdorov'ya [School of health]*, 1999, no. 2, pp. 6–22.
12. *Mikadze Yu.V.* Neiropsikhologiya detskogo vozrasta: Uchebn. posobie [Neuropsychology of childhood]. Saint Petersburg: Publ. Piter, 2012.
13. *Semenovich A.V.* Neiropsikhologicheskaya diagnostika i korrekiya v detskom vozraste [Neuropsychological diagnosis and correction in childhood]. Moscow: Publ. Academia, 2002.
14. *Skvortsov I.A.* Rol' periventrikulyarnoi oblasti mozga v neuroontogeneze (v norme i pri DTsP) [Role of the periventricular zone of the brain in neuroontogenesis (normally and with cerebral palsy)]. *Al'manakh «Istselenie» [Almanac "Healing"]*, 1995, issue 2, pp. 38–61.
15. *Skvortsov I.A., Bashina V.M., Nefedova I.V.* Dizneuroontogeneticheskie aspekty kliniki i avtogeneza autisticheskikh sindromov u detei [Dysneuroontogenetic aspects of the clinic and autogenesis of autistic syndromes in children]. *Al'manakh «Istselenie» [Almanac "Healing"]*, 2000, vol. 4, pp. 46–51.
16. *Stroganova T.A., Orekhova E.V., Galyuta I.A.* Neironnye mekhanizmy narushenii orientirovki vnimaniya u detei s rasstroistvom autisticheskogo spektra [Neural basis of attention orienting abnormalities in children with autism]. *Ekspierimental'naya psikhologiya [Experimental Psychology (Russia)]*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 7–23. doi:10.17759/exppsy.2015080302. (In Russ., abstr. in Engl.)
17. *Sultanova A.S.* Razvitie psikhiki rebenka v prenatal'nom periode [Development of a child's psyche in the prenatal period]. In *Khrestomatiya po perinatal'noi psikhologii [Reader on perinatal psychology]*. Moscow: Publ. University of Russian innovative education, 2005.
18. *Ramachandran V.S., Oberman L.M.* Razbitye zerkala: teoriya autizma [Shattered mirrors: theory of autism]. *Autizm i narusheniya razvitiya [Autism and developmental disorders (Russia)]*, 2008, no. 3, pp. 1–9.

Можно ли предотвратить рождение ребенка с аутизмом?

А.П. Чуприков*,

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика, Киев, Украина, apchuprikov@gmail.com

Оздоровление семей, планирующих ребенка, и сопровождение беременности в семьях с риском рождения ребенка с аутизмом – необходимые меры, которые наряду с результатами изучения некоторых закономерностей эпигенетического наследования аутистических расстройств приводят ученых к выводам о возможностях в будущем сократить рождаемость таких детей. Представлен краткий обзор работ, связанных с темой предотвращения рождения детей с расстройствами аутистического спектра, и результаты исследования группы медиков Украины, подтверждающего гипотезу о сезонности рождения детей с аутистическими расстройствами. Изучена сезонность рождения детей с аутизмом и психоорганическим синдромом, констатированы колебания рождения больных детей на протяжении года, высоко достоверные для страдающих аутизмом ($p < 0,001$). Предложен ряд мер для снижения риска возникновения расстройств аутистического спектра, прежде всего, сопровождение семьи медицинским психологом.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, сезонность рождения детей с аутизмом.

В беседах с семьями молодых родителей, имеющих ребенка с аутизмом, которые приходят на прием к психиатру, достаточно часто слышишь: «Мы хотели бы еще ребенка, не будет ли у него аутизма? Как это предотвратить?». Опасения рождения в семье еще одного больного ребенка парализуют некоторых родителей, и они отказываются от этих планов.

В семьях, имеющих детей с РАС, часто рождаются и здоровые дети. Есть ли какие-либо закономерности в том, что у одного ребенка расстройство аутистического спектра, а у другого его нет? Можно ли что-то посо-

ветовать родителям и специалистам, чтобы снизить риск рождения ребенка с аутизмом? Тема эта обширная, в этой статье я сужаю круг обсуждения проблемы РАС, ограничиваясь темой возможных способов сокращения случаев рождения детей с аутистическими расстройствами.

Санация супругов до периода зачатия; беременность, роды

Первым и важным компонентом оздоровления этого периода является ведение

Для цитаты:

Чуприков А.П. Можно ли предотвратить рождение ребенка с аутизмом? // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. С. 80–88. doi: 10.17759/autdd.2017150208

* Чуприков Анатолий Павлович, заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей, детской, судебной психиатрии и наркологии Национальной медицинской академии последиplomного образования им. П.Л. Шупика, научный руководитель дельфинотерапии в Международном содружестве дельфинариев «Немо», Киев, Украина. E-mail: apchuprikov@gmail.com

родителями здорового образа жизни. Необходимость вступать в репродуктивный возраст в состоянии психофизического здоровья общеизвестна, но этим, тем не менее, часто пренебрегают. Хорошее психофизическое здоровье родителей не предотвратит появление у ребенка аутизма, но, возможно, хотя бы уменьшит объем патологии ребенка, сведя его проявление, допустим, к синдрому Аспергера. Здоровый образ жизни является основой санирования внутренних сред организма родителей, т.к. иммунологический гомеостаз матери может как препятствовать, так и обеспечивать нормальное протекание процесса репродукции. Одним из вероятных механизмов, запускающих аутизм во многих случаях, по мнению профессора А.Б. Полетаева [3; 12] является феномен материнского иммунного импринтинга, основанный на трансплацентарном поступлении аутоантител матери класса JgG к плоду и эпигенетической «настройке» иммунной системы будущего ребенка. Особенности репертуаров аутоантител матери могут зависеть от превалирования у нее тех или иных бактериально-вирусных ассоциатов, а также от индивидуальных особенностей организма женщины. Являясь для матери по сути адаптивными, для будущего ребенка они могут быть патогенными и послужить основой для возникновения у него аутизма. Выявление скрытого вирусоносительства сегодня проводится довольно легко. В частности, вирус папилломы человека при определенных условиях нарушает нейрогенез плода, а избавление от него перед плановой беременностью не займет много времени. Санация матери с угрозой рождения ребенка с аутизмом, по мнению А.Б. Полетаева, может предотвратить действие этого фактора [13].

В результате кропотливого анализа здоровья 2000000 родившихся с 1982 по 2006 годы детей Швеции, проведенного международной группой ученых, выявлены 14516 человек с различными типами РАС. Установлено, что не менее 50% «вины» в возникновении аутизма в этой популяции связано с неблагоприятным сочетанием факторов окружающей среды. Понятно, что сегодня супруги

вполне способны «управлять» ближайшей внешней средой, создавая для будущей матери благоприятные условия [14; 15].

Конечно, также необходима мобилизация акушеров на предотвращение внутриутробных конфликтов между матерью и плодом. Понятно, что это возможно при тщательном контроле состояния беременной и плода! Например, частое беспокойное поведение плода как свидетельство его возможного гипоксического состояния обычно заканчивается рождением ребенка с психоорганическим дефектом, и хорошо, если это будет СДВГ. Естественно, такие нарушения серьезно осложняют клинику аутизма и затрудняют как медицинскую, так и коррекционную психолого-педагогическую помощь.

Сотрудница кафедры общей, детской, судебной психиатрии и наркологии Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика (г. Киев) доктор Е. Гальчин выявила, что в украинской глубинке рождению ребенка с РАС достоверно предшествуют следующие негативные социально-психологические факторы: низкий уровень материального благополучия в сочетании с отрицательным микроклиматом в семье (до 64,2%), рост перинатальной патологии (в сравнении с контрольной группой): преэклампсия, ранний и поздний гестоз, угроза выкидыша, инфекции мозга. В родах у матерей опытной группы статистически достоверно возрастали слабая родовая деятельность в сочетании с асфиксией плода, обвитие пуповиной, родовые травмы, тазовое предлежание и др. Предполагается, что неблагоприятные факторы периода зачатия, беременности и родов могут способствовать проявлению генетического неблагополучия и даже дозозависимо углублять его клинику [2].

Генетика

В ходе консультирования у специалиста будущие родители могут узнать возможную степень риска рождения ребенка с РАС, если в семье были подобные случаи,

что позволит ответить на вопрос о риске повторного рождения ребенка с аутизмом. В упомянутом исследовании шведских ученых [14; 15] показано, что наличие родного брата или сестры с аутизмом увеличивает риск рождения ребенка с аутизмом в 10 раз по сравнению с общепопуляционным риском. При наличии двоюродного брата или сестры риск увеличивается в два раза. Т.е. на индивидуальном уровне риск аутистического расстройства прямо пропорционален степени генетической близости с родственником с РАС. Это обстоятельство необходимо учитывать при плановом зачатии.

Однако есть множество семей, в которых кроме ребенка с РАС рождаются и здоровые дети. Статистически достоверно, что аутизм связан с полом ребенка, и у мальчиков он наблюдается в 4–5 раз чаще [4; 9]. Возможна ли селекция зародышей по полу? В некоторых азиатских странах родители, желая, чтобы в старости с ними, как это принято, остался попечитель (а им может быть только сын), прибегают к такой операции. И в настоящее время возникла проблема с невестами для миллионов женихов. Вполне возможно допустить, что в будущем в семьях, имеющих ребенка с аутистическим расстройством, для уменьшения риска рождения сибса с РАС будет проводиться селекция зародышей по полу.

Вопрос генетического риска острее всего возникает в семье, уже имеющей пробанда-аутиста, и после консультации с генетиком о степени опасности повторного случая аутизма в семье не стоит впадать в отчаяние. Дело в том, что врачам-практикам хорошо известно: в семьях, отягощенных наличием патологических генов, рождаются не только больные, но и здоровые дети. Мы допускаем, что проявляемость генной патологии может варьироваться под влиянием факторов внешней среды, т.е. эпигенетика может не только усугублять течение болезни, но и противостоять ей. Например, 35 лет назад мне довелось обследовать две пары взрослых однояйцевых близнецов. Один из близнецов в обеих парах страдал шизофренией, а второй был практически здоров, т.е. по шизоф-

рении эти пары были дискордантны. А это случается очень редко, т.к. конкордантность по данному заболеванию среди однояйцевых близнецов достигает 80–85%. Объяснение этой дискордантности было простым — близнецы отличались друг от друга по руконости: один был левшой, второй — правшой. Когда я читаю лекции, то часто спрашиваю врачей: кто был болен шизофренией, левши или правши? Почему-то чаще всего отвечают: левши. Приходится исправлять: нет, больными были правши, потому что произошло более позднее разделение на два зародыша оплодотворенного яйца, тогда, когда прошло уже несколько стадий делений, и появилась латеральность. То есть левшество может оказать серьезное влияние на судьбу человека, обладающего идентичным с сибсом набором патологических генов: болезнь у него может не проявиться.

Проводя на кафедре психиатрии НМАПО прием детей с РАС и справляясь об их руконости, я часто отмечал, что аутизм у леворуких, хотя и встречается, выглядит иначе: он коррелирует с гиперактивностью, торможением развития моторики и речи, с повышенной контактностью с окружающим миром, эмоциональностью. Таким образом, возможно, что в будущем изменение латерального профиля, его отличие от видовых характеристик латеральности, присущих популяции данного региона, может частично или полностью ограничивать проявление патологических генов.

Роль перинатального психолога

Когда 25 лет назад в Луганском медицинском университете я впервые предложил своим студентам, будущим медицинским психологам, взять в качестве материала для дипломных работ обследование беременных женщин, то не предполагал, сколько среди беременных нуждаются в психотерапевтической поддержке. К сегодняшнему дню психотерапевтическая подготовка беременных женщин к родам, которую должны проводить фельдшеры в консультациях, превратилась в пустую формальность.

В связи с этим общественное движение, зародившееся среди медицинских психологов и направленное на оздоровление периода беременности, вылилось в создание в славянских странах сначала частнопрактикующих, а теперь и бюджетных перинатальных психологов.

Родители детей с особыми потребностями — это тот контингент, с которым прежде всего следует проводить настойчивую, кропотливую и оптимизирующую психотерапевтическую работу. Работа со страхами, тревожными ожиданиями будущих матерей, уже имеющих детей с РАС, может дать самые позитивные результаты.

Среди сегодняшних практикующих перинатальных психологов я хотел бы упомянуть одного из лидеров перинатальной психологии в Украине доктора философии в области психологии Гертруду Шпатаковскую. Ее книга «История одной беременности» вскоре станет доступной и родителям, и специалистам [8]. В книге последовательно, шаг за шагом, описывается психотерапевтическая работа с беременными. В качестве супервизора я посещал занятия медицинских психологов с беременными женщинами. В атмосфере жизнерадостности и поддержки, царящей на занятиях, будущие матери и отцы переживали ощущение радостного ожидания предстоящих родов и появления ребенка. Я убежден, что родителям ребенка с аутизмом очень важно пройти курс оздоравливающих занятий не только с точки зрения улучшения психического здоровья родителей и психологической атмосферы в семье, но, прежде всего, для улучшения внутриутробного гомеостаза матери и здоровья плода. Психотерапия в этом плане является для беременных мощным оздоравливающим фактором, способным в определенной мере заменить фармакологическую поддержку беременности и родов.

Одним из перспективных направлений психофизического оздоровления матери или обоих родителей, уже имеющих одного ребенка с РАС, является комплексная кинезитерапия в сочетании с элементами биоэнергетической терапии [5; 6]. Значи-

тельное число матерей имеют психогенные соматоформные расстройства, которые инвалидизируют их и являются серьезным препятствием для рождения нового потомства. Психолог-кинезитерапевт Т.В. Черная проводит психосенсорную интеграцию и ребенку-аутисту, и его матери, восстанавливая как здоровье ребенка, так и положительную внутрисемейную атмосферу.

Таким образом, сопровождение перинатальным психологом беременной, ранее ставшей матерью ребенка с РАС, может способствовать оздоровлению процесса гестации, притормаживанию проявления генетического неблагополучия у плода.

Эпигенетика

В пользу гипотезы, что даже наличие патологического генома не висит Дамокловым мечом над семьей, имеющей ребенка с РАС, свидетельствуют современные представления о влиянии факторов внешней среды на проявление генома. Эта область науки сегодня называется эпигенетикой. Одна из дерзких эпигенетических гипотез А.М. Вайсермана [1] содержит постулат, что активность многих генов подвержена влиянию различных внешних факторов, среди которых сезонность рождений занимает не последнее место. Эпигенетические модификации у человека могут возникнуть, если действие факторов внешней среды придется на критические стадии раннего развития (это перинатальный период и время после рождения), а возникшие изменения могут имплантироваться на всю жизнь и даже на нескольких поколений.

Сезонность рождений как эпигенетический фактор изучалась во многих странах. Большинство авторов рассматривают сезонность рождений и как исторические изменения ее паттерна в связи с различными факторами окружающей среды: температуры, интенсивности освещения и длины светового дня, уровня синтеза витамина Д, загрязненности воздуха, а также других факторов, которые могут влиять на концен-

трацию гормонов, качество спермы и сексуальную активность людей.

Мишель Оден — один из ученых, считающих, что внутриутробная экология является наиболее важным аспектом экологии человека, и что, с одной стороны, эмбрион и плод подвергаются повышенному риску от негативных факторов внешней среды, с другой стороны, внутриутробный период характеризуется их высокой адаптируемостью к этим факторам. С 1993 г. он собирает информацию по перинатологии и размещает на сайтах www.primalhealthresearch.com, www.birthworks.org [11].

Большое число исследований, представленных на этих сайтах, содержат сведения о рождаемости людей, которые в последующем заболели психическими расстройствами. Особенно, можно сказать, повезло такому заболеванию как шизофрения, а вот аутизм сравнительно редко привлекал к себе внимание в этом отношении. Тем не менее, М. Оден уделяет внимание и этому заболеванию. В частности, он сообщает, что одно из серьезных эпидемиологических исследований сезонности рождений детей с аутизмом было проведено в Калифорнии О. Zerbo и др. в 2011 году [14; 15]. Исследуемая популяция состояла из 6 604 975 детей, рожденных с 1990 по 2002 годы. А информация о 19 238 случаях аутизма (рождения с 1990 по 2008 гг.) была получена из департамента, координирующего услуги для людей с нарушениями развития. Авторами изучались месяц и время года зачатия. Использовались многомерные модели логистической регрессии. Получены достоверные данные, что дети, зачатые в декабре, январе, феврале или марте имели более высокий риск развития аутизма по сравнению с другими месяцами. Авторы считают, что по сравнению с летом зачатие в зимний период приводит к рождению детей с аутизмом с вероятностью преобладания в 6%.

В Великобритании повышенный риск аутизма был выявлен у людей, рождение которых пришлось на весну, а в Израиле повышенная предрасположенность к аутизму обнаружена у людей, родившихся в марте и августе [14; 15].

Исследование сезонности и помесячного распределения рождаемости детей с аутизмом в Украине

Поскольку климато-географические характеристики Калифорнии, Великобритании и Израиля значительно отличаются от украинских, группой ученых был предпринят анализ сезонности и помесячного распределения рождаемости детей с аутизмом в Украине; сравнение проводилось с детьми, страдающими психоорганическим синдромом [4]. Были изучены рождения 795 детей. Из них 449 детей и подростков имели аутистические расстройства. Соотношение по полу было следующим: 355 мальчиков и 94 девочки, т.е. 3,78 мальчика к 1 девочке, что соответствует общепринятой статистике.

Вторую группу составили 346 детей и подростков с диагнозом «психоорганический синдром», возникший в результате органического поражения головного мозга в период беременности и родов, но без явных признаков РАС. Это была более разнородная группа, куда входили дети со статокинетическими расстройствами (в том числе и с ДЦП) и с когнитивным дефицитом, с задержками развития психики и речи, только с задержками развития речи, в том числе с алалией.

Референтная популяция (группа сравнения), созданная с использованием материалов статистических ежегодников Украины за 2000—2009 гг., насчитывала 4 370 365 людей, родившихся в те же годы.

Статистическая обработка указанного материала показала, что именно результаты по рождению детей с РАС, но не детей с последствиями органического поражения головного мозга, достоверно отличаются от рождений детей общей популяции ($p < 0,001$).

В частности, получены данные о достоверном преобладании рождения детей с аутистическими расстройствами в Украине в летние месяцы. Максимум случаев предрасположенности к заболеванию приходился на июнь и август. В то же время в февралемарте детей с впоследствии выявленными РАС рождается достоверно меньше. Т.е. для

детей с РАС существует своего рода демографическая яма. А вот показатели детей с психоорганическими расстройствами не отличались от популяционных. Достоверные сезонные отличия рождаемости именно пациентов с аутизмом и детей из соответствующей референтной выборки свидетельствуют о зависимости предрасположенности к этому расстройству от факторов окружающей среды. В последние годы получено много доказательств того, что искажение нормальных эпигенетических процессов в раннем развитии вследствие влияния тех или иных неблагоприятных факторов играет важную роль при развитии различных патологических проявлений, в том числе нейропатологических состояний [1].

Таким образом, подчеркну, выявленные сезонные отличия рождаемости пациентов с аутизмом от детей из соответствующей референтной выборки свидетельствуют об определенной зависимости предрасположенности к этому заболеванию от средовых факторов, действующих на организм на протяжении его пре- и постнатального развития. Выявленные закономерности могут быть использованы специалистами при консультировании семей с высоким риском рождения больных аутизмом.

Семьям, где есть ребенок с аутизмом, можно рекомендовать плановое зачатие последующих детей в другой временной период, чтобы между рождениями детей был временной «зазор» в 3–6 месяцев.

В завершение очерка возможностей предотвращения повторного рождения в семье ребенка с РАС хочу перечислить еще некоторые направления поддержки семьи, далекие от так называемой доказательности.

С некоторых пор сотрудники дельфинариев обратили внимание на то, что среди купающихся с дельфинами все чаще встречаются беременные женщины. Около 10–11 лет назад акушеры-гинекологи г. Одессы стали направлять на купание с дельфинами своих подопечных. Оказалось, что после нескольких плаваний угроза ухудшения психофизического состояния женщин ослабляется, и роды протекают без осложнений. По

наблюдениям врача и медицинского психолога Е. Игруновой в киевском дельфинарии «Немо», дельфины легко распознают состояние беременности у купальщиц и проявляют к ним особую деликатность и осторожность. Врачи-неонатологи уверяют, что дети, рождающиеся у таких матерей, имеют хороший запас жизненных сил, что выделяет их из популяции новорожденных. Думаю, в будущем можно будет получить достоверные доказательства того, что в противостоянии с генетической предрасположенностью аутизма дельфинотерапия беременных женщин может внести свой вклад в оздоровление детей и притормаживание развития отрицательного сценария формирования аутистических расстройств.

К слову, талассотерапия беременных (купание в бассейне с морской водой) также является мощным оздоравливающим средством, хотя присутствие дельфинов в бассейне, на мой взгляд, ничем заменить нельзя.

Следует упомянуть, что при плановом зачатии важна необходимость разумного фармакологического фона — прием обоими будущими родителями фолиевой кислоты, витаминов и т.п. Все это желательно принимать заранее, за месяц до планирования зачатия. Именно эти вещества будут способствовать формированию у эмбриона нервной трубки, из которой в последующем образуется головной мозг и нервная система.

Зачатие ребенка не всегда удается в то время, которое планируют родители. Врачи-акушеры предполагают, что самым безопасным способом подготовки организмов родителей к репродуктивному процессу может быть курс инъекций экстракта плаценты. Под разными названиями (экстракт плаценты, инфламафертин) этот препарат имеется в аптеках России и Украины.

Заключение

На протяжении жизни всего лишь двух поколений аутизм заявил о себе как о реальной угрозе здоровью человечества. Высказываются предположения, что уже через

несколько десятилетий число детей с РАС может составить половину рождающихся и более. Поэтому мы вынуждены не только констатировать факт роста числа больных, но и призываем специалистов разного профиля к поискам путей первичной профилактики аутизма.

На вопрос, прозвучавший в названии публикации, можно ответить утвердительно. Да, можно снизить риск рождения ребенка с аутизмом в тех семьях, где уже есть такой ребенок. Предлагаемые здесь меры по планированию беременности в семьях с риском рождения детей с РАС и по оздоровлению семейного гомеостаза пока не способны предотвратить рождение ребенка с РАС в 100%, и эту публикацию прежде всего следует рас-

сматривать как способ еще раз заявить о проблеме и привлечь внимание к ней всех заинтересованных лиц. Однако уже сегодня из всех предлагаемых мер легко внедряемой и массовой может быть сопровождение беременности в семьях с риском рождения ребенка с РАС медицинским психологом. В его силах помочь создать вокруг беременной оптимизирующую атмосферу и защиту от возможных проявлений наследственного задатка. Как правило, эпигенетику рассматривают как осложняющий и утяжеляющий течение репродуктивного процесса фактор. Я обращаю внимание на то, что следует пытаться использовать возможности эпигенетики в оздоровлении женщины и семьи в период гестации. ■

Литература

1. *Вайсерман О.М.* Вплив умов раннього розвитку на життєздатність і тривалість життя (популяційні та експериментальні дослідження). К.: Фітосоціоцентр, 2003. 114 с.
2. *Гальчин Е.С.* Особливості перебігу дитячого аутизму // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Харків, 2008. 21 с.
3. *Поletaев А.Б.* Иммунофизиология и иммунопатология. М.: МИА, 2008. 208 с.
4. Сезонность рождения детей с аутизмом и психоорганическим синдромом в популяции Украины. *Чуприков А.П., Гальчин Е.С., Мехова Л.В., Вайсерман А.М.* // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология: международный научно-практический журнал / ИЧУП «Профессиональные издания»; Белорусская психиатрическая ассоциация. Минск: Полипринт, 2014. № 4. С. 56–62.
5. *Черная Т.В.* Опыт кинезитерапевтической помощи семьям, имеющим детей с аутизмом // Аутизм и нарушения развития. 2014. Т. 12. № 4. С. 76–79.
6. *Черная Т.В.* Биоэнергетический компонент в комплексной терапии детского аутизма // Актуальні питання в народній і нетрадиційній медицині. Здоров'я та довголіття: фундаментальні дослідження, впровадження». Київ, 2016. С. 104–106.
7. *Чуприков А.П., Хворова А.М.* Расстройства спектра аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь // Львов.: Мс., 2013. 270 с.
8. *Шпатаковская Г.* История одной беременности. Путеводитель по Беременности, Рождению и Родам. 2-е изд. К.: Изд-во «ДИА». 2017. 106 с.
9. *Chuprikov A.P., Hovorova Ann.* Autism Spectrum Disorders. Medical, Psychological and Pedagogical Support. Lambert Academic Publishing. Saarbrücken, 2013. 324 p.
10. *Chuprikov A.P.* About the epigenetic characteristic of infantile autism in Ukraine. // Moscow: Personalized psychiatry / Modern possibilities of genetics in psychiatry, 2015. P. 22.
11. *Odent M.* Primal Helth. London: Century, 1986. 240 p.
12. *Poletaev A.B., Maltseva L.I., Zamaleeva R.S., Nukhnin M.A., Osipenko L.G.* Application of ELI-P-Complex Method in Clinical Obstetrics. American Journal of Reproductive Immunology 57, 2007. Pp. 294–301.
13. *Poletaev A., Poletaeva A., Pukhalenko A., Zamaleeva R., Cherepanova N., Frizin D.* Adaptive maternal immune deviations as a ground for autism spectrum disorders development in the child. Folia Medica 56, 2014. P. 73–80
14. Odent M.: <http://www.primalhealthresearch.com>
15. Odent M.: <http://www.birthworks.org>

Is it possible to prevent the birth of a child with autism?

A.P. Chuprikov*,

P.L. Shupyk National Medical Academy of
Postgraduate Education,
Kiev, Ukraine
apchuprikov@gmail.com

Recovery of health in families planning a child and pregnancy support in families at risk of a child with autism are the necessary measures, which, along with the results of researching certain patterns in epigenetic inheritances of autism, lead scientists to conclusions about the possibility to reduce the future birth rate of such children. The results of studying of some of the patterns of epigenetic inheritance of autistic disorders are also lead scientists to those conclusions. A short review of the array of works related to the topic of preventing the birth of children with autism and the results of a study of an Ukrainian medical team that confirms the hypothesis about seasonality in births of autistic children are presented. Seasonality of the birth of children with autism and psychoorganic syndrome was studied, fluctuations in the birth of sick children throughout the year, highly reliable for those with autism ($p < 0,001$). Some measures are offered to reduce the risk of ASD, primarily accompanying the family by a medical psychologist.

Keywords: autism, autism spectrum disorders, seasonality of the birth of children with autism.

References

1. *Vajserman O.M.* Vplyv umov rann'ogo rozvytku na zhyttjezdatsnist' i tryvalist' zhyttja (populacijni ta eksperymental'ni doslidzhennja) [Influence of the conditions of early development on vitality and life expectancy (experimental and population studies)]. Kiev: Publ. Fitosociocentr, 2003. 114 p. (In Ukr.)
2. *Gal'chyn E.S.* Osoblyvosti perebigu dytjachogo autyzmu. Avtoref. dyss. ... kand. med. nauk. [Features of the course of autism in children. Cand. of Med. Sci. Thesis]. Kharkiv, 2008. 21 p. (In Ukr.)
3. *Poletaev A.B.* Immunofiziologiya i immunopatologiya [Immunophysiology and immunopathology]. Moscow: Publ. Medical Information Agency, 2008. 208 p.
4. *Chuprikov A.P., Gal'chin E.S., Mekhova L.V., Vaiserman A.M.* Sezonnost' rozhdeniya detei s autizmom i psikhoorganicheskim sindromom v populyatsii Ukrainy [Seasonality in births of children with autism and psychoorganic syndrome in the population of Ukraine]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya* [Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology], 2014, no. 4, pp. 56–62.
5. *Chernaya T.V.* Opyt kineziterapevticheskoi pomoshchi sem'yam, imeyushchim detei s autizmom [Practice of kinesitherapeutic support for families with autistic children]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and developmental disorders (Russia)], 2014, vol. 12, no. 4, pp. 76–79.
6. *Chernaya T.V.* Bioenergeticheskii komponent v kompleksnoi te-rapii detskogo autizma [Bioenergetic component in complex therapy of autism in children]. In *Aktual'ni pytannja v narodnij i netradycijnij medycyni. Zdorov'ja ta dovgolittja: fundamental'ni doslidzhennja, vprovadzhennja* [Topical questions of folk and alternative medicine. Health and longevity: fundamental research, introduction]. Kiev: Publ. [not stated], 2016, pp. 104–106.
7. *Chuprikov A.P., Khvorova A.M.* Rasstroistva spektra autizma: meditsinskaya i psikhologo-pedagogicheskaya pomoshch' [Autism spectrum disorders: medical, psychological and pedagogical support]. Lviv: Publ. Ms., 2013. 270 p.

For citation:

Chuprikov A.P. Is it possible to prevent the birth of a child with autism? *Autizm i narusheniya razvitiya* = Autism and developmental disorders (Russia). 2017. Vol. 15. No 2. Pp. 80–88. doi: 10.17759/autdd.2017150208

* *Chuprikov Anatolij Pavlovich*, Honored Worker of Science and Technology of Ukraine, doctor of medical sciences, professor, Chair of general, child, and jurical psychiatry and narcology, P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, scientific director, doiphintherapy, The International Collaboration of «Nemo» Dolphinarium, Kiev, Ukraine. E-mail: apchuprikov@gmail.com

8. *Shpatakovskaya G.* Istoriya odnoi beremennosti. Putevoditel' po Beremennosti, Rozhdeniyu i Rodam [Story of a pregnancy. Guide to Pregnancy, Birth and Giving Birth]. Kiev: Publ. DIA, 2017. 106 p.
9. *Chuprikov A.P., Hvorova Ann.* Autism Spectrum Disorders. Medical, Psychological and Pedagogical Support. Lambert Academic Publishing. Saarbrücken, 2013. 324 p.
10. *Chuprikov A.P.* About the epigenetic characteristic of infantile autism in Ukraine. // Moskow: Personalized psychiatry / Modern possibilities of genetics in psychiatry, 2015. P. 22.
11. *Odent M.* Primal Health. London: Century, 1986. 240 p.
12. *Poletaev A.B., Maltseva L.I., Zamaleeva R.S., Nukhnin M.A., Osipenko L.G.* Application of ELI-P-Complex Method in Clinical Obstetrics. American Journal of Reproductive Immunology 57, 2007. Pp. 294–301.
13. *Poletaev A., Poletaeva A., Pukhalenko A., Zamaleeva R., Cherepanova N., Frizin D.* Adaptive maternal immune deviations as a ground for autism spectrum disorders development in the child. Folia Medica 56, 2014. P. 73–80.
14. Odent M.: <http://www.primalhealthresearch.com>
15. Odent M.: <http://www.birthworks.org>