

А. П. ЧУПРИКОВ, А. М. ХВОРОВА



Расстройства спектра аутизма:
медицинская и психолого-педагогическая помощь

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ имени П. Л. ШУПИКА

А. П. ЧУПРИКОВ, А. М. ХВОРОВА

РАССТРОЙСТВА СПЕКТРА АУТИЗМА:

медицинская и психолого-педагогическая помощь

Второе, дополненное издание

Львов — Мс — 2013

УДК 376.1-056.3(072)

ББК 74.3

Ч92

Дополненное переиздание переведенного с украинского языка учебного пособия для вузов Министерства образования и науки Украины (письмо № 1/11-2999 от 04.04.2011) "Розлади спектра аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога" (Львів, 2012).

Одобрено ученым советом Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика (протокол № 3 от 13.03.2013).

Рецензенты:

С. Д. Максименко, доктор психологических наук, действительный член НАПН Украины, профессор;

А. К. Напреенко, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки и техники Украины, профессор;

А. Г. Шевцов, доктор педагогических наук, заведующий кафедрой ортопедагогики и реабилитологии Института коррекционной педагогики и психологии Национального педагогического университета имени М. П. Драгоманова

Чуприков А. П. Расстройства спектра аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь / А. П. Чуприков, А. М. Хворова. — Изд. 2-е, дополн. — Львов : Мс, 2013. — 272 с.

ISBN 978-966-8461-62-0

В данной книге приведена актуальная и систематизированная научно-практическая информация о расстройствах спектра аутизма (РСА), об их этиологии и патогенезе, особенностях психического развития детей, страдающих аутизмом. Проводится мысль о разнообразии природы и клиники РСА, объединенных внешне единым фасадом аутизма, о необходимости привлечения к диагностике как психологических тестов, так и данных психопатологического анализа, генетических исследований, электроэнцефалографии (в т. ч. ночного мониторинга ЭЭГ), МРТ. При этом, положительно оценивая стандарты помощи детям с РСА, авторы приводят результаты поисковых исследований в данной области. Книга впервые объединяет медицинскую и психолого-педагогическую помощь детям с РСА, подводя читателя к мысли о необходимости мультидисциплинарной бригадной помощи таким детям. В книге представлена целостная система психолого-педагогической коррекции расстройств поведения у детей с РСА, в основу которой положены достижения зарубежных и отечественных ученых. При этом авторы руководствуются семейно-центрированным подходом, считая, что семьи таких детей нуждаются в психолого-педагогической помощи, одной из форм которой могут быть совместные походы, пребывание в реабилитационных лагерях и др.

Книга рассчитана на студентов и интернов медицинских и педагогических вузов, специалистов в области коррекционной педагогики, реабилитологии и специальной психологии, врачей (детских психиатров, невропатологов, семейных врачей), а также на родителей детей с РСА.

УДК 376.1-056.3(072)

ISBN 978-966-8461-62-0

ББК 74.3

Ч92

© А. П. Чуприков, А. М. Хворова, 2013

P. L. SHUPIK NATIONAL MEDICAL ACADEMY OF POST-GRADUATE EDUCATION

A. P. CHUPRIKOV, A. M. HVOROVA

DISORDERS RELATED TO THE RANGE OF AUTISM:

medical, psychological and pedagogical support

The second added edition

Lviv — Ms — 2013

The added republication and the translation of the manual for higher educational institutions of the Ministry of Education and Science of Ukraine (the letter №. 1/11–2999 of 04.04.2011) "Disorders related to the range of autism: medical, psychological and pedagogical support" (Lviv, 2012).

It is approved by the Scientific council of P. L. Shupic National Medical Academy of Post-Graduate Education (the protocol №3 of 13.03.2013).

Reviewers:

S. D. Maksimenko, Doctor of Psychological Sciences, full member of NAPS of Ukraine, Professor;

A. K. Napreenko, Doctor of Medical sciences, honored worker of science and technology of Ukraine, Professor;

A. G. Shevtsov, Doctor of Pedagogical Sciences, the dean of the department of orthopedic pedagogy and rehabilitation science of the Institute of correctional pedagogy and psychology of The National Pedagogical M. P. Dragomanov University

Chuprikov, A. P. Disorders related to the range of autism: medical, psychological and pedagogical support / A. P. Chuprikov, A. M. Khvorova. — Lviv : Ms, 2013.— 272 p.

ISBN 978-966-8461-62-0

Actual and systematized scientific and practical information concerning the disorders related to the spectrum of autism (DSA), their etiology and pathogenesis, about features of the mental development of children suffering from autism is provided in this book. There is a thought concerning the variety of the nature and clinical picture of DSA united by the externally uniform shape of autism and specifying the need of combining in diagnostics both psychological tests, and the results of psychopathological analysis, genetic researches, an electroencephalography (including night monitoring of EEG), MRT. Thus positively estimating standards of the support provided to the children with DSA, authors give the results of the basic researches in this area. For the first time the book unites the medical, psychological and pedagogical care to children with DSA, driving the reader at the need of the multidisciplinary team help to such children. The complete system of psychologically-pedagogical correction of behavioral disorders peculiar to the children with DSA is presented in the book. It includes the finds of foreign and domestic scientists. Thus the authors are guided by the family aligned approach, considering that families of such children are in need of the psychological and pedagogical help, one form of which can be joint walking tours, staying in rehabilitation camps, etc.

The book is expected to the students and interns of medical and pedagogical higher educational institutions, the experts in the field of remedial pedagogy, rehabilitation science and special psychology, doctors (children's psychiatrists, neuropathologists, family doctors), and also on parents of children with DSA.

ISBN 978-966-8461-62-0

СОДЕРЖАНИЕ

К читателю. В. Н. Синева, В. Д. Мишиев	7
Предисловие ко 2-му изданию. А. П. Чуприков	8
Введение. А. П. Чуприков, А. М. Хворова	10
Глава 1. История исследований расстройств спектра аутизма. А. П. Чуприков, А. М. Хворова	13
Глава 2. Этиология, патогенез, динамика и прогноз расстройств спектра аутизма. А. П. Чуприков	22
Глава 3. Клинические характеристики расстройств спектра аутизма. А. П. Чуприков, Я. Т. Багрий... 34	
Глава 4. Синдром Аспергера. А. П. Чуприков, Я. Т. Багрий	42
Глава 5. Парааутизм — психогенная форма аутизма. Я. Т. Багрий	46
Глава 6. Синдром Ретта. А. П. Чуприков, Я. Т. Багрий	50
Глава 7. Характеристика психолого-педагогических теорий коррекции развития ребенка с расстройствами спектра аутизма. А. М. Хворова	58
Глава 8. Особенности формирования всех составляющих психической сферы детей с аутизмом от рождения до взрослого возраста и пути их коррекции. А. М. Хворова	70
Становление системы психических процессов у человека	71
Моторная сфера ребенка аутистического спектра	71
Сенсорно-перцептивная сфера ребенка аутистического спектра	73
Когнитивная сфера ребенка аутистического спектра	76
Речь и коммуникация ребенка аутистического спектра	79
Эмоциональная сфера ребенка аутистического спектра	80
Регуляторная (психомоторная) сфера ребенка аутистического спектра	81
Самосознание ребенка аутистического спектра	85
Глава 9. Медико-биологическая терапия расстройств спектра аутизма. А. П. Чуприков	86
Глава 10. Синдром умственной отсталости и аутизма, сцепленные с ломкой хромосомой X. Выявление и лечение. Н. Л. Горбачевская, С. А. Тюшкевич, К. К. Данилина	99
Глава 11. Аутистический эпилептический регресс и его лечение. Л. Ю. Глухова, К. Ю. Мухин	106
Глава 12. Анималотерапия. Иппотерапия. А. П. Чуприков, А. С. Бураго	114
Глава 13. Дельфинотерапия. А. П. Чуприков, Б. П. Поповский, Н. Ю. Василевская, О. Домбровская	121
Глава 14. Общие принципы психокоррекции аутизма. А. М. Хворова	128
Глава 15. Комплексная психолого-педагогическая коррекция развития ребенка с расстройством спектра аутизма. А. М. Хворова	134
Глава 16. Интенсивная психолого-педагогическая коррекция в условиях летнего лагеря. А. М. Хворова	153
Глава 17. Оптимизация взаимодействия родителей с детьми с аутизмом как необходимое условие психолого-педагогической помощи. А. М. Хворова	161
Глава 18. Образование ребенка с аутизмом: мировой опыт, педагогическая практика. А. М. Хворова	170
Литература	181
Приложение	198
Как жить с аутизмом в Украине? А. М. Хворова	234

CONTENT

To the reader. <i>V. N. Sinev, V. D. Mishiyev</i>	7
The preface to the 2 nd edition. <i>A. P. Chuprikov</i>	8
Introduction. <i>A. P. Chuprikov, A. M. Hovorova</i>	10
Chapter 1. History of researches covering the disorders related to the spectrum of autism. <i>A. P. Chuprikov, A. M. Hovorova</i>	13
Chapter 2. Etiology and pathogenesis of disorders related to the spectrum of autism. <i>A. P. Chuprikov</i>	22
Chapter 3. Clinical characteristics of the disorders related to the spectrum of autism. <i>A. P. Chuprikov, Y. T. Bagriy</i>	34
Chapter 4. Asperger's syndrome. <i>A. P. Chuprikov, Y. T. Bagriy</i>	42
Chapter 5. Paraautism — a psychogenic form of autism. <i>Y. T. Bagriy</i>	46
Chapter 6. Rett's syndrome. <i>A. P. Chuprikov, Y. T. Bagriy</i>	50
Chapter 7. The characteristic of psychological and pedagogical theories of correction of the development of the child suffering from the disorders related to the spectrum of autism. <i>A. M. Hovorova</i>	58
Chapter 8. Formation peculiarities of all the components of the mental sphere of children suffering from autism from the birth to adult age and the ways of its correction. <i>A. M. Hovorova</i>	70
Locomotor sphere of the child of the autistic spectrum.....	71
Sensory and perceptual sphere of the child of the autistic spectrum.....	73
Cognitive sphere of the child of the autistic spectrum.....	76
Speech and communication of the child the autistic spectrum.....	79
Emotional sphere of the child of the autistic spectrum.....	80
Regulatory (psychomotor) sphere of the child of the autistic spectrum.....	81
Consciousness of the child of the autistic spectrum.....	85
Chapter 9. Medico-biological therapy of the disorders related to the spectrum of autism. <i>A. P. Chuprikov</i>	86
Chapter 10. Syndrome of mental Retardation and Autism linked to the Fragile x-th chromosome. Identification and Treatment. <i>M. L. Gorbachevskaia, S. A. Tiushkevich, K. K. Danilina</i>	99
Chapter 11. Autistic epileptic regress and its treatment. <i>L. Y. Gluhova, K. U. Mukhin</i>	106
Chapter 12. Animal therapy. Hypotherapy. <i>A. P. Chuprikov, A. S. Burago</i>	114
Chapter 13. Dolphin therapy. <i>A. P. Chuprikov, B. P. Popovskiy, N. Y. Vasilevskaia, O. Dombrovskaia</i>	121
Chapter 14. General principles of psycho-correction of autism. <i>A. M. Hovorova</i>	128
Chapter 15. Complex psychologically-pedagogical correction of the development of the child suffering from the disorders related to the spectrum of autism. <i>A. M. Hovorova</i>	134
Chapter 16. Intensive psychologically-pedagogical correction in the conditions of the summer camp. <i>A. M. Hovorova</i>	153
Chapter 17. Optimization of the interaction of parents with children with autism as a necessary condition of the psychological and pedagogical support. <i>A. M. Hovorova</i>	161
Chapter 18. Education of the child with autism: world experience, pedagogical practice. <i>A. M. Hovorova</i>	170
References	181
Appendix.....	198
How can one live with autism in Ukraine? <i>A. M. Hovorova</i>	234

К читателю

В последние десятилетия расстройства спектра аутизма (РСА) у детей и подростков привлекают в мире все большее внимание не только ученых, врачей, педагогов и психологов, но и рядовых граждан. О людях с аутизмом снимаются кинофильмы и телепрограммы, публикации в СМИ заявляют об “эпидемии аутизма”, о причинах которой ежегодно появляются различные теории. Пожалуй, ни одну медицинскую проблему невозможно сравнить с аутизмом по популярности и разнообразию сенсационных путей ее “преодоления”.

До последнего времени в Украине практически не было ни серьезных исследований, ни основательных публикаций на данную тему. Мы руководствовались преимущественно зарубежными источниками информации. Только в 2000-х годах у нас появились публикации, диссертации и монографии В. В. Тарасун, А. М. Хворовой, Д. И. Шульженко, Т. В. Скрипник, А. Л. Душки, в которых освещаются различные аспекты коррекционной педагогики и психологии аутизма. Медицинская сторона проблемы была раскрыта в 2005 году в монографии А. П. Чуприкова с соавторами, но из-за малого тиража она недоступна для всех заинтересованных лиц. Главной же проблемой остается отсутствие конструктивного взаимодействия специалистов медицинского и психолого-педагогического профиля и системы практической комплексной междисциплинарной помощи детям с расстройствами спектра аутизма и их семьям. Сегодня появились только первые ростки такой помощи в виде центров, созданных негосударственными организациями.

Итак, эта книга является первым (насколько нам известно) изданием не только на территории СНГ, но и в мире, в котором авторы объединяют свои наработки в различных областях, наглядно демонстрируя, что подходы врачей и коррекционных педагогов не только не противоречат друг другу, но и могут стать основой для создания системы комплексной помощи детям с РСА и их родителям.

Стоит сказать несколько слов об авторах. Профессор-психиатр А. П. Чуприков, известный своей научной и общественной деятельностью в области помощи леворуким детям, в этой книге раскрывается не только как глубокий клиницист, но и как специалист по нейробиологии аутизма, мышление которого опережает стандарты медицины. Кандидат педагогических наук А. М. Хворова известна как энтузиаст в деле помощи детям с аутизмом, которая основала две общественные организации и несколько лет организовывала летние реабилитационные лагеря для “особых” детей и их родителей. Эту тему она пропустила через свое сердце, воспитывая своего ребенка с расстройством спектра аутизма. В приложениях к монографии содержится откровенный рассказ о пути, который прошла Анна вместе со своим сыном Андреем (сейчас ему 17 лет).

Таким образом, эта книга, которая содержит результаты последних исследований в области РСА, заполняя информационный вакуум в данной области, заслуживает внимания врачей, психологов и коррекционных педагогов, студентов соответствующих направлений подготовки, а также родителей детей с аутизмом.

Директор Института коррекционной педагогики и психологии Национального педагогического университета имени М. П. Драгоманова, академик НАПН Украины, профессор В. Н. Синев

Заведующий кафедрой детской психиатрии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика, заслуженный врач, профессор, доктор мед. наук В. Д. Мишиев

Предисловие ко 2-му изданию

Первое издание этой книги вышло на украинском языке. Она явилась первым в этой области учебным пособием, утвержденным Министерством высшего образования и науки Украины, для студентов и выпускников коррекционных и медицинских вузов. Для авторов явилось неожиданностью то, что тираж книги практически сразу разошелся среди специалистов и родителей больных детей и сразу появились просьбы о переводе книги на другие языки.

При переводе мы изъяли некоторые разделы, необходимые для учебника, но лишние в этой книге. В настоящем издании некоторые главы дополнены новыми материалами. Введена глава московских эпилептологов Л. Ю. Глуховой и К. Ю. Мухина, а также материалы О. Домбровской из Варшавы. Осталась неизменной главная концепция книги: приблизить детскую психиатрию и психолого-педагогическую помощь друг к другу в деле лечения и реабилитации детей с аутизмом.

Родители спрашивают, когда лучше начинать лечение и реабилитацию детей с аутизмом. Чаще всего приходится говорить: “Вы уже опоздали. Но поезд ушел недалеко, его еще можно догнать”. Окружающие, родственники и нередко семейные врачи спешат успокоить родителей, обеспокоенных необычным поведением ребенка и отсутствием у него речи, словами “перерастет”, “разговорится”, “куда спешить?”. Но спешить надо.

В нашу детскую психиатрическую клинику сегодня нередко обращаются родители детей в возрасте от 1,5 до 2,5 лет. По официальным положениям мы должны были бы им отказать в помощи, т. к. в Украине и России утвердилась практика, что детские психиатры могут общаться с детьми, начиная с возраста 3 лет. Но жизнь не стоит на месте, родители, просматривая сайты и форумы интернета, легко обнаруживают, что особенности поведения их ребенка отвечают информации о задержке развития психики, начинают беспокоиться и не давать покоя специалистам. Видимо, настало время отменить это положение, присоединиться к Всемирной ассоциации психического здоровья младенцев, предлагающей медицинскую помощь детям как можно раньше.

Раннее вовлечение медицинских специалистов в помощь детям с аутизмом желательнее прежде всего потому, что, как показывает практика, психофармакотерапия и другие медицинские воздействия наиболее эффективны у детей в возрасте 2–3 лет. В последующем медицинская помощь является симптоматической и часто не более, чем фоном, на котором ведущими являются психолого-педагогические программы. Последние, как известно, могут длиться всю жизнь. Выраженность аутизма также влияет на соотношение видов помощи. Понятно, что высокофункциональные аутисты в меньшей степени нуждаются в медицинской помощи и в большей — в психолого-педагогической коррекции.

Важным является взаимопонимание и взаимодействие врачей и коррекционных специалистов. Нередко приходится от последних слышать об отрицательном отношении к вмешательству врачей в судьбу ребенка. Если бы не потребность родителей в социальной помощи, оформляемой в Украине и России через местных психиатров, то они обходили бы их кабинеты “десятой дорогой”. Эта книга — попытка продемонстрировать

возможность объединения усилий медицинских и коррекционных специалистов, продемонстрировать их распределение на различных возрастных этапах.

Призывы к командному подходу в оказании помощи детям с РСА (Марценковский И. А., 2012) принимают и практически поддерживают все специалисты, но остается открытым вопрос: где он будет осуществляться — в системе помощи Минздрава или в системе муниципальных центров и МОН? Авторы этой книги с учетом необходимости оказывать помощь как детям с РСА, так и детям с другими вариантами нарушений развития психики предлагают развивать второй путь, с неизменным участием детских психиатров.

“Тихая” эпидемия детского аутизма привлекает внимание многих отечественных и зарубежных исследователей. Все более утверждается мысль, что детский аутизм — это полигенная, многофакторная и многокомпонентная энцефалопатия. В ее этиологии и патогенезе просматриваются страдания не только мозга, но других систем тела — иммунной, желудочно-кишечной, обменных процессов. Ежегодно появляются новые медицинские, психолого-педагогические методы. Врачи сегодня находятся в некоторой растерянности, что же из существующих методов является приоритетным, как выстраивать ход лечения, как руководствоваться предлагаемыми диагностически-лечебными стандартами, стремительно устаревающими.

Многое в поисках новых видов помощи этим детям делают сами родители. Общеизвестно, что безглютеновая и безказеиновая диета практически созданы ими. И хоть раздаются голоса о бездоказательности ее, тем не менее во многих странах психолого-педагогическая коррекция проводится только на фоне приема диеты.

Отдельного упоминания заслуживает бурно развивающаяся область сенсорной интеграции детей с задержками развития психики. Среди методов, применяемых сегодня в Украине, можно упомянуть и пневмомассаж, и игровую кинезитерапию, и микрополяризацию, и другие методы. Более сложным и одновременно действенным является метод Томатиса, который требует подготовки специалиста-аудиопсихолога и пока еще не распространен в нашей стране. Авторы этой книги занимают активную позицию в лечении и реабилитации детей-аутистов, руководствуясь девизом: “Аутизм — не приговор”. Используя разные моды и приемы, описанные в этой книге, мы шаг за шагом вводим малыша и подростка в микро- и макросоциум.

Родители детей с аутизмом совершают своего рода подвиги в реабилитации своих детей. Таким примером является история соавтора этой книги, доцента Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова, кандидата педагогических наук Анны Хворовой, с которой я имел счастье познакомиться в момент защиты ею диссертации. Ее историю мы сочли возможным опубликовать в приложении к данной книге.

Уважаемые читатели! Если Вы пожелаете связаться с авторами книги, то лучше это сделать, используя E-mail: achuprikov@mail.ru.

Профессор, доктор медицинских наук Анатолий Павлович Чуприков

ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным ВОЗ (2001, 2005), психическое здоровье детского населения заметно ухудшается. В Европе минимум один из 4–5 детей и подростков до 20 лет имеет психические отклонения. По мнению V. Patel и соавторов (2007), каждый пятый ребенок в мире имеет когнитивные, эмоциональные или поведенческие проблемы, у каждого восьмого могут быть продиагностированы психические и/или поведенческие расстройства.

М. Н. Папиев, В. В. Лазоришинец и другие (2010) в аналитическом обзоре охраны психического здоровья детей Украины определяют, что, к сожалению, эта общемировая тенденция наблюдается также и в нашей стране. Только по официальным данным, более 227 000 детей и подростков получают психиатрическую помощь. Психические расстройства у детей составляют 30–40% всей психической заболеваемости. С каждым годом среди них все более возрастает удельный вес детей с расстройствами спектра аутизма.

Социальная значимость проблемы детского аутизма ныне признается все больше. Эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах в 70-х годах прошлого века, показали, что частота РДА (раннего детского аутизма) составляет не менее 3–6 случаев на 10 тысяч детей (Л. Винг). В последующие годы, когда были обнаружены полиэтиология и полинозоология детского аутизма, доказано, что вокруг ядра классического клинического синдрома РДА группируются многочисленные случаи подобных нарушений в развитии коммуникации и социальной адаптации. Не совсем точно укладываясь в классическую клиническую картину РДА, они имеют общую специфику психического дизонтогенеза и требуют аналогичного медицинского и коррекционного подхода. В последнее время в медицинской литературе обычно используется термин “расстройства спектра аутизма” (РСА). Частота их выявления, по мнению современных авторов, составляет до 21–26 на 10 тысяч детей (К. Гилберт), и наряду с клиническим диагнозом все большее значение приобретает образовательный диагноз (О. С. Никольская). По нашим подсчетам, только в Киеве проживает около полутора тысяч детей от 0 до 18 лет с расстройствами спектра аутизма.

Приходится констатировать, что медицинская наука почти не уделяет внимания расстройствам спектра аутизма. В России клинико-диагностические вопросы фактически разрабатывались только В. М. Башиной и ее учениками, в Украине малым тиражом вышли монографии Чуприкова А. П., Багрия Т. Я., Винника М. И. (2005); также Булаховой Л. А. был создан соответствующий раздел в учебнике “Детская психоневрология” (2001). Программы подготовки специалистов как медицинских, так и педагогических вузов не предусматривают детального изучения расстройств спектра аутизма, в связи с чем надлежащих знаний не имеют не только учителя, воспитатели детских садов, педиатры и семейные врачи, но и некоторые врачи-психиатры.

Становлению в Украине системы помощи лицам с РСА препятствует также отсутствие продуктивного взаимодействия врачей и специалистов психолого-педагогической коррекции. Включение последней в медицинские стандарты лечения кажется нам не

очень удачной идеей, поскольку невозможно вести такую работу систематически и эффективно в формате психиатрического стационара. Проблему в городе мог бы решить Центр комплексной помощи детям с аутизмом, который бы работал на принципах междисциплинарности и семейно-центрированного подхода.

В Украине отсутствует также надлежащее количество кадров для психолого-педагогической работы с детьми с аутизмом. Соотношение врачей-психиатров и специалистов по психолого-педагогической коррекции составляет 4–5:1, в то время как, например, в Голландии на одного детского психиатра приходится 30 педагогов и психологов.

Эта книга является первой в Украине попыткой объединения достижений медицинских и психолого-педагогических ученых и практиков в области помощи лицам с РСА, и мы надеемся, что она послужит укреплению междисциплинарных связей, обогащению специалистов новыми знаниями. Нами собраны как общепризнанные факты доказательной медицины и психолого-педагогических наук, так и результаты новых поисковых исследований, которые со временем, возможно, станут “точками роста” науки, подтвердив свое право на существование.

Выдающиеся мировые авторитеты по вопросам аутизма (К. Гилберт, Т. Питерс, Л. М. Шипицина и др.) отмечают значительный разрыв между теоретическими знаниями об аутизме и практическими возможностями помощи лицам с аутизмом и их семьям. Вопросы создания, наряду с традиционными, инновационных методов медикаментозной терапии и организационных форм предоставления специальных коррекционно-образовательных услуг являются особенно актуальными.

Современное украинское общество не уделяет достаточного внимания медицинским и социальным проблемам детей с общими нарушениями психического развития. Организация медико-социальной помощи детям с аутизмом и их семьям не соответствует стандартам, принятым в мире: диагностика РСА во многих случаях происходит поздно (после 4-х лет); много случаев ошибочной диагностики шизофрении и умственной отсталости вместо аутизма; врачи общей практики обычно не участвуют в раннем выявлении заболевания, отсутствует система медико-социальной реабилитации детей до 6 лет и система специального школьного обучения, практически отсутствует социальная и профессиональная реабилитация взрослых с нарушениями развития; не оказывается необходимая социально-психологическая помощь семьям лиц с РСА. В то время как количество детей с РСА постоянно растет, в стране нет ни одного государственного (или муниципального) специализированного учреждения любого статуса и подчинения, который был бы направлен именно на лиц с аутизмом, удовлетворяя потребность в комплексном междисциплинарном сопровождении человека с аутизмом и его семьи. В большинстве случаев РСА приводят к инвалидизации и нарушению социального функционирования детей и их семей. Клинический опыт показывает, что существует корреляция между возрастом начала терапии и тяжестью когнитивной недостаточности и поведенческих нарушений пациента во взрослом возрасте — 60% детей с расстройствами спектра аутизма, терапия которых была начата в возрасте 2–4 лет, в школьном возрасте смогли заниматься по программе общеобразовательной школы, 20% — по вспомогательной программе; то есть 80% детей, у которых в раннем возрасте были диагностированы РСА, могут учиться в школе. В свою очередь, из пациентов, которые были диагностированы после 6 лет, в школе смогли

учиться только 30%, другие такие дети или были на надомном обучении, или вообще интернированы в учреждения Министерства труда и социальной политики.

Для того чтобы своевременная диагностика РСА у детей приобрела массовый характер, необходимо широко распространять знания об этих нарушениях развития не только среди врачей общей практики, но и среди дошкольных педагогов как массового, так и коррекционного профиля. Кроме того, все коррекционные педагоги должны знать о наличии скрининговых шкал диагностики РСА, применять их в случае необходимости, обладать знаниями о психолого-педагогических особенностях детей с РСА и об основных методиках коррекции и обучения, которые успешно применяются в разных странах. Сейчас, к сожалению, большое количество педагогов, особенно в провинции, таких знаний не имеют и считают детей с РСА "необучаемыми", не хотят работать с ними. Диагноз синдрома Каннера должен быть заподозрен у ребенка уже в 2 года при наличии очевидных признаков задержки (или регресса) психомоторного и речевого развития и значительных аномалий в социальном взаимодействии и подражательной игре.

Итак, необходимость создания и внедрения новейших специальных технологий коррекционной работы с детьми с аутизмом является общепризнанной. Кроме того, за последние годы уже практически доказано, что при адекватных медицинских и коррекционно-педагогических мероприятиях такие дети дают существенную положительную динамику и непредоставление детям с аутизмом и их семьям соответствующей профессиональной помощи является нарушением права детей на образование.

Положительным является то, что украинская школа психолого-педагогической помощи детям с аутизмом и их родителям находится в стадии формирования, но уже имеет собственные теоретические и практические достижения (В. В. Тарасун, А. М. Хворова, Д. И. Шульженко, Т. В. Скрипник). Одновременно имеют место значительные достижения отечественной науки в области медицинского сопровождения и биохимической коррекции аутизма (А. П. Чуприков, И. А. Марценковский и другие).

Также в стране работают негосударственные учреждения по данной проблематике: Общественная ассоциация поддержки лиц с аутизмом "Школа-Ступеньки", "Школа-Жизнь" и др.

Одной из многих медико-социальных проблем, существующих в нашем обществе вокруг расстройств спектра аутизма, остается практика "переписывания" диагноза при переходе человека во взрослый возраст (на шизофренические расстройства или умственную отсталость), в том числе и при оформлении инвалидности. Сейчас, когда за границей взрослые высокофункционалирующие аутисты создают общественные объединения и всячески защищают и отстаивают свои права, это выглядит рудиментарным нарушением прав человека.

Глава 1. История исследований расстройств спектра аутизма

По мнению Ф. Аппе, аутизм существует столько, сколько существует человечество. Почти в каждой культуре можно найти рассказы о наивных и чудаковатых людях, отличающихся странным поведением и отсутствием здравого смысла. Существует предположение, что так называемые “юродивые” в дореволюционной России могли быть аутистами. Биографические сведения о многих исторических личностях — музыкантах, ученых (Моцарте, Эйнштейне и др.) — дают основание предположить наличие у них аутистических нарушений. Термин “аутистический” был предложен Блейлером еще в 1908 году для обозначения избегания социальной жизни, которое наблюдается у взрослых людей, больных шизофренией. Синдром детского аутизма как клиническая единица был выделен Л. Каннером только в 1943 году. Уже в своей первой работе он приводит следующие признаки, присущие детям с аутизмом:

- *чрезвычайное аутистическое одиночество*: отсутствие отношений с другими детьми, раннее проявление отсутствия нормальной реакции на контакт с взрослым — ребенок не тянется навстречу, когда его хотят взять на руки, не принимает удобной позы на руках у родителей;
- *непреодолимое навязчивое стремление к постоянству*: проблемное поведение при любых изменениях обстановки и жизненного уклада;
- *чрезвычайная механическая память*: способность запомнить огромное количество сугубо ненужной информации, что совершенно не соответствовало общему снижению интеллекта, которое проявлялось в других сферах;
- *отсроченные эхолалии*: повторение услышанных фраз, неиспользование (или трудности с использованием) речи для коммуникации. Эхолаличность речи, считал Каннер, может быть причиной неверного применения местоимений, когда ребенок использует “ты”, когда говорит о себе, и “я”, когда говорит о других. Такое использование местоимений может быть результатом дословного повторения реплик других. Аналогичным образом аутисты задают вопрос, когда хотят что-то попросить (например, “Ты хочешь конфетку?” означает “Я хочу конфетку”);
- *гиперчувствительность к сенсорным воздействиям*: бурная реакция на определенные звуки и явления (пылесос, лифт и т. п.). У некоторых были трудности с приемом пищи или необычные пристрастия в еде;
- *ограниченность репертуара спонтанной активности*: стереотипные движения, реплики и интересы, при которых (например, вращая предметы или выполняя какие-то специфические движения) дети демонстрируют удивительную ловкость, что указывает на высокий уровень управления своим телом;
- *хорошие когнитивные задатки*: чрезвычайная память и моторная ловкость у некоторых детей, по мнению Каннера, свидетельствуют о высоком интеллекте, несмотря на то,

что у многих детей наблюдаются значительные трудности с обучением. Он считал, что лица с аутизмом имеют хороший познавательный потенциал, проявляющийся преимущественно блестящей памятью у тех, кто владеет речью, и в тестах на действия у мутичных. У своих пациентов Каннер отмечал “умное выражение лица”;

- *высокообразованные семьи*: Каннер отмечал, что родители пациентов имеют высокий интеллект и хорошее образование. Однако другие исследователи считают, что это могло быть обусловлено особенностями каннеровской выборки. Родителей он описывает как эмоционально сдержанных, хотя в своей первой работе Каннер вовсе не разделял теорию психогенного происхождения аутизма. Он писал: “Эти дети приходят в мир с врожденной неспособностью устанавливать обычные, биологически обусловленные эмоциональные отношения с людьми” (Kanner, 1943).

Также Каннер предложил так называемую “пробу Каннера” — своеобразный тест на аутизм. Ребенка надо достаточно больно уколоть в руку, наблюдая за его реакцией. Аутичной реакцией в этом случае будет агрессия на чужую руку, которая уколола, или полная нечувствительность, отсутствие реакции. Нормальная реакция — ребенок смотрит на лицо человека, который сделал ему больно. Этот тест редко встречается в литературе и не используется в практике.

В более поздних работах (Kanner, Eisenberg, 1956) из всех этих признаков в качестве ключевых составляющих аутизма он выделил только первые два. Другие симптомы он рассматривал или как вторичные по отношению к этим двум и ими обусловленные (например, ослабление коммуникации), или как неспецифические для аутизма (например, стереотипии).

В 1944 году, через год после публикации работы Каннера, австрийский психотерапевт Ганс Аспергер обнародовал диссертацию, посвященную “аутистической психопатии” у детей. В английском переводе она вышла лишь в 1991 году. Определения Каннера и Аспергера значительно совпадают, при том, что существует версия, что они не были знакомы с работами друг друга. Выбор термина “аутистический” для описания пациентов сам по себе является важным совпадением, который демонстрирует их общее убеждение в том, что социальные проблемы детей являются наиболее важным и характерным признаком этого нарушения. Как Каннер, так и Аспергер считали, что при аутизме социальный дефект является врожденным (по Каннеру) или конституциональным (по Аспергеру) и сохраняется в течение всей жизни. Оба исследователя отмечали также трудности зрительного контакта, стереотипные слова и движения, а также сопротивление изменениям. Часто наблюдаются отдельные специфические интересы, касающиеся необычных или очень специальных тем и предметов. Каннер и Аспергер выделили три основных признака, по которым описанное ими нарушение отличается от шизофрении: положительная динамика, отсутствие галлюцинаций, наличие нарушения с первых лет жизни — снижение способностей не происходило после периода нормального функционирования. Наконец, и Каннер, и Аспергер считали, что похожие черты были и у многих родителей таких детей — избегание социальной жизни или неприспособленность к ней, навязчивое стремление к привычному порядку, а также — наличие необычных интересов, исключающих все остальное. Клинические картины, описанные обоими исследователями, отличались по трем основным пунктам. Первое и наиболее существенное расхождение — речевые возможности детей. Каннер пишет, что 3 из 11 детей вообще не разговаривали, а другие не

использовали ту речь, которую имели для коммуникации: “Что касается коммуникативных функций речи, то существенной разницы между восемью детьми, которые не говорили, и тремя, которые говорили, не было” (Kanner, 1943). Несмотря на то, что способность к произнесению слов (на что указывает точное эхолалирование) и словарный запас были сохранены, Каннер приходит к выводу, что из 11 детей “никто... не владел речью... как средством коммуникации”. Аспергер, наоборот, писал, что свободно говорили все четыре исследованные им ребенка, и предположил, что это характерно для всех таких детей. На момент исследования (6–9 лет) у всех детей речь была “как у маленьких взрослых”. Аспергер отмечает “свободное” и “оригинальное” использования языка, а также пишет о том, что двое из четырех были склонны к рассказу “фантастических историй”.

Описание Аспергера также расходится с каннеровским в вопросе моторных способностей и координации. Каннер (1943) говорит о неуклюжести только у одного ребенка и отмечает, что четверо детей были очень ловкими. В заключение он пишет: “У нескольких детей была неуклюжая походка..., но все они были очень способны в мелкой моторике”, на что указывали их успехи при выполнении заданий с доской Сегена (ловкость здесь имеет некоторое значение), а также — то, как они могли манипулировать предметами. Аспергер, наоборот, характеризует всех четырех своих пациентов как неуклюжих, когда описывает их трудности как в спорте (общая скоординированность движений), так и в мелкой моторике, например в письме. Здесь мы встречаемся с общим расхождением позиций Аспергера и Каннера. Каннер считал, что у аутичных детей избирательно нарушается понимание социальных сторон жизни, они лучше взаимодействуют с предметами, чем с людьми: наряду с тем, что у всех детей было “прекрасно осмысленное и вдумчивое взаимодействие с предметами”, их “взаимодействие с людьми было совсем другим”. Аспергер же считал, что у его пациентов было нарушение в обеих сферах: “существенное отклонение при аутизме — нарушение активного взаимодействия со средой в целом” (Asperger, 1944, в переводе Frith, 1991).

Последнее расхождение в клинических описаниях Аспергера и Каннера — способность детей к обучению. Каннер считал, что его пациенты были наиболее успешны, когда механически заучивали схему действий, Аспергер же считал, что его пациенты достигали наилучших результатов, “когда ребенок мог проявлять спонтанность”, и был убежден, что у них есть склонность к абстрактному мышлению.

Эти различия дали основание считать, что исследователи описали два различных синдрома, которые объединяет нарушение способности к социальному взаимодействию, что не соответствует нарушению интеллекта.

В последующие годы критерии синдрома значительно уточнялись, прежде всего, в связи с осмыслением возможности и характера интеллектуальной недостаточности детей с аутизмом. В связи с этим, M. Rutter в 1978 году определяет опорные признаки синдрома следующим образом: проявление специфических трудностей до 30-месячного возраста; особые глубокие нарушения социального развития, оказывающиеся вне связи с уровнем интеллектуального развития; специфическая задержка и нарушение развития речи вне связи с интеллектуальным уровнем; стремление к постоянству, выражающееся в стереотипных действиях, сверхпристрастии к объектам или сопротивлении изменениям среды.

B. Bettelheim в 1967 году уточняет, что стремление к постоянству может и не проявляться явно у глубоко аутичных детей, отгороженных от всякого контакта с реальностью.

В 1978 году E. Ornitz вносит предложение ввести в ряд основных признаков детского аутизма специфическую реакцию на сенсорный раздражитель, которая может выражаться и в его игнорировании, и в болезненной реакции, и в особой очарованности определенными сенсорными впечатлениями. L. Wing (1976) как один из основных признаков аутизма рассматривает проблемы символизации, выражающиеся в буквальности, одноплановости понимания событий, в трудностях переноса сформированных навыков и развитии символической игры. Клиническая картина синдрома характеризуется большинством авторов как полиморфная и противоречивая (L. Wing, 1976; М. С. Вроно, 1976; M. Rutter, 1978; В. М. Башина, 1980, 1999; Е. Каган, 1981; К. С. Лебединская, 1987, 1988). По мнению О. С. Никольской, сама противоречивость и парадоксальность проявлений аутичного ребенка также может рассматриваться как специфическая характеристика синдрома.

В конечном счете усилиями многих специалистов из разных стран была создана Международная классификация болезней 10 пересмотра, утвержденная приказом министра здравоохранения Украины как обязательный документ для всех врачей. Приводим ту часть раздела F80–F89 этого документа, который имеет отношение к излагаемому вопросу.

. 0 Детский аутизм

А. Аномальное или нарушенное развитие проявляется в возрасте до 3 лет по меньшей мере в одной из следующих сфер:

1) рецептивная или экспрессивная речь, используемая при социальном общении;

2) развитие селективных социальных привязанностей или реципрокного социального взаимодействия;

3) функциональная или символическая игра.

Б. Должны присутствовать в общей сложности минимум 6 симптомов из 1), 2) и 3), причем по меньшей мере два из перечня 1) и по меньшей мере по одному из перечней 2) и 3):

1) Качественные нарушения реципрокного социального взаимодействия проявляются минимум в одной из следующих областей:

а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию и позы тела;

б) неспособность к установлению (в соответствии с психическим возрастом и вопреки имеющимся возможностям) взаимосвязей со сверстниками, что включало бы общие интересы, деятельность и эмоции;

в) отсутствие социо-эмоциональной взаимности, что проявляется нарушенной или девиантной реакцией на эмоции других людей, и (или) отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией, а также (или) слабость интеграции социального, эмоционального и коммуникативного поведения;

г) отсутствие спонтанного поиска разделяемой радости, общих интересов или достижений с другими людьми (например, ребенок не показывает другим людям интересующий его предметы и не привлекает к ним их внимание).

2) Качественные аномалии в общении проявляются минимум в одной из следующих областей:

а) задержка или полное отсутствие разговорной речи, что не сопровождается попыткой компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой (часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления);

б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития), требующую коммуникативной взаимности с другим лицом;

в) повторяющаяся и стереотипная речь и (или) идиосинкратическое использование слов и выражений;

г) отсутствие разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более раннем возрасте) подражательных игр.

3) Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами, которые аномальны по содержанию или направленности; или интересами, которые аномальны по своей интенсивности и ограниченной природе, хотя не по содержанию или направленности;

б) внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;

в) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы, которые включают прихлопывания или выкручивания пальцев или кистей рук, или более сложные движения всего тела;

г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

В. Клиническая картина не может быть объяснена другими видами общего нарушения развития: специфическим нарушением развития рецептивной речи (F80. 2) с вторичными социо-эмоциональными проблемами; реактивным расстройством привязанности детского возраста (F94. 1) или дезингибированным расстройством привязанности в детском возрасте (F94. 2), умственной отсталостью (F70–F72), комбинирующейся с некоторыми эмоциональными и поведенческими расстройствами, шизофренией (F20) с необычно ранним началом и синдромом Ретта (F84. 2).

F84. 1 Атипичный аутизм

А. Аномальное или нарушенное развитие проявляется в возрасте 3 лет или старше (критерии аутизма за исключением возраста манифестации).

Б. Качественные нарушения социального взаимодействия, или качественные нарушения общения, или ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность (критерии аутизма, хотя минимальное количество областей, в которых отмечается нарушение, должно выдерживаться не обязательно).

В. Диагностические критерии аутизма (F84. 0) не выполняются.

Аутизм может быть атипичным как по возрасту начала (F84. 10), так и по феноменологии (F84. 11); эти два типа дифференцируются по пятому знаку для исследовательских целей. Синдромы, атипичные и в том, и другом отношении, должны кодироваться F84. 12.

F84. 10 атипичность по возрасту начала

А. Не отвечает критерию А аутизма (F84. 0); а именно, аномальное (нарушенное) развитие выявляется только в возрасте после 3 лет.

Б. Отвечает критериям Б и В аутизма (F84. 0).

F84. 11 атипичность по симптоматике

А. Отвечает критерию А аутизма (F84. 0); т. е. аномальное (нарушенное) развитие отмечается с возраста до 3 лет.

Б. Качественные нарушения социального взаимодействия, или качественные нарушения в общении, или ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность (критерии как для аутизма, за тем исключением, что не обязательно минимальное число областей, в которых должна выявляться симптоматика).

В. Отвечает критерию В аутизма (F84. 0).

Г. Не отвечает полностью критериям Б аутизма (F84. 0).

F84. 12 атипичность как по возрасту начала, так и по симптоматике

А. Не отвечает критерию А аутизма (F84. 0); т. е. аномальное (нарушенное) развитие выявляется только в возрасте после 3 лет.

Б. Качественные нарушения социального взаимодействия, или качественные нарушения общения, или ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность (критерии как для аутизма, за тем исключением, что не обязательно минимальное число областей, в которых должна выявляться симптоматика).

В. Отвечает критерию В аутизма (F84. 0).

Г. Не отвечает полностью критериям Б аутизма (F84. 0).

F84. 2 Синдром Ретта

А. Пренатальный и перинатальный периоды без видимой патологии и психомоторное развитие в первые 5 месяцев без видимой патологии и нормальная окружность головы при рождении.

Б. Задержка роста головы между 5 месяцами и 4 годами и потеря приобретенных целенаправленных ручных навыков в возрасте от 5 до 30 месяцев, что связано с одновременной дисфункцией общения и нарушенным социальным взаимодействием и появлением плохой координации (нестабильности) походки и (или) движений туловища.

В. Развитие тяжелых нарушений экспрессивной и рецептивной речи с выраженной психомоторной задержкой.

Г. Стереотипные движения руками (такие как сжатие или вытирание рук) одновременно с потерей целенаправленных движений руками или после этого.

F84. 3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

А. Развитие без видимой патологии по меньшей мере до двухлетнего возраста. Отмечаются нормальные, соответствующие возрасту навыки в общении, социальных связях, играх и адаптивное поведение в возрасте 2 года или старше.

Б. Отчетливая потеря ранее приобретенных навыков примерно во время начала расстройства. Для диагноза требуется клинически значимая потеря навыков (а не просто неспособность пользоваться ими в некоторых ситуациях) по меньшей мере в 2 из следующих областей:

- 1) экспрессивная и (или) рецептивная речь;
- 2) игровая деятельность;
- 3) социальные навыки или адаптивное поведение;
- 4) контролирование функций кишечника или мочевого пузыря;
- 5) моторные навыки.

В. Качественно аномальное социальное функционирование, проявляющееся минимум в 2 из следующих областей:

- 1) качественные нарушения социального взаимодействия (по определенному для аутизма типу);
- 2) качественные нарушения общения (по определенному для аутизма типу);
- 3) ограниченные, повторяющиеся или стереотипные поведение, интересы и активность, включая моторные стереотипии и маннеризмы;
- 4) общая потеря интереса к предметам и ситуации в целом.

Г. Расстройство не может быть объяснено как одна из других форм общего расстройства развития; приобретенная афазия с эпилепсией (F80. 6); элективный мутизм (94. 0); шизофрения (F20-) или синдром Ретта (F84. 2).

F84. 4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

А. Тяжелая моторная гиперактивность проявляется минимум двумя из следующих проблем активности и внимания:

- 1) непрерывное двигательное беспокойство проявляется в бегании, прыгании и других движениях всего тела;

2) выраженные затруднения в сохранении сидячего положения: ребенок обычно остается сидеть самое большое на несколько секунд, за исключением тех случаев, когда он занят стереотипной деятельностью (см. критерий Б);

3) явно чрезмерная активность в ситуациях, когда ожидается относительная неподвижность;

4) очень быстрая смена деятельности, так что один вид деятельности обычно занимает минуту (редкие периоды большей продолжительности, которые проводятся за самыми любимыми занятиями, не исключают этого критерия, а очень длительные периоды, проводимые в стереотипной активности, также совместимы с наличием отмеченной здесь проблемы в другое время).

Б. Повторяющееся и стереотипное поведение и деятельность проявляются минимум одним из следующих признаков:

1) установившиеся и часто повторяющиеся моторные маннеризмы: они могут включать или сложные движения всего тела, или частичные движения, такие как похлопывание в ладоши;

2) чрезмерное и нефункциональное повторение деятельности, постоянной по форме: может иметь место игра с единственным предметом (например, с текущей водой) или ритуальная активность (в одиночестве или с включением в нее других людей);

3) периодическое самотравмирование.

В. Коэффициент интеллектуальности ниже 50.

Г. Социальное нарушение аутистического типа отсутствует, т. е. ребенок должен обнаруживать по меньшей мере три признака из числа следующих:

1) использование взгляда, выражения лица и позы для регулирования социального взаимодействия происходит адекватно развитию;

2) соответствующее развитию формирование взаимосвязей со сверстниками, включающих общие интересы, деятельность и т. д.;

3) ребенок хотя бы иногда подходит к другим людям за утешением и проявляемым к нему участием;

4) способность разделять иногда радость, испытываемую другими людьми; другие формы социального нарушения, например, расторможенность в общении с незнакомыми людьми, не противоречат данному диагнозу.

Д. Расстройство не отвечает диагностическим критериям аутизма (F84. 0 и F84. 1), дезинтегративного расстройства детского возраста (F84. 3) или гиперкинетического расстройства (F90-).

F84. 5 Синдром Аспергера

А. Отсутствие клинически значимой общей задержки экспрессивной или рецептивной речи или когнитивного развития. Для диагноза необходимо, чтобы отдельные слова были усвоены к двум годам или ранее, а фразы в общении использовались к 3 годам и ранее. Навыки самообслуживания, адаптивное поведение и любопытство к окружению в течение первых 3 лет должны быть на уровне, соответствующем нормальному интеллектуальному развитию. Тем не менее, может отмечаться некоторая моторная задержка, а также характерна моторная неуклюжесть (хотя она не является необходимым диагностическим признаком). Обычны изолированные специальные навыки, часто связанные с аномальными занятиями, но они не требуются для диагноза.

Б. Качественные нарушения социального взаимодействия (критерии как для аутизма).

В. Обнаруживаются необычно интенсивные ограниченные интересы или ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность (критерии как для аутизма, хотя здесь менее характерно наличие моторных маннеризмов или повышенного внимания к частям предметов или нефункциональным элементам игрового материала).

Г. Расстройство не может расценено как одна из других разновидностей общего расстройства развития, простая шизофрения (F20. 6), шизотипическое расстройство (F21), реактивное и дезингибированное расстройство привязанности детского возраста (соответственно F94. 1 и 2), ананкастное расстройство личности (F60. 5) или обсессивно-компульсивное расстройство (F42-).

F84. 8 Другие общие расстройства развития

F84. 9 Общее расстройство развития, неуточненное

Это остаточная диагностическая рубрика, которая должна использоваться для расстройств, которые отвечают общему описанию общих расстройств развития, но при которых противоречивость данных или отсутствие адекватной информации означают, что не могут быть выполнены диагностические критерии ни одной из других рубрик в F84.

F88 Другие расстройства психологического развития

F89 Неуточненное расстройство психологического развития

Приведенная часть МКБ-10 сегодня лежит в основе диагностики РСА врачами-психиатрами. В силу специфики их работы трудно представить, что детские психиатры будут пользоваться широко рекламируемыми опросниками. Хотя не исключено, что в историю болезни или амбулаторную карту не будут внесены результаты тестирования ребенка и подростка, полученные психологом или коррекционным педагогом. Ч. Ньюкиктьен (2010) считает, что валидизированные опросники никогда не должны заменять сбора анамнеза и обследования ребенка. В наше время они могут помочь проводить научные или эпидемиологические исследования.

Близится время внедрения в медицину новой классификации болезни (МКБ-11). Может ли что-либо существенно измениться в диагностике РСА? И. А. Марценковский (со ссылкой на В. Michael (2009)) прогнозирует, что могут быть исключены дефиниции синдромов Каннера и Аспергера и останется понятие РСА с расширением диагностических границ расстройства. РСА будут классифицироваться по уровням тяжести их социальной дисфункции с выделением легкой, средней и тяжелой форм.

Глава 2. Этиология, патогенез, динамика и прогноз расстройств спектра аутизма

В настоящее время полемика сторонников психогенной (В. Bettelheim, 1967) и биогенной теорий происхождения детского аутизма практически завершена, общепризнаны биологические причины происхождения синдрома (В. Rimland, 1964; В. Hermelin, N. O'connor, 1970; L. Kanner, 1943; L. Wing, 1978; E. Shopler, 1978; S. Baron-Cohen, P. Bolton, 1997; Е. Каган, 1981; В. М. Башина, 1993; К. С. Лебединская, О. С. Никольская, 1991). Установлена его полиэтиология и возможность проявления в рамках разных нозологий (М. Rutter, 1978; E. Ornitz, 1978). Показана связь детского аутизма с наследуемой аномальной конституцией шизофренического спектра (L. Kanner, 1943; Н. Asperger, 1944). В. М. Башина (1999), обобщая данные многолетних исследований, выделяет виды эндогенного детского аутизма, аутистиподобные синдромы при расстройствах хромосомного и обменного генеза, а также и психогенный парааутизм. Уже с 50-х годов прошлого века детский аутизм рассматривается также и в связи с особой формой органического поражения мозга (ADVan Krevelin, 1971; В. Rimland, 1964, С. С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая, Д. Н. Исаев, 1967; Е. Каган, 1981).

Общепризнано, что ранний детский аутизм представляет собой особый тип нарушения психического развития, возникающий на основе биологической дефицитарности ребенка (В. Rimland, 1964; В. Hermelin, N. O'connor, 1970; L. Kanner, 1973; L. Wing, 1976; E. Schopler, 1978; S. Baron-Cohen, P. Bolton, 1997; Е. Каган, 1981; К. С. Лебединская, О. С. Никольская, 1991; В. В. Лебединский, О. С. Никольская, О. Р. Баенская, М. М. Либлинг, 1990 и др.). По современным международным классификациям детский аутизм относится к первазивным нарушениям, охватывающим все стороны психического развития ребенка. Различные патологические агенты могут вносить индивидуальные черты в картину детского аутизма: он может быть связан с нарушениями интеллектуального развития разной степени, с более или менее грубым недоразвитием речи. Аутистические поведенческие проявления могут выражаться в различных формах, однако признано, что РДА является вполне определенным, характерным типом психического дизонтогенеза.

Итак, общепризнано, что наряду с самостоятельной аномалией эмоционально-поведенческого и интеллектуального развития (РДА, или синдром Каннера) существуют синдромы аутизма, вызывающие различные формы психического дизонтогенеза. В доступной нам отечественной и зарубежной литературе можно встретить целый ряд терминов: "дети с аутизмом", "аутичные дети", "аутистические нарушения", "дети аутичного спектра", "дети с аутичным типом развития". В англоязычных странах широко используется термин PDD-NOS (pervasive developmental disorder not otherwise specified — неопределенное первазивное нарушение развития) в отношении детей до трех лет, которые демонстрируют четкие признаки аутизма, но окончательно ставить такой диагноз специалисты считают

преждевременным. Мы считаем, что все эти названия имеют право на существование, однако именно “аутизм” — более узкое и конкретное понятие, чем все остальные. Под термином “аутизм”, как правило, понимают непосредственно РДА (синдром Каннера). В последнее время в медицинской литературе обычно используется термин “расстройства спектра аутизма”.

Дети с РСА, как правило, имеют неврологическую симптоматику. Существуют данные о том, что аутизм часто сопровождается тяжелые заболевания ЦНС: эпилепсию, вентрикулярную гидроцефалию (Г. И. Каплан, Б. Дж. Седок, 1994). При отсутствии конкретных заболеваний при неврологическом обследовании у таких детей часто обнаруживаются признаки гипертензионно-гидроцефального синдрома, а также — мышечная дистония со склонностью к гипотонии, рассеянная неврологическая симптоматика.

Аутизм описывается при различных заболеваниях ЦНС и организма в целом. Чаще всего — при шизофреническом процессе (L. Bender, G. Fareta, 1979; М. Ш. Вроно, В. М. Башина, 1980, 1986; К. С. Лебединская, 1981), реже — при органической патологии мозга (врожденном токсоплазмозе, сифилисе, рубеолярной энцефалопатии, другой резидуальной недостаточности ЦНС, интоксикации свинцом и др. — С. С. Мнухин, Д. Н. Исаев, 1969; М. Coleman, 1980; А. Chess, 1982; Е. Каган, 1981).

В последние годы появилось предположение о значительной роли в патогенезе аутизма поствакцинальных осложнений со стороны ЦНС. Однако по этому поводу еще не проведены серьезные исследования. Поступает все больше подтверждений того, что РСА чаще вызывается генной патологией (Е. Вейкфилд, Е. Язбак), для запуска патологического механизма требуется дополнительный внешний фактор (вакцинация, заболевание, стресс и др.).

Среди родителей детей с расстройствами спектра аутизма популярна версия, что причиной нарушения развития ребенка является отравление ртутью, входящей в состав консервантов вакцин. Наибольшее подозрение вызвала вакцина от кори/краснухи/паротита (украинская аббревиатура КПК, английская — MRR), содержащая соединение ртути — тиомерсал. Был проведен ряд исследований (Япония, США), которые показали, что такой связи нет. Япония первой отказалась от использования тиомерсала для консервации вакцин, но число ежегодно диагностируемых случаев РСА после этого не уменьшилось. Тем не менее, родители почти трети детей с РСА указывают, что они заметили первые признаки расстройства вскоре после прививки. Вероятно, вакцинация в таких случаях выступает как неспецифический стрессорный фактор, который запускает патологический механизм расстройств спектра аутизма. Если бы ученым удалось определить “группу риска” по аутизму, то таких детей было бы целесообразно вакцинировать в более взрослом возрасте. Очевидно, что в такую группу риска попадают братья и сестры детей с РСА.

Аутичный тип развития описывают также при различных врожденных **дефектах обмена веществ** (фенилкетонурии, гистидинемии, церебральном менидозе, мукополисахаридозах, нарушениях пуринового обмена и др. — М. Nachney, 1967; Б. В. Лебедев, М. Г. Блюмина, 1972; М. Coleman, 1980; М. Rutter, 1982; А. Chess, 1982 и др.), прогрессирующих дегенеративных заболеваниях, среди которых в настоящее время наибольшее внимание привлекает синдром Ретта, имеющий значительный клинический полиморфизм. Аутические симптомы могут наблюдаться при заболеваниях генетического происхождения, таких как синдром Дауна, синдром Леша-Нихана, гарголизм, синдром Нуна. Почти

при всех этих генетических заболеваниях синдром аутизма включает интеллектуальную недостаточность различной степени.

Поскольку у значительной части аутичных индивидуумов мозг и окружность головы аномально велики, распространенные аномалии неврологического развития могут оказаться более важными, чем очаговые. Доктор М. Casanova (Университет Кентукки, США) недавно выступил с сенсационным сообщением о том, что группа ученых, которой он руководит, в результате своих исследований открыла *“патологию аутизма”*. Кроме того, ученые работают над лечением, которое, возможно, обладает способностью уменьшить симптомы чрезмерной чувствительности, присущие аутизму, при этом — не лишая людей с расстройствами спектра аутизма творческого потенциала и особых способностей.

В пределах коры головного мозга существуют группы центров, которые получили название *“миниколонки”*. Миниколонки — наименьшая единица центров, способных к обработке информации. Миниколонки включают в себя нейроны — относительно крупные центры, которые обычно способны к коммуникации не только в рамках отдельной миниколонки, но и среди различных частей мозга. У человека с аутизмом миниколонки меньше по размеру и более многочисленны, чем в норме. Кроме того, нейроны в пределах каждой миниколонки уменьшены по размеру. Это, возможно, и хорошо, и плохо, сообщает М. Casanova: *“Поскольку эффективность соединений между нейронами — функция клеточного размера, присутствие большего количества маленьких нейронов в мозгах аутичных пациентов приводит к усложнению взаимодействия между различными частями мозга. Мозговая деятельность, требующая более длинных проектирований (например, речи), возможно, ослаблена, одновременно действия, зависящие от коротких соединений (например, математические манипуляции), могут выполняться на высоком уровне. Иными словами, люди с аутизмом исключительно хороши в том, что может быть обработано в одном участке мозга, например, математические операции и визуальное восприятие. Однако такие люди исключительно слабы в том, что требует координации между различными частями мозга, например, социальные навыки, речь и др.”*

Исследователи использовали компьютеризированную программу отображения, чтобы измерить детали морфологических особенностей миниколонки в области префронтальной коры, во фронтальных и темпоральных долях мозга пациентов с аутизмом и контрольной группы. В результате исследования были найдены существенные различия между мозгом пациентов с аутизмом и мозгом людей без нарушений развития.

С точки зрения объяснения природы аутизма важным является открытие того, что *“плохая изоляция”* между миниколонками, возможно, вызывает сенсорные проблемы. Согласно М. Casanova, один из побочных эффектов увеличения количества миниколонки при уменьшении величины этих центров — *“стимулы больше не содержатся в пределах отдельной миниколонки и быстрее захлестывают в соседнюю миниколонку с эффектом усилителя. Это, возможно, объясняет как чрезмерную чувствительность людей с аутизмом, так и их специфические увлечения”*. Для того, чтобы изобразить этот эффект более наглядно, исследователь приводит такую аналогию: *“Препятствующие волокна действуют аналогично занавеске для душевой. Работая должным образом и полностью закрывая ванну, она препятствует выливаю воды наружу”*. Люди с аутизмом имеют *“протекающие душевые занавески”*.

По мнению многих современных исследователей (О. Богдашина, Т. Питерс, Т. Грендинг), именно “другая сенсорная организация”, которая имеет место у людей с аутизмом, исходя из последних данных, и лежит в основе аутизма, а так называемая “триада нарушений” — только видимые последствия сенсорного опыта человека. “Способность соответственно воспринимать окружающий мир лежит в основе всех учебных, коммуникативных и социальных функций. Другой сенсорный опыт, который получают люди с аутизмом, создает для них другой мир восприятия”.

В настоящее время считается вероятной связь РСА с хромосомной патологией, чаще всего — с синдромом ломкой X-хромосомы. Специальное исследование 122 детей с аутистическими нарушениями (К. Lacson, J. Holgrem, 1986) обнаружило ломкую (“фрагильную”) X-хромосому у 19% исследованных ребят.

М. Lebojer et al. (1987) подытожили имеющиеся результаты генетических исследований при РСА. По этим данным, аутизм встречается во всех социальных классах и у всех народов с одинаковой частотой. Всюду одинаковым является соотношение между мальчиками и девочками — оно составляет 4:1. Среди братьев и сестер частота аутизма — 1:35–37, что в 50 раз больше, чем в общей популяции. Конкордантность РСА у dizиготных близнецов составляет 30–40%, у монозиготных — 83–95%. К. С. Лебединская и А. С. Никольская указывают на наличие интеллектуальных расстройств и тяжелых нарушений речи у 15% братьев и сестер детей с аутизмом. Сопоставление этих данных, по мнению М. Lebojer, позволяет предположить, что аутичные расстройства — гетерогенная форма патологии, так же, как и умственная отсталость. Наследуется не аутизм, а предрасположенность к патологии, в спектр которой, помимо аутизма, входят умственная отсталость и нарушения речи.

Гипотеза о том, что значительная часть случаев РСА может быть объяснена появлением новых мутаций, нашла подтверждение в проведенном исследовании (Марценковский И. А., 2012):

“Гипотеза была подтверждена в результате многоцентрового международного исследования генотипа аутизма и детской шизофрении (Проект № 223423, координатор Хрейн Стефанссон: “Copy number variations conferring risk of psychiatric disorders in children”, (2009–2011)... В рамках исследования было рандомизировано 400 детей с РСА и 400 психически здоровых испытуемых. Генотипирование образцов ДНК было проведено deCODE genetics (Iceland).

...Частота новых мутаций и степеней генного полиморфизма у больных с аутизмом оказалась значительно выше ожидаемой. Были обнаружены многочисленные редкие хромосомные aberrации, каждая из которых может рассматриваться в качестве предиктора расстройства, но в общей популяции больных встречается редко. Сочетание таких случаев генного полиморфизма с несколькими спонтанными мутациями в одном гене может быть первопричиной манифестации РСА”.

По И. А. Марценковскому (2012), фактором, влияющим на повышение риска новых мутаций при зачатии ребенка с РСА, является поздний возраст родителей, особенно отца. Факторами, способствующими проявлению наследственного задатка, могут быть нарушения протекания беременности, перенесенные инфекции и патология родов, приводящие к гипоксически-ишемическому поражению мозга.

Более подробные данные о результатах генетических исследований аутизма и детской шизофрении изложены на следующих сайтах:

www.secure.ucdmc.ucdavis.edu

проект CADDRE: www.cdc.gov

проект ALSPAC: www.bristol.ac.uk

проект ABC: www.autismtoday.com

проект CHARGE: www.bencharge.ucdavis.edu

Общность патогенеза, которая способствует возникновению синдрома аутизма при многих заболеваниях, объясняется по-разному.

Предполагается возможность вовлечения в этот процесс эндокринной системы (С. С. Мухин, Д. И. Исаев, 1964, 1975 и др.). В первую очередь это влияет на неполноценность адаптивной системы: гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников (Б. В. Воронков, 1971 и др.). По данным автора, кортикостероидная функция коры надпочечников у детей с РСА, которая в обычных условиях находится в пределах возрастной нормы, при нагрузке адренокортикотропным гормоном снижается в 82% случаев. В крови аутичных детей 7–10 лет обнаружен патологический уровень колебаний тироксина (D. Cohen с соавторами, 1980, 1987).

Патогенез РСА связывают также с нарушением баланса серотонина-дофамина: повышенный уровень серотонина и сниженный уровень дофамина в базальных ганглиях (B. Omitz, E. Ritvo, 1978; R. De Willard, 1987). Выдвигались предположения о возможности аутоиммунной природы РСА (E. Ritvo, 1987).

Ряд исследователей объясняет механизмы формирования РСА спецификой мозговой локализации — патологией стволовых отделов мозга (С. С. Мухин, А. С. Веленецкая, Д. И. Исаев, 1967; Д. И. Исаев и В. Е. Каган, 1973); ретикулярной формации (B. Rimland, 1974); подкорковых ядер (S. Williams, H. Harper, 1974); вестибулярной системы (B. Omitz, E. Ritvo, 1968); левого медиотемпорального участка (G. DeLong, 1978); лобно-лимбической системы и гипоактивацией правого полушария (В. Е. Каган, 1981, и др.); мозжечка (E. Conrchesne, 1989).

Многочисленные признаки функциональной и анатомической асимметрии мозга у здоровых детей находятся на начальном этапе развития. Тем не менее здоровые дети имеют "латеральную предрасположенность" уже к моменту рождения. Недавний эксперимент в США, когда 3000 новорожденных с помощью миниатюрных наушников слушали тихую речь и музыку, показал, что на речь физиологически реагировало левое полушарие, а на музыку — правое. У детей-аутистов становление асимметрии мозга изменено и развивается с опозданием.

Первой в середине 80-х годов прошлого столетия высказала мнение о латеральности поражения мозга при детском аутизме Л. А. Булахова, которая утверждала, что клиническая картина детского аутизма отличается в зависимости от того, какое полушарие мозга более поражено. Позже в монографии Е. Каган обсуждалась гипотеза повреждения левого полушария мозга, в том числе речевых зон, при детском аутизме.

Среди детей, имеющих расстройства спектра аутизма, увеличено по сравнению с популяцией количество левшей и синистральных (двоеруких, или амбидекстров). Скорее всего это возникает в связи с влиянием двух факторов. Первый из них — это влияние перинатальной гипоксической энцефалопатии, следы которой в виде различных при-

знаков минимальной мозговой дисфункции выявляются у большинства детей с расстройствами спектра аутизма. Вторым фактором — это замедление формирования доминантно-субдоминантных взаимоотношений в мозге детей и, соответственно, замедление созревания психомоторики детей. Следует отметить, что свойственная леворуким детям эмоциональность и подвижность у детей с расстройством спектра аутизма превращается в синдром дефицита внимания с гиперактивностью, а признаки отгороженности от окружающего мира смягчаются.

Таким образом, при детском аутизме несомненно изменено межполушарное взаимодействие головного мозга, задерживается дифференцированное созревание параллельных структур полушарий. В самом явлении аутизма можно видеть поражения структур правого полушария. Своеобразная глухота ребенка относительно слухового образа слова (по Е. Г. Чуприковой), которая, в первую очередь, заключается в запаздывании развития речи, это — правополушарный феномен. Негативизм и другие близкие симптомы, которые расцениваются многими авторами как признаки кататонического ряда, также связаны с глубинными структурами правого полушария. Однако зачастую одновременно с функциональной патологией правого мозга проявляется и поражение левого мозга. Эпилептиформные очаги слева могут нарушать речевую функцию вплоть до алалии. Итак, в природе расстройств спектра аутизма при ведущем поражении правого мозга могут наличествовать также расторможенность и угнетение левого мозга.

О том, что при детском аутизме нарушено функционирование головного мозга, свидетельствуют и электроэнцефалографические исследования. Е. Г. Чуприкова обнаружила, что биоэлектрическая активность мозга зависит от возраста ребенка, от степени проявления аутизма. Тем не менее, можно выделить общие характеристики, присущие в той или иной степени всем возрастным группам, что в целом свидетельствует о наиболее характерных поражениях ассоциативно-интегративных систем мозга и отличается от результатов исследования практически здоровых детей.

1. Всегда присутствуют признаки задержки созревания ЭЭГ-паттерна. В первую очередь это касается формирования альфа-ритма, который слабо выражен, имеет смешанные стадии развития (более ранние присутствуют в значительной мере наряду с более поздними), однако, как правило, все стадии не соответствуют возрасту. Присутствует значительно большее количество медленно-волновых составляющих диффузного характера и достаточно много высокоамплитудных быстрых ритмов.
2. Практически всегда отмечаются проявления органичного дизонтогенеза как слева, так и справа, как правило, в зонах с выраженным представительством ассоциативных систем мозга (лобные, височные, теменно-центральные отделы). Особенно часто нарушение коммуникативных функций коррелирует с наличием резидуально-органических медленно-волновых центров в правом полушарии, в лобно-передне-височных отделах конвексальной поверхности мозга.
3. Отмечается повышение функциональной активности нижележащих отделов, особенно диэнцефальных, по сравнению с корковыми отделами. Особенно это выражено при стандартных функциональных нагрузках.
4. Отмечается наличие выраженных признаков снижения судорожного порога или даже проявления фокусов патологической эпилептиформной активности в различных отделах

мозга, но преимущественно в зонах ассоциативных систем, часто одновременно и в левом, и в правом полушариях, хотя не обязательно симметрично.

5. Отмечаются значительные проявления истощения корковых систем: появление или усиление медленно-волновых форм активности, чаще дельта-диапазона. Это проявляется после ряда функциональных нагрузок и коррелирует с ухудшением когнитивных процессов, усилением проявлений нарушений эмоционально-волевой и двигательной сферы.

Наш многолетний опыт (более 20 лет) ЭЭГ-обследования детей с аутизмом показывает, что такое обследование должно проводиться всем детям, так как может обогатить представление врача об индивидуальных характеристиках мозга ребенка и повлиять на выбор той или иной терапии. Отказ от проведения ЭЭГ возможен лишь в случае активного сопротивления ребенка и опасности того, что сама процедура обследования превратится для него в чрезмерный стресс.

На протяжении последних лет имеет место активное развитие лабораторно-инструментальных методов исследования состояния головного мозга, которые в перспективе могут оптимизировать диагностику и расширить понимание патогенеза психических расстройств (Шамрай В. К., Труфанов Г. Е., Абриталин Е. Ю., Корзенев А. В., 2010). К таким методам относятся: структурные томографии (компьютерная (КТ), магнитно-резонансная (МРТ)) и функциональные томографии (магнитно-резонансная спектроскопия (МРС), позитронно-эмиссионная (ПЭТ) и другие).

Исследование морфологии мозга с помощью МРТ у детей с аутизмом либо не выявляет каких-либо отклонений, либо демонстрирует чаще врожденные аномалии развития мозга, например асимметрии развития желудочков, реже — истончение мозолистого тела. В ряде случаев выявляется расширение подпаутинных пространств, локальные признаки запаздывания миелинизации мозга, а также мелко-очаговые васкулиты, как признаки перенесенной нейроинфекции. Пока что можно сделать вывод, что одно только МРТ-исследование не выявляет типичной для расстройств спектра аутизма патологии, но может быть полезным для выявления пре- или постнатальной церебральной органической недостаточности.

Постепенно накапливаются данные о морфо-функциональных изменениях в структурах головного мозга при аутизме: гипометаболизме в поясных извилинах, височных и теменных долях мозга и гиперметаболизме в левом гиппокампе и левой лобной коре (Boddaert N., 2004, 2005; Gervais H., 2004; Haznedar M. M., 2000; Ohnishi T., 2000; Zeki S., 2007), снижении функциональной активности в среднем отделе правой фузиформной извилины (Schultz RT, 2000).

Таким образом, нейробиологические исследования убеждают в разнообразии форм аутизма, а также в необходимости продолжать изучать феномен гетерогенности расстройств спектра аутизма.

Кроме того, на сегодняшний день нами ведется многовекторное комплексное исследование психонейроиммунологических особенностей данных пациентов. Предварительные результаты свидетельствуют о выраженных многогранных нарушениях иммунного статуса у детей с расстройствами спектра аутизма. Пока остается неясным соотношение в патогенезе РСА аутоиммунного (нейроиммунного) и противoinфекционного звеньев иммунитета. В частности, С. Н. Макаренко (2008) обнаружила, что у детей с аутизмом и другими

психическими расстройствами при посеве из носа во многих случаях обнаруживается смешанная патологическая микрофлора в виде ассоциации микробов, а в крови наблюдается значительный рост пролиферативной способности лимфоцитов при воздействии нейроантигена — основного белка миелина. Наибольшее количество нейроантител проявляется по отношению к нейроспецифической энolahзе (НСЭ) и к белку S-100 — маркеру, указывающему на преимущественное повреждение нейрональных структур у этих детей и подростков. Это, в свою очередь, является причиной обострения астено-апатичных, астено-гипердинамичных и других симптомов.

Т. П. Ключник, Р. Р. Лидеман и соавт. (1998, 2000) сообщают, что у детей с РСА и последствиями перинатальных энцефалопатий в избытке обнаруживаются антитела к фактору роста нервной ткани (ФРН) — белку, присутствие которого в крови ребенка необходимо для нормального развития и функционирования нервной системы. Уже у детей первого года жизни с признаками психического дизонтогенеза выявляются эти аутоантитела и, как считают авторы, они вовлечены в формирование дизонтогенеза. Максимальное повышение аутоантител наблюдалось у детей с наследственностью, отягощенной психическими заболеваниями. Авторы допускают, что в качестве экзогенного фактора, запускающего синтез аутоантител, может быть вирус герпеса матери. Т. е. это тот случай молекулярной мимикрии, когда иммунная система человека оказывается не в состоянии различить один из оболочечных белков вируса и молекулу ФРН.

Заслуживает внимания также **опиоидная теория** возникновения расстройств спектра аутизма, которая утверждает, что аутизм развивается в результате ранней и долгосрочной перегрузки центральной нервной системы опиоидами, которые, вероятно, имеют экзогенное происхождение и возникают в результате неполного расщепления пищевого глютена и казеина (Reichelt et al., 1991). Эта теория пока еще научно не доказана (но и не опровергнута), она позволяет объяснить ряд наблюдений (Sahley & Panksepp, 1987). Суть теории состоит в нарушении барьеров (прежде всего в слизистой кишечника и гематоэнцефалического барьера), или же в недостаточной активности кишечных и циркулирующих пептидаз, которые должны превращать опиоиды в безопасные метаболиты. Нарушение барьеров может быть как первичным, так и вторичным. Например, поражение барьера слизистой оболочки кишки может быть связано с нарушением сульфирования, которое, в частности, было выявлено в отдельных случаях пищевой мигрени (Alberti et al., 1999). Некоторые специалисты также придают значение кишечному кандидозу.

Нейрохимические теории ориентированы на функцию дофаминергической и серотонинергической систем мозга. Результаты целого ряда биологических исследований дали основание предполагать, что функция этих систем при расстройствах спектра аутизма повышена. Считают, что с гиперфункцией этих систем могут быть связаны многие клинические проявления заболевания (аутизм, стереотипии и др.). О правомерности таких предположений свидетельствует успешное применение во многих случаях рisperидона, антидепрессантов и налтрексона.

Патогенез клинических проявлений расстройств спектра аутизма рассматривается лучше и полнее в рамках представлений о первичных и вторичных расстройствах. Первичные расстройства связаны с недостаточной регуляцией систем (активирующей, инстинктивно-аффективной), вторичные — с дефицитностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных). К первичным расстройствам относят сенсоаффективную

гиперестезию и слабость энергетического потенциала. Вторичные расстройства — аутизм, стереотипии, патологические фантазии — носят характер псевдокомпенсаторной аутостимуляции (В. В. Лебединский; О. С. Никольская).

Непосредственные **механизмы формирования клинико-психологической структуры РСА** рассматриваются через призму церебрально-патофизиологических механизмов, которые обусловлены первичными нарушениями. Исследователи относили к ним нарушения бодрствования (В. Rimland, 1974; В. Е. Каган, 1981 и др.), патологию сознания и активности (В. Bethlehem, 1969; L. Wing, 1978; E. Ritvo, 1987 и др.), базально-энергетическую недостаточность (С. С. Мнухин, Д. И. Исаев, 1969; M. Rutter, 1978 и др.).

Ряд исследователей как основной механизм формирования РСА рассматривает патологию восприятия, главным образом — его дезорганизацию в сторону гипо- и гиперактивности (К. Goldstein), сверхсензитивность к раздражителям всех модальностей (В. Rimland, 1974 и др.).

При всем обилии современных исследований **представление о локализации биологической дефицитарности при аутизме, ее нейропсихологические, психофизиологические и биохимические механизмы в настоящее время однозначно не определены**. Существуют разные версии и в выделении первопричины, и в понимании логики нарушения психического развития. При выделении характера первичной дефицитарности, что определяет нарушение психического развития при аутизме, клиницисты и психологи акцентируют несколько разных условий. Так, о снижении уровня бодрствования говорит В. Rimland (1964), общее снижение психического тонуса, как ослабление инстинктивных реакций, способности к психической напряженности, к целенаправленной активности выделяют С. С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая, Д. Н. Исаев (1967). Низкие сенсорные пороги, обуславливающие включение гиперкомпенсаторных механизмов защиты, выделяют E. Ornitz, Ritvo. В. В. Лебединский (2002) предполагает, что именно сенсорный дискомфорт препятствует развитию адаптивных форм поведения, особенно приверженности, и стимулирует развитие защитных аутистических установок. На низкий порог социального избегания указывают J. Richer (1978); N. Tinbergen и E. Tinbergen (1983), они связывают его с высокой тревожностью детей и считают причиной нарушения развития социального взаимодействия и трудностей обучения. R. P. Hobson (1989) полагает, что первопричиной нарушения когнитивного и речевого развития при аутизме является врожденная неспособность к распознаванию и выражению эмоций. С другой стороны, P. Mundy (1989), M. Sigman (1989) обращают особое внимание на трудности организации взаимодействия — объединении внимания такого ребенка со взрослым на предмете или действии, что не связано исключительно с нарушением эмпатии.

В качестве первопричины нарушения эмоционального и социального развития при аутизме многими исследователями рассматривается особая когнитивная и речевая дефицитарность. M. Rutter (1983) приводит данные о том, что большинство детей с аутизмом при тестировании оцениваются как умственно отсталые. В. Hermelin, N. O'Connor (1970) показывают, что специфика нарушения умственного развития при аутизме связана с неспособностью активно перерабатывать информацию и интегрировать ее с представлениями и схемами, содержащими прошлый опыт. Дальнейшие исследования обращают внимание и на дефицитарность способности к целенаправленной организации поведения, планирования, контроля, гибкости в мышлении и действии (Ozonoff, Pennington, Rogers,

1991). Уже указывалось, что в качестве первопричины аутизма может рассматриваться недостаточность символической функции, выработки и использования символов, что проявляется в особенностях игры таких детей (L. Wing, 1976; Sigman, Ungerer, 1984).

Одной из наиболее известных концепций, связывающих аутизм с первичным когнитивным дефицитом, является теория У. Фрит, основанная на экспериментальных исследованиях (Frith, 1992). Она предполагает, что аутизм характеризуется специфическим дисбалансом в интеграции информации. По ее мнению, нормальный процесс переработки информации заключается в тенденции сводить разрозненную информацию в единую картину, связанную общим контекстом или "центральной связью" ("central coherence"). У. Фрит считает, что при аутизме нарушается именно это универсальное свойство процесса переработки информации человеком. Тогда как нормальные субъекты интерпретируют информацию, исходя из контекста, в котором предложены стимулы, аутичные люди свободны от такого "контекстуального принуждения".

Вариантом представления о первичной когнитивной дефицитарности является и популярная в последнее время теория распознавания психических состояний, или теория намерений ("theory of mind", эквиваленты: "модель психического", "теория сознания", "теория образа мышления"). Авторы этой теории (Baron-Cohen, 1989; Baron-Cohen, Tager-Flusberg, 1993; Leslie, Frith, 1988) утверждают, что все существующие нарушения при аутизме (эмоциональные, коммуникативные, социальные) обусловлены повреждением фундаментальной человеческой способности понимать намерения и представлять мысли других людей ("mind-read"), а также — способности отслеживать собственные ментальные состояния. Следствием этого, по мнению авторов, является непонимание других, социальная наивность, доверчивость таких детей.

В основе данной теории лежит предположение, что способность определять чувства, желания и намерения других людей по внешним проявлениям имеет эволюционную ценность для человечества с точки зрения адаптации к условиям внешней среды.

Предпосылки для формирования "модели психического" проявляются на самых ранних этапах развития ребенка. К ним относятся: преимущество человеческого лица перед другими стимулами, особое внимание к речевым звукам, способность различать и имитировать мимическую экспрессию, внимание к тому, как другой человек выполняет действия с предметом, использование жестов с целью разделить интерес с другим человеком. Дети с нормальным психическим развитием примерно в возрасте четырех лет начинают понимать, что у людей есть убеждения и желания ("ментальные состояния"), что именно они детерминируют поведение людей. В некоторых случаях "модель психического" может быть несформирована или сформирована недостаточно. Барон-Коэн, Лесли и Фрит экспериментально обнаружили, что дети-аутисты в смысле ментальных состояний значительно отстают как от сверстников с нормальным психическим развитием, так и от умственно отсталых, которые достигли определенного ментального возраста. Это позволило исследователям предположить, что именно отсутствие "модели психического" лежит в основе аутичных расстройств. Это направление исследований было продолжено Н. Г. Манелис, Т. А. Медведовской (2007), которые экспериментально установили, что:

- дети с расстройствами аутистического спектра демонстрируют наибольшие трудности в понимании различных аспектов ментальной сферы. Их способность к пониманию ментальных состояний не имеет положительной возрастной динамики;

- способность к выполнению заданий на понимание ментальных состояний связана с уровнем развития вербальной функции независимо от наличия и типа дизонтогенеза;
- для всех групп детей факторами, способствующими успешному выполнению задач на понимание ментальных состояний, оказались способности к охвату событий полностью, к сведению частей к единому логическому целому на основании значимых признаков;
- трудности в выполнении тестов на понимание ментальных состояний у детей с аутизмом в значительной степени обусловлены специфической когнитивной стратегией, при которой наибольшее значение приобретает фрагмент, а не ситуация в целом.

Динамика и прогноз расстройств спектра аутизма

Наиболее отчетливо проявления расстройств спектра аутизма наблюдаются у детей раннего и дошкольного возраста, в дальнейшем во многих случаях происходит трансформация в другие формы патологии. По данным многих авторов (В. Е. Каган, Х. Ремшмидт, О. Шлек), основная часть синдрома Каннера с возрастом трансформируется в атипичную умственную отсталость. Но сейчас большинство исследователей придерживается мнения, что любой диагноз из числа расстройств спектра аутизма является правомерным и во взрослом возрасте или может быть сформулирован, например, как "аутизм с детства". У лиц с нормальным интеллектуальным развитием с синдромом Каннера и при синдроме Аспергера возможно становление шизоидной психопатологии (В. Е. Каган). В целом, после проведенного ретроспективного анализа динамики развития большой группы лиц с расстройствами спектра аутизма, нами определено, что тот же диагноз — РДА — остается для них актуальным и в старшем возрасте. Такого же мнения придерживаются представители западных школ психиатрии.

Течение детского аутизма и близких к нему состояний у каждого ребенка может приобретать индивидуальный характер. Большинство вариантов укладывается в следующие группы (по Чуприкову А. П.):

1. Регрессиентное течение, когда после периода активного воздействия нейробиологического процесса, лежащего в основе аутизма, наступает постепенное улучшение, хотя у ребенка и сохраняются признаки психического дизонтогенеза. К счастью, такой вариант течения встречается довольно часто, чем объясняются случаи "излечения" аутизма.
2. Волнообразное течение, когда обострения нейробиологического процесса периодически повторяются, при этом они могут носить сезонный характер. Амплитуда обострений может быть разной, но их выраженность всегда меньше, чем в начале РДА. Если ребенок с первых месяцев жизни проявляет признаки РДА, то можно предположить, что начало РДА состоялось еще во внутриутробном периоде.
3. Неблагоприятный тип течения, прогрессивный (злокачественный) вариант РДА отличается тем, что с раннего периода в психопатологической картине наблюдаются эпизоды дезинтегративных психических расстройств. В дальнейшем степень дезинтеграции и регрессии возрастает, и РДА может в подростковом возрасте перейти в шизофрению. Этот вариант встречается гораздо реже, чем предыдущие, но эпидемиологические исследования по этому поводу не проводились.

Вообще, за все годы исследований проблемы аутизма во всем мире сделаны следующие выводы относительно перспектив лиц с аутизмом во взрослом возрасте:

- если до 6 лет у ребенка развилась коммуникативная речь, то в таком случае можно говорить об относительно благоприятном прогнозе;
- у всех детей с аутизмом наблюдается определенный прогресс, однако большая часть их посещает спецшколы, поскольку имеет особые образовательные потребности;
- около половины взрослых с расстройствами спектра аутизма не разговаривают;
- по данным разных катамнестических исследований, примерно 17% пациентов были способны самостоятельно освоить профессию, однако во многих случаях занимались неквалифицированным трудом;
- только 3% взрослых пациентов со средним или выше среднего уровнем интеллекта неспособны соблюдать социальные правила и ограничены в способности понимать других людей, социальные ситуации, строить партнерские отношения.

Глава 3. Клинические характеристики расстройств спектра аутизма

Для расстройств спектра аутизма очень характерны и диагностичны именно жалобы, с которыми родители детей обращаются к психиатрам или специалистам по детскому развитию. Чаще всего их беспокоят особенности поведения таких детей: стремление избежать общения, ограничение контактов даже с близкими людьми, неспособность играть с другими детьми, отсутствие активного, живого интереса к окружающему миру, стереотипность поведения, страхи, агрессия, самоагрессия. Могут также определяться нарастающая с возрастом задержка речевого и интеллектуального развития, трудности в учебе. Характерны трудности в усвоении бытовых и социальных навыков. С другой стороны — прекрасная память, ловкость и смекалка, которые демонстрируются в отдельных моментах. Внезапно произнесенная сложная фраза, незаурядные познания в отдельных отраслях, чувствительность к музыке, стихам, природным явлениям, наконец, просто серьезное, умное выражение лица — все это дает родителям надежду, что ребенок действительно “все может”.

В общем, для таких детей характерен так называемый *протодиакризис* — невозможность дифференцировать людей и другие живые и неживые объекты. Каннер наблюдал у этих детей “крайнее аутичное одиночество”, отчужденность, которая продолжается во взрослой жизни. Однако, когда аутичный индивид более старшего возраста все же проявляет какой-либо интерес к окружающим, обнаруживается выраженная нехватка социальных навыков, необходимых для поддержания отношений. Такие индивиды склонны относиться к другим не как к людям, а как к “предметам”, что получило название “кошачьей” привязанности, в отличие от “собачьей”, которая свойственна неаутичным людям.

Отношения с матерью. Характерны 3 формы отношений с матерью: а) симбиотическая (наблюдается у старших детей, когда ребенок отказывается оставаться без мамы, тревожен при ее отсутствии и в то же время никогда не проявляет к ней ласки); б) аутичная (дети не реагируют на присутствие или исчезновение матери, не тянутся к ней, а при взятии их на руки остаются вялыми, пассивными или ригидными); в) негативистичная (ребенок относится к матери недоброжелательно, отгоняет ее от себя и не только не обнимает и не тянется к ней, но даже стремится ударить, отталкивает ее рукой). Эти формы могут сменять друг друга.

Отношения с детьми. В отношениях с детьми достаточно отчетливо наблюдаются: а) попытки избежать общения (тянет маму за руку и говорит: “Идем, идем”); б) полная индифферентность (играет в песке, не обращая внимания на детей); в) появление страха в присутствии детей; г) избирательность общения с детьми; д) агрессивные действия в адрес детей, в том числе и собственных братьев, сестер.

В процессе развития аутичные дети лучше находят контакт со взрослыми, чем с другими детьми, поскольку дети менее чувствительны к их потребностям, создают шум и

суету, которые раздражают аутичных детей. Постепенно, в старшем дошкольном возрасте, дети с РСА начинают наблюдать за другими детьми, но их попытки вступить в контакт часто бывают неадекватными и опасными для окружающих. Например, аутичный ребенок стремится толкнуть другого или схватить его за волосы. Такое поведение мешает адаптации в детском коллективе, в такой ситуации ребенку, родителям и воспитателям крайне необходима помощь специалиста по аутизму.

У аутичных детей проявляется потребность навязчивого характера в сохранении постоянства окружающего их предметного мира, которая связана с тревогой. Этот страх изменений направлен на субъективно значимые для данного ребенка обстоятельства, например, страх перед чужими помещениями, боязнь прогулок по новым местам, страх перед новой пищей, новой одеждой, перестановками в квартире, изменениями режима дня (феномен “тождества” (Х. Ремшмидт)).

В малышом периоде обращают на себя внимание различные двигательные стереотипии: раскачивания в колыбели; однообразные повороты головы; ритмичные сгибания и разгибания пальцев рук; упорное продолжительное раскачивание стенок манежа; упорное продолжительное раскачивание на игрушечной лошадке, в качалке; кружение вокруг своей оси; размахивающие движения пальцами или всей кистью.

На первом году жизни отмечается также задержка развития навыков самостоятельного сидения, ползания, вставания. Особенностью таких детей является отсутствие ускорения развития при активной помощи со стороны взрослого. Для них характерна “внезапность” перехода к ходьбе и практически одновременное появление навыка бега с навыком ходьбы. К особенностям бега относятся: импульсивность возникновения, особый ритм (стереотипное перемещение с застываниями), бег с широко расставленными руками, на цыпочках. Особенности походки являются: “деревянность” (ходьба на неподвижных ногах), порывистость, некоординированность, ходьба по типу “заводной (механической) игрушки”. С раннего возраста могут отмечаться такие особенности движений, как медлительность, неуклюжесть, порывистость, “мешковатость”, “кукольность”. В ряде случаев наблюдается необычная грациозность, плавность движений, ловкость при ползании и балансировании.

Значительно запаздывает освоение указательных жестов, негативно-утвердительных движений головой, жестов “согласие-несогласие”, “приветствие-прощание” (например, помахал рукой, стоя спиной к врачу). Характерны осложнения в имитации движений и жестов взрослых и сопротивление помощи при обучении двигательным навыкам.

К особенностям мимики относятся ее бедность, напряженность, иногда неадекватные гримасы. Часто наблюдается неподвижный, застывший, “испуганный” взгляд. В ряде случаев отмечаются серьезные, интеллигентные, красивые лица с “прорисованными” чертами (“лицо принца” — по Каннеру).

В целом относительно специфическими симптомами нарушения движений при раннем детском аутизме являются: а) атетозоподобные движения пальцев рук — стереотипные движения в виде перебирания, складывания, сгибания и разгибания пальцев; б) стереотипные движения в форме встряхивания, взмахов, вращений кистями рук; подпрыгивания в виде отталкивания кончиками пальцев; бег на цыпочках; кручение, раскачивание головой и туловищем. Двигательные стереотипии полностью исчезают после 6–8 лет, реже наблюдаются до 12 лет.

Особенности познавательной деятельности. В результате обследования с помощью методики Векслера выявлено, что общий интеллектуальный показатель детей с РСА ниже, чем у детей с нормальным развитием, но выше, чем при олигофрении (В. Е. Каган, 1981). Средний уровень невербальных показателей в одной трети случаев соответствует показателям при олигофрении, прежде всего таким, как выделение последовательности событий, пространственных отношений, способность переключения внимания на предметном уровне. Отмечается неравномерность показателей вербально-интеллектуальной функции. Общий объем знаний, понимание общественных норм жизни и способность оперировать числами — ниже нормы. Активный запас слов и механическая память — выше нормы. Мышление носит конкретный, “регистрирующий”, “фотографический” характер. Отмечается достаточный уровень развития отдельных способностей, например, значительный запас знаний в области ботаники, энтомологии, астрономии и др. При этом дети употребляют латинские обозначения, приводят классификации и, вместе с тем, не обладают пространственными понятиями и навыками, например, право-лево. При письме — неровная строка с корявыми и прыгающими буквами и зеркальным изображением. Таким образом, структура интеллектуального дефекта у детей с ранним детским аутизмом качественно иная, чем при олигофрении. Собственно интеллектуальная недостаточность “перекрывается” нарушениями личности и поведения (В. Е. Каган, 1981).

Х. Ремшмидт приводит следующие данные относительно интеллекта детей с РСА: чаще всего интеллект нарушен (отмечается специфическая структура интеллекта, островки сохраненного интеллекта), примерно 60% из них имеют выраженные формы умственной отсталости, 20% — легкие формы, примерно у 17% детей IQ на уровне пограничной умственной недостаточности и около 3% имеют показатели средние или выше среднего.

Гибкость мышления при аутизме ограничена, особенно в детстве, — собственно в том возрасте, когда она хорошо развита у нормальных детей. Это очень хорошо видно в игре, требующей мышления второго порядка, например, притворства. Приходится, например, притворяться, будто тарелка — это шляпа, но для аутичного ребенка тарелка будет тарелкой. Таким же образом шутки, требующие гибкого творческого мышления и использования метафор, недоступны для понимания аутичных детей. Они склонны понимать вещи чрезвычайно буквально: например, аутичным ответом на “приведи себя в порядок” могло бы быть “привести меня куда?”. Leslie (1990) связывал это с тем, что он называл недостаточной теорией разума, предполагая, что аутичному ребенку не хватает теории, которая позволяет ему понять другого человека. Поэтому такие дети очень слабы в “чтении” людей, т. е. не способны к эмпатии, а последнее, как известно, лежит в основе социальных отношений.

Нередко у аутичных детей находят особый вид таланта, поэтому такого ребенка еще называют сван или “аутист-гений” (ранее “идиот-гений”) — это аутичный индивид, демонстрирующий одну или несколько “особых способностей”, которые кажутся невероятными при данном уровне функционирования пациента. Такие способности являются редким “побочным продуктом” аутизма и представляются связанными с механистическими, безличными и навязчивыми интересами больных. Примерами тому служат исключительные математические способности, виртуозная игра на музыкальных инструментах, скрупулезное воссоздание сложных геометрических фигур в художественном творчестве или способность к запоминанию огромного объема информации, например дат, имен или чисел.

Высказывалось предположение, что при этом используются специальные участки мозга, недостаточно развитые для управления речью. Такие исключительные способности аутистов нередко ложатся в основу художественных фильмов и романов, таких, например, как кинодрама Барри Левинсона “Человек дождя” (Rain Man) с Дастином Хоффманом, который прекрасно изобразил взрослого аутиста-гения.

С раннего возраста для *игровой деятельности* характерны элементарные формы. Отмечается либо полное игнорирование игрушек, либо их рассматривание без стремления манипулировать. В основном наблюдаются кратковременные или более длительные стереотипные действия с такими предметами быта, как шнурки, ключи, гайки, бутылки и т. д. Реже встречается интерес к игрушкам, но и при этом преобладают такие стереотипии, как вращение игрушек перед глазами, переключивание их с места на место, постукивание ими об пол или касание игрушками лица, обнюхивание, облизывание. В игре отсутствуют игровые сюжеты. Характерны игры со струей воды, переливание жидкости из одной посуды в другую. Отмечен интерес к старым ржавым трубам, велосипедным колесам. Попытки родителей прервать стереотипные действия вызывают у детей выраженные эмоциональные реакции протеста, сильный крик, плач.

Опираясь на гипотезу, что между нарушениями восприятия и причинами расстройства существует прямая зависимость, симптомы нарушения реакции на раздражители отнесем в отдельную группу “особенности восприятия” и рассмотрим ее в свете основной симптоматики.

Зрительное восприятие. В детском возрасте возможно отсутствие наблюдения за движущимся предметом. Слишком долго не формируется навык узнавания близких (матери, отца, родственников).

Специфическими являются следующие особенности зрительного поведения: непереносимость взгляда в глаза, преимущество периферического зрения, взгляд мимо или “сквозь человека”, “бегающий взгляд”, поиск необычных зрительных впечатлений (перелистывание страниц), явление “псевдослепоты”, продолжительная сосредоточенность взгляда на “беспредметном” объекте — световом пятне, блестящей поверхности, узоре обоев или ковра, мерцании теней. При этом отмечается особое, “за мороженое” их созерцание. Характерна повышенная чувствительность к зрительным стимулам, например, испуг при включении света, раздвигании штор. Как следствие, ребенок стремится находиться в темноте.

Слуховое восприятие. В детстве отмечается длительное отсутствие реакции на звук, что в дальнейшем сменяется гиперчувствительностью, предпочтение отдается тихим звукам. Ребенок не привыкает к характерным звукам домашней обстановки (звонку, пылесосу), может долго и с увлечением прислушиваться к звуку разрыва бумаги, шороху целлофановых пакетов, скрипу дверей. Отсутствует реакция на словесные обращения, ребенок не отзывается на свое имя, наблюдается избирательность ответных реакций на речь. Рано возникает интерес к прослушиванию музыки.

Тактильная, вкусовая, обонятельная и проприоцептивная чувствительность. Вначале с раннего возраста наблюдается слабая или отсутствующая реакция на мокрые пеленки, холод, голод, прикосновение. В дальнейшем появляется гиперсензитивность к тактильным раздражителям — ребенок противится пеленанию, купанию, причесыванию, стрижке ногтей и волос. Ребенка раздражает одежда, обувь, он стремится раздеться. Характерные

необычные вкусовые преимущества в виде тяги к несъедобному. Отмечается гиперсензитивность к запахам и вкусам. Знакомство с новыми предметами и игрушками ребенок начинает, длительное время ощупывая, обнюхивая и облизывая их. Находясь в одиночестве, дети часто "стимулируют" себя, напрягая тело и конечности, хлопая себя по ушам, зажимая их при зевании, ударяясь головой о коляску, спинку кровати.

К. С. Лебединская приводит следующие процентные показатели описанной выше клинической симптоматики у детей с РСА (см. таблицу 1).

Таблица 1.
Процентные показатели клинической симптоматики у детей с РСА

№ п/п	Клинический симптом	Процентный показатель
1.	Аутизм	100%
2.	Особенности витальных функций и аффективной сферы	98%
3.	Страхи	80%
4.	Феномен "тождества"	79%
5.	Особенности навыков социального поведения	76%
6.	Особенности познавательной деятельности и интеллекта	72%
7.	Особенности восприятия	71%
8.	Стереотипии	69%
9.	Особенности речи	69%
10.	Особенности моторики	68%
11.	Особенности игры	29%
12.	Нарушение чувства самосохранения	21%
13.	Нарушение влечений	19%

Проблемные вопросы диагностики и дифференциальный диагноз в случае расстройств спектра аутизма

Диагностика РСА усложняется из-за того, что:

- 1) есть дети, у которых отмечаются не все, а лишь отдельные симптомы;
- 2) психопатологическая картина раннего детского аутизма постоянно меняется в результате процессов развития (например, на втором году жизни, когда устанавливаются отношения с предметным миром, появляются страхи, после 6 лет многие черты аутизма сглаживаются или исчезают совсем и начинаются нормальные процессы развития, особенно в тех случаях, когда у детей наблюдаются незначительные расстройства);
- 3) степень экспрессии (выраженности) расстройства может быть различной;
- 4) симптоматика разнообразна и проявляется не у всех детей.

Многие симптомы раннего детского аутизма могут вытекать из нормальных процессов развития, но меняется время возникновения, интенсивность и длительность проявлений: например, речевые нарушения, страх перемен, часто годами ходьба на цыпочках, симбиотические формы поведения.

Синдром Каннера, а именно ранний детский аутизм (РДА), следует дифференцировать с другими заболеваниями. Вопросы дифференциальной диагностики имеют важное значение, так как в нашей стране долгие годы РСА традиционно рассматривались в рамках прогредиентного шизофренического процесса.

Психопатологические особенности психического развития при шизофрении, в отличие от РСА, связаны прежде всего с тем, что основу отгороженности от внешнего мира и слабости контакта с окружающими составляют диссоциация психических процессов; стирание границ между субъективным и объективным; погружение в мир внутренних болезненных переживаний, патологических фантазий, рудиментарных бредовых образований (галлюцинаторных и псевдогаллюцинаторных), а также других продуктивных психопатологических феноменов. В этой связи поведение таких детей отличается причуждливостью, вычурностью, диссоциированностью. Так, при общей отгороженности, малой контактности и эмоциональной невнятности в общении с близкими дети могут быть общительными, разговорчивыми, необычно доверчивыми и ласковыми с посторонними лицами (салятся к ним на колени, отвечают на вопросы, принимают предложенные лакомства). Безразличное или даже враждебное отношение к близкому человеку может сочетаться с непонятной привязанностью к соседям и незнакомым людям ("аутизм низранку"). В высказываниях детей нередко проявляются вычурность, паралогичность и разорванность мышления. Однообразное вялое поведение может иногда прерываться немотивированными агрессивными поступками, разрушением предметов, игрушек.

Такое сочетание аутизма с диссоциированным поведением В. Е. Каган называет "диссоциативным аутизмом". Однако чаще шизофренический детский аутизм связан с продуктивной психопатологической симптоматикой. В этих случаях дети избегают контактов в связи с различными страхами, часто рудиментарно-бредовыми (боязнь теней, прикосновения, страх того, что кто-то может ударить), а главным образом в связи с уходом в мир фантазий, игровым перевоплощением (в животных, машину) как проявлением деперсонализации, отвлечением от реальности псевдо-галлюцинаторными переживаниями, состояниями кататонического субступора и депрессий. Подобные варианты аутизма В. Е. Каган называет "продуктивным аутизмом".

Важными диагностическими признаками аутизма при шизофрении являются хотя бы кратковременный период нормального психического развития, предшествующий возникновению аутизма, а также признаки прогредиентности в виде нарастания психического дефекта (углубление вялости, аспонтанности, эмоционального снижения, распад речи, регресс поведения с утратой ранее приобретенных навыков).

Что касается синдрома Аспергера, то его развернутая клиническая симптоматика, как отмечалось выше, проявляется после 3-летнего возраста, почти исключительно у мальчиков. Дети с синдромом Аспергера начинают говорить раньше, чем ходить. Интеллектуальное развитие при синдроме Аспергера нормальное или выше нормы. Речь при этом синдроме всегда является средством общения. Типичный синдром Аспергера с

Таблица 2. Перечень аутистических синдромов, их клинический контекст, этиология и проявления (по Ч. Ньюкиктену, 2010)

Расстройства аутиче-ского спектра (в порядке уменьшения тяжести)	Этиология	Симптом	Симптом	Симптом	Симптом	Симптом
		Нарушение глазного контакта, языка тела и совместного внимания	Нарушение устной речи	Стереотипность и психическая ригидность	Отсутствие эмпатии и модели психического	Отсутствие символической игры
У детей с умственной отсталостью	Причины, обуславливающие умственную отсталость	+++	+++ (речь практически отсутствует)	+++	+++	+++
Аутизм каннеровского типа у детей с легкой умственной отсталостью	Врожденные, часто наследственные формы с регрессом	+++	++ (речь крайне ограничена)	+++	+++	+++
Высокофункциональный аутизм у детей с хорошим интеллектом, включая синдром Аспергера	Врожденные, часто наследственные формы	Варьирует ++	Варьирует + (семантико-прагматическое расстройство)	Варьирует ++	Варьирует ++	Варьирует ++
Легкий аутизм у детей с ГРДВ и другими когнитивными и социальными нарушениями, также обозначается как перзавивное расстройство развития, неуточненное		+, варьирует	+, варьирует	+, варьирует	+, варьирует	+, варьирует
Симптоматические формы, развивающиеся после поражений мозга	Асфиксия, энцефалиты, синдром Веста, опухоли и др.	+, варьирует	+, варьирует	+, варьирует	+, варьирует	+, варьирует
Вторичный или псевдоаутизм при дисфазии развития, выраженном игнорировании и т. д.	Вторичный по отношению к другим расстройствам	Варьирует	+++ (часто)	+, варьирует	–	+, варьирует
<p>В левом столбце приведены формы аутизма в порядке уменьшения степени тяжести. Две последние формы могут варьировать по степени тяжести. Здесь не приведены формы с регрессом с изменениями на ЭЭГ. Симптомы: +++ = часто и/или значительно выражены, ++ = выражены умеренно, + = легкие и иногда отсутствуют.</p>						

возрастом становится основой шизоидной психопатии с удовлетворительной социальной адаптацией.

Симптоматика “органического” (“соматогенного”) детского аутизма малоспецифична. Синдром детского аутизма в этих случаях связывают с последствиями раннего органического поражения головного мозга. Он сочетается с теми или иными проявлениями психоорганического синдрома: психической инертностью, невысоким уровнем памяти, моторной недостаточностью. Кроме того, отмечаются рассеянная неврологическая симптоматика, признаки гидроцефалии, изменения на ЭЭГ по органическому типу, эпизодические судорожные припадки. Как правило, наблюдается более или менее выраженное отставание в интеллектуальном и речевом развитии.

“Психогенный” детский аутизм (парааутизм по Кагану), по данным западноевропейских психиатров, возникает преимущественно у детей раннего возраста (до 3–4 лет) в связи с эмоциональной депривацией, которая зачастую обусловлена отрывом от матери или другого близкого человека. Он характеризуется нарушением контакта с окружающими, эмоциональной индифферентностью, пассивностью, безразличием, отсутствием дифференцированных эмоций, задержкой развития речи и психомоторики.

В отличие от других расстройств спектра аутизма, психогенный аутизм ощутимо поддается коррекции при нормализации условий воспитания. Однако при нахождении ребенка в неблагоприятных условиях воспитания в течение первых 3-х лет жизни аутистическое поведение и нарушения психического и речевого развития могут становиться устойчивыми и трудно дифференцируемыми от других расстройств спектра аутизма.

В заключение этой главы приводим сводную таблицу невролога Чарльза Ньюкиктьена (2010), в которой перечень синдромов аутизма перечислен в связи с их клиническим контекстом и этиологией. В левом столбце таблицы 2 приводятся варианты аутизма в порядке уменьшения степени клинической тяжести. Симптомы: +++ = часть и/или значительно выраженные, ++ = выражены умеренно, + = легкие и иногда отсутствуют.

Как видим из таблицы 2, автор считает аутистическое поведение гетерогенным по своей природе. В своей книге он пропагандирует внимательное изучение клинической картины РСА (психиатрическое, неврологическое, аппаратурное), что позволит более целенаправленно и адекватно строить индивидуализированные лечебно-реабилитационные программы.

Глава 4. Синдром Аспергера

Синдром Аспергера — одно из пяти общих (первазивных) нарушений развития, иногда его называют формой высокофункционального аутизма. То есть лица с синдромом Аспергера обладают как минимум нормальным либо высоким интеллектом, но нестандартными или слаборазвитыми социальными способностями; поэтому их эмоциональное и социальное развитие происходит с задержкой.

Термин “синдром Аспергера” был предложен английским психиатром Лорной Уинг (Lorna Wing) в публикации 1981 г. Синдром получил название в честь австрийского психиатра и педиатра Ганса Аспергера (Hans Asperger), который сам использовал термин “аутистическая психопатия”.

Распространенность. В 1993 году было проведено исследование шведского населения, результаты которого показали, что как минимум 0,36% детей школьного возраста, несомненно, удовлетворяют критериям синдрома Аспергера. По оценке Гиллберга, 30–50% лиц, которые действительно имеют синдром Аспергера, не диагностированы (Gillberg, 2002). Среди взрослых с нормальным интеллектом (IQ 70 или выше) распространенность синдрома Аспергера составляет 0,36% (Barnard et al., 2001). Большая часть (95%) страдают от безработицы или неполной занятости, а также — от депрессии и психозов (Frey, 2006).

Как и другие состояния, классифицируемые как расстройства аутистического спектра, синдром Аспергера более распространен среди лиц мужского пола, чем женского, — 75–80% диагностированных случаев.

Многие врачи считают, что это может не отражать настоящей частоты его появления у женщин. Известный эксперт по синдрому Аспергера, Тони Эттвуд (Tony Attwood), предполагает, что женщины могут лучше компенсировать свои проблемы из-за разницы в социализации. Основная масса доступной информации о синдроме Аспергера касается детей. Сегодня существует больше предположений, чем твердых фактов о том, как этот синдром влияет на взрослых. Считается, что большинство людей с синдромом Аспергера со временем могут научиться жить со своими особенностями психической сферы.

Однако “исцеления” как такового не происходит, более того — некоторые известные врачи, такие как Эттвуд, так же как и некоторые люди с синдромом Аспергера, категорически настаивают на том, что “исцеление не только невозможно, но и нежелательно”.

Социальные трудности. Социальные нарушения, встречающиеся при синдроме Аспергера, часто не имеют такой степени тяжести, как при аутизме с низким интеллектуальным развитием. Эгоцентризм с небольшим или полным отсутствием желания или способности взаимодействовать со сверстниками является отличительным признаком нарушения. Характерными являются социальная наивность, чрезмерная правдивость и смущение после замечаний, сделанных незнакомыми взрослыми или детьми.

У людей с синдромом Аспергера нет естественной способности видеть и чувствовать подтекст социального взаимодействия. Часто люди с синдромом Аспергера неспособны также передать свое собственное эмоциональное состояние.

Неаутичные люди способны получать большое количество информации о когнитивном (умственном) и эмоциональном состоянии других людей, основываясь на контексте общения, выражении лица и языке тела, но у людей с синдромом Аспергера эта способность не развита. Это еще иногда называют “социальной слепотой” — невозможность создания модели мыслей другого разума в своем. Люди с синдромом Аспергера “слепы” по отношению к чужим жестам и оттенкам речи, поэтому замечают только то, что было сказано, причем в буквальном смысле. Например, человек может не чувствовать чужих телесных границ и стоять слишком близко, буквально “нависая” над собеседником и вызывая у того раздражение.

Вместе с этими трудностями “чтения” чужих невербальных (несловесных) сообщений у большинства людей с синдромом Аспергера существуют трудности выражения их собственного эмоционального состояния с помощью “языка тела”, выражения лица и интонации в той степени, в которой на это способно большинство людей. У них такие же или даже более сильные эмоциональные реакции, чем у большинства людей (хотя они не всегда эмоционально реагируют на одни и те же вещи), трудность заключается в выражении эмоций, хотя внешнему наблюдателю может казаться, что они совершенно лишены эмоций.

У многих людей с синдромом Аспергера могут быть трудности со “зрительным контактом”. Многие очень мало смотрят в глаза, поскольку это эмоционально перегружает их, другие смотрят в глаза неэмоциональным взглядом, который может показаться дискомфортным другим людям — “уставился”. Аспергер объяснял фиксированный характер взгляда тем, что у людей с синдромом Аспергера в момент взгляда на другого человека срабатывает та часть мозга, которая обычно воспринимает зрительные сигналы при взгляде на неодушевленный предмет. Жестикуляция тоже может быть почти отсутствующей или, наоборот, выглядеть преувеличенной и неуместной.

Большинство людей с синдромом Аспергера учатся социальным навыкам с помощью интеллекта, вследствие чего их социальное развитие задерживается.

Узкие, интенсивные интересы. Синдром Аспергера может включать интенсивный и obsessивный (навязчивый) уровень сосредоточивания на объектах интереса. Типичными являются такие интересы, когда человек интенсивно изучает или чрезмерно увлекается предметами, которые могут казаться странными для его возраста и культурного развития. Например, ребенок в раннем школьном возрасте имеет особый интерес к “умершим композиторам”. В действительности интерес этого мальчика сводился к увлечению компакт-дисками. Он любил наблюдать за их вращением в проигрывателе. Как и многие другие, имеющие синдром Аспергера, он мечтал о “полной коллекции” компакт-дисков. Одним из путей достижения этого была концентрация на умерших композиторах: если они умерли, то, по крайней мере, он мог быть уверен, что они уже не напишут ни одного музыкального произведения.

Особенно популярные интересы: средства передвижения и транспорт (например — поезда), компьютеры, математика, астрономия, динозавры. Все это нормальные интересы обычных детей; необычность заключается в интенсивности интереса. Иногда

эти интересы сохраняются на протяжении всей жизни, в других случаях они меняются в непредсказуемые моменты. Ганс Аспергер называл своих юных пациентов “маленькими профессорами”, поскольку, по его мнению, его тринадцатилетние пациенты обладали в областях своих интересов таким же всеобъемлющим и тонким пониманием, как университетские профессора. Вне своих интересов люди с синдромом Аспергера обычно не демонстрируют способностей. В школьные годы многих из них окружающие воспринимают как умных, но неуспевающих детей, явно способных превзойти сверстников в своей области интересов. Считают, что такие дети постоянно ленятся делать домашние задания (иногда даже в своей области интересов). Другие, наоборот, способны отлично успевать по всем предметам и обладают высокой мотивацией к тому, чтобы превзойти сверстников. Комбинация социальных проблем и узких интересов может привести к своеобразному поведению, например, при встрече с незнакомцем человек с синдромом Аспергера, вместо того чтобы представиться, как принято, заводит длительный монолог о своем особом интересе. Однако, став взрослыми, они иногда преодолевают свою лень и отсутствие мотивации. Многие латентные аутисты с синдромом Аспергера ведут тайную борьбу с собой на протяжении всей жизни, маскируясь и приспосабливаясь под окружение и приспособив его под себя.

Особенности речи. Люди с синдромом Аспергера выделяются педантичной манерой разговора, использованием более формальной, грамматически совершенной речи, чем того требует ситуация. Пятилетний ребенок с этим синдромом может регулярно говорить на языке, который больше подошел бы университетскому учебнику, особенно в своей области интересов. Развитие речи у ребенка бывает исключительно ранним, развиваясь медленно из-за типичной для лиц с синдромом Аспергера приверженности структуре и неизменности жизненных норм, или, наоборот, несколько более поздним по сравнению с братьями и сестрами. Но позже речь развивается очень быстро, так что в возрасте 5–6 лет речь в любом случае выглядит как правильная, педантичная, не по годам развитая и чрезмерно похожая на взрослую. Часто ребенок, запомнивший речевые штампы, может выглядеть так, будто он понимает разговор. Однако для него трудно или полностью невозможно быть настоящим собеседником. Эти особенности свидетельствуют о семантическом прагматическом нарушении речи. Это означает, что, несмотря на хорошо развитые речевые навыки, существует неспособность использования речи для коммуникации в условиях реальной жизни. Тональность голоса может быть нарушенной (голос очень сильный, сиплый, чрезмерно низкий), темп речи может быть ускоренным или замедленным. Слова часто произносятся излишне ровно и монотонно.

Другим распространенным (хотя и не универсальным) симптомом является буквальное понимание. Эттвуд приводит как пример девочку с синдромом Аспергера, которой однажды позвонили и спросили: “Павел здесь?”. Хотя Павел, о котором шла речь, присутствовал в доме, его не было в комнате, и, оглянувшись, чтобы убедиться в этом, она ответила: “Нет” — и повесила трубку. Звонившему человеку пришлось перезвонить и объяснить девочке, что он хотел, чтобы она нашла Павла и попросила его взять трубку.

Люди с синдромом Аспергера не воспринимают те неписанные социальные законы, которые мы усваиваем по опыту. Это как раз те люди, которые, как в известном анекдоте, на вопрос: “Как дела?” — начинают действительно рассказывать, как у них дела. А если им сказать: “Звони в любое время”, — могут позвонить в три часа ночи с чистой совес-

тью. Полное неумение понимать намеки и “читать между строк” осложняет отношения с окружающими, но необходимо помнить, что обратная сторона этого — честность и прямолинейность. Многие люди с синдромом Аспергера используют слова очень специфически, включая в речь только что придуманные слова, а также необычные сочетания слов. Они могут демонстрировать редкое чувство юмора (особенно склонны к каламбурам; игре слов; к строфам, в которых смысл приведен в жертву рифме; к сатире) или написанию книг. Другой потенциальный источник юмора появляется, когда они понимают, что их буквальные интерпретации забавляют окружающих. Некоторые настолько хорошо владеют письменной речью, что удовлетворяют критериям гиперлексии (способность понимать письменную речь выше нормы, а способность понимать устную речь — ниже).

Вообще говоря, индивидуумы с синдромом Аспергера любят порядок. Некоторые исследователи считают жесткие повседневные ритуалы одним из критериев для диагностирования этого состояния. Ритуалы могут быть “высокого уровня” и более тщательно разработаны, чем те, которые встречаются при других расстройствах спектра аутизма. Так, один 10-летний мальчик требовал, чтобы родители возили его, брата и сестру на машине каждым субботним утром так, чтобы он мог, сидя на заднем сиденье машины, делать записи в своем дневнике, по которым определял, проехали ли они у каждого фонтана в центре их родного города (T. Attwood).

Особенности моторной и сенсорной сфер. У людей с синдромом Аспергера обычно наблюдается ряд трудностей в развитии моторных навыков. У них может наблюдаться специфическая “хромающая” или “рубящая” осанка при ходьбе, при ходьбе они могут в необычной манере держать свои руки, могут быть неуклюжи в движениях. Координация движений нарушена в большей степени, чем мелкая моторика. Возможны трудности в обучении езде на велосипеде, плаванию, катанию на лыжах и коньках.

Некоторые люди с синдромом Аспергера страдают от разной степени сенсорных перегрузок и могут быть патологически чувствительными к громким звукам, или сильным запахам, или не любить, когда к ним прикасаются. Например, некоторые дети с синдромом Аспергера сильно противятся прикосновениям к голове, не переносят, когда им ерошат волосы. Такая сенсорная перегрузка может обострить проблемы, с которыми дети с синдромом Аспергера сталкиваются в школе, где уровень шума в классе может стать невыносимым для них. Некоторые также не в состоянии заблокировать некоторые стимулы, которые повторяются, такие как постоянное тиканье часов. Тогда как большинство детей перестанут регистрировать этот звук в течение короткого времени и могут услышать его только с помощью усилия воли, дети с синдромом Аспергера могут отвлекаться, стать возбужденными или даже (в некоторых случаях) агрессивными, если звук не будет прекращен.

Глава 5. Парааутизм — психогенная форма аутизма

Приставка *пара* (с греческого — рядом, около, при) подчеркивает отличие парааутизма от истинного аутизма как клинического состояния. Клиническая картина парааутизма напоминает эндогенный аутизм, но он имеет другую природу. В 1960–1970-х годах ведущие психологи и психоаналитики, изучавшие психическое развитие детей в раннем возрасте (Дж. Боулби, П. Липтон, М. Ансворз, А. Фрейд, Р. Спиц), описали явление госпитализма с нарушением общения у детей из приютов. Их выводы были подтверждены современными данными психологии и нейрофизиологии в работах В. С. Мухиной, А. С. Батуева и других.

В 1980-е годы детские психиатры В. Е. Каган, В. В. Ковалев описали психогенный аутизм как симптомокомплекс, основным клиническим проявлением которого было также искажение функции общения в виде обеднения или полного отказа от коммуникаций, ухода в себя. Возникновение данной психической патологии связывалось с травмирующими психосоциальными факторами.

В. Е. Каган ввел и другое понятие для обозначения подобных нарушений, назвав их “парааутистические невротические реакции у детей раннего возраста в связи с недостаточностью детско-материнского взаимодействия”. Эти проявления, по мнению автора, склонны к фиксации и переходу в личностные девиации.

Г. В. Козловская, Л. М. Барденштейн, В. Ф. Матвеев обнаружили симптомы псевдоаутистического поведения у детей с сенсорными дефектами — у слепых и глухих. Электрофизиолог и нейропсихолог Т. А. Строганова отметила сходство изменений биопотенциалов мозга у детей с синдромом Каннера и у слепых детей.

В начале 1990-х годов группа исследователей НЦПЗ РАМН (Г. В. Козловская, М. Е. Проселкова), изучая психическое здоровье детей-сирот раннего возраста, которые с раннего детства находятся в условиях детского приюта, описала подобные состояния нарушений общения, предложив новый термин для их обозначения — депривационный парааутизм, как более соответствующий клиническому содержанию данного симптомокомплекса. **Парааутизм** — это нарушение формирования коммуникативных функций, возникающее при различных формах психической депривации у детей в раннем онтогенезе.

Сам термин “депривация” означает недостаточность наличия того или иного фактора, лишение его. Психическая депривация — это недостаточность стимуляции чисто психических функций человека. Наиболее известны следующие формы психической депривации:

- эмоциональная депривация или скрытое сиротство в семье при искажении функционирования психобиологической системы “мать-ребенок”;
- социальная депривация или истинное сиротство; брошенные дети, беспризорники;

- сенсорная депривация — слепота, глухота, гипокинезия, например, в случае детского церебрального паралича и др.;
- когнитивная изоляция/депривация (информационный голод) — дети, воспитанные животными (“дети-маугли”) или при минимальном общении (например, безмолвном, безтактильном и др.); перманентное физическое насилие в семье и др.

Важным фактом является вывод, что парааутизм — функциональное и обратимое нарушение психического развития депривационного генеза. При нормализации условий воспитания детей до трехлетнего возраста симптомы парааутизма могут редуцироваться. В более позднем возрасте это расстройство, как и другие депривационные нарушения, с трудом поддаются коррекции и/или сближаются с проявлениями истинного аутизма, или переходят в патологическое формирование личности.

Клинический парааутизм и эндогенный аутизм. Несмотря на определенные различия состояний парааутизма, возникающие при различных формах психической депривации, большего внимания заслуживает их сходство не только между собой, но, что особенно важно, с истинным аутизмом типа РДА.

В случаях РДА и парааутизма одним из главных проявлений является нарушение, обеднение или даже полная блокада коммуникативных функций с большей или меньшей степенью выраженности. Данный факт объясняется, очевидно, некоторыми общими механизмами возникновения таких нарушений.

В международной классификации болезней МКБ-10 нет диагноза, который соответствует клинической картине психогенного аутизма (парааутизма) или экзогенного аутизма. Относительно похожее состояние обозначено рубрикой “реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте”. Последнее характеризуется эмоциональными нарушениями и стойкими расстройствами социальных взаимодействий ребенка, будучи реакцией на изменение условий среды в первые пять лет жизни. К основным проявлениям этого состояния относятся: тревожность; робость и неспособность к дифференцированным социальным взаимодействиям; агрессия к себе и другим; слабость и диффузность эмоциональных связей в сочетании с навязчивой придирчивостью и неразборчивостью в общении, трудностью установления доверительных коммуникаций; прекращение физического развития.

Парааутизм и феномен расстройства привязанности. Как видно из приведенного перечня, два сравниваемых клинических феномена (парааутизм и реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте) при их некотором сходстве являются, по сути, разными состояниями. В расстройстве привязанностей в детском возрасте основное место принадлежит нарушениям эмоционального развития в виде слабости эмоционального резонанса и недифференцированности эмоционального реагирования, в то время как состояние парааутизма характеризуется прежде всего нарушением функций общения.

Кроме того, парааутизм по структуре клинической картины более объемный и полиморфный, чем нарушение привязанности, причем патология эмоциональной сферы входит в данный симптомокомплекс как сопутствующий, дополнительный компонент.

Но до сих пор остается открытым вопрос о первичности и приоритете функций — общение или эмоции, которые лежат в основе феномена привязанности в раннем онтогенезе человека. Вполне закономерен вопрос: парааутизм (или его аналог по МКБ-10

— расстройство привязанностей) является нарушением социальных или эмоциональных психических функций? Ответ на него важен не только для дифференциально-диагностического анализа психического состояния ребенка, но и для разработки конкретных психо-профилактических и коррекционных мероприятий при выявлении параутизма.

Приоритет социальных потребностей в раннем онтогенезе. Основоположники психиатрии раннего возраста (в отечественной терминологии — микропсихиатрии) — неврологи, педологи, психиатры и нейрофизиологи: В. М. Бехтерев и его сподвижники — Н. М. Щелованов, Н. П. Фигурин, М. П. Денисова — в начале XX века изложили концепцию раннего психического онтогенеза человека, ведущая роль в котором принадлежит, по их мнению, формированию и проявлению потребности производить впечатление или социальных потребностей в общении, равноценных, а в ряде случаев и преобладающих над органическими потребностями в пище и тепле. Последние снимают отрицательные эмоциональные реакции у малыша и создают почву для положительных эмоций, возникающих в ответ на удовлетворение социальных потребностей. Сами же только органические потребности не могут заменить социально-эмоциональные потребности ребенка.

Позже эти положения развивали отечественные и зарубежные нейропсихологи и физиологи. Л. С. Выготский, П. В. Симонов, К. В. Судаков, П. К. Анохин, А. Н. Леонтьев, А. Фрейд и другие подчеркивали приоритет положительных эмоций, которые создают условия для генерализованной интеграции психофизических функций организма, повышая тем самым общий жизненный тонус и психическую активность в виде первичной социальной активности ребенка.

В основе первичной социальной активности лежит один из базовых инстинктов — ориентировочный, который на первых же этапах онтогенеза трансформируется в рефлексы свободы, любознательности и сенсорного голода, составляющие фундамент функции общения. Однако все это для своего воплощения требует также развития активного соучастия среды.

В ходе исследований М. Эриксона, Г. Липтона, В. Бразелтона и других в области детской психиатрии, педопсихиатрии и психологии обнаружили новые данные о приоритете в раннем онтогенезе человека развития потребности в социальных взаимодействиях и эмоциональных связях. Начало их функционирования определяется, по мнению одних авторов, до первых трех месяцев жизни, по мнению других — до первых часов после рождения младенца, не отрицая в развитии человека факта импринтинга или феномена фиксации, установленного в течение 24 часов после рождения у животных. Время наступления последнего, возможно, растянуто на первые месяцы жизни ребенка.

В эти критические периоды у ребенка начинают действовать “функциональные органы” — улыбка и плач, с помощью которых он устанавливает первые контакты с миром (с матерью или лицом, его заменяющим). Эти “функциональные органы” ребенка являются его врожденными свойствами, а, по мнению Л. С. Выготского и А. Н. Леонтьева, будучи прологами функции общения, также и приобретенными социально-биологическими свойствами.

Из приведенных фундаментальных работ известно, что первичные наборы адаптивного поведения детского периода, возникшие в ответ на окружающую среду, настолько устойчивы, что производят впечатление наследственных, хотя таковыми не являются. Американский психолог С. Гринспин также приводит факты о значимости первичных

контактов, которые устанавливаются в первые дни и недели жизни ребенка. Их особенности заключаются в том, что те или иные формы социализации, если они уже возникли, становятся малообратимыми. Кроме того, выявлено, что ребенок способен инициировать контакт со взрослым ограниченное число раз (5–6), после чего теряет интерес к этому действию, а затем и к общению. Поэтому очевидно, что нарушения первичной социализации, в основе которых лежит психическая депривация в той или иной форме, приводят к деформации психического развития ребенка, причем всех его психических, а в некоторых случаях и физических функций, но с преобладанием нарушений в сфере общения.

Остается интересным факт значительного сходства аутизма типа РДА с некоторыми формами парааутизма. Сравним известные механизмы происхождения РДА с парааутизмом. Они разные по сути своего генеза — эндогенный спектр расстройств при РДА и экзогенный спектр (психогенного ряда) при парааутизме. Однако и при РДА, и при парааутизме присутствуют общие зоны воздействия повреждающего фактора (психической депривации) на подкорковые образования и третичную кору головного мозга. Можно предположить, что при РДА, в силу блокады сенсорных фильтров (по данным Л. Эрленмеер-Кимлинг) и наличия чувствительной гиперпатии, аутистическое поведение формируется по защитному механизму. При этом фронтальная и теменная области коры не получают необходимой стимуляции со стороны среды и поэтому задерживаются в развитии. При парааутизме тот же феномен наблюдается в результате экзогенного обеднения стимулирующей роли среды. Однако следует отметить, что, несмотря на сближение в некоторых своих клинических проявлениях, парааутизм и синдром РДА остаются принципиально различными состояниями по своей природе.

Парааутизм является обратимым состоянием, особенно при своевременном — до трехлетнего возраста ребенка — начале коррекционной работы. Однако и у более старших детей коррекционные мероприятия вызывают редукцию проявлений парааутизма.

Основное содержание коррекционной работы — насыщение среды активизирующими факторами — сенсорными, когнитивными, эмоциональными, со стимуляцией базисных психобиологических систем — психической активности, эмоционального резонанса или адекватного эмоционального ответа, когнитивной компетентности ребенка и др.

Из сказанного выше можно сделать следующий вывод: психогенный, депривационный или экзогенный аутизм — парааутизм — является расстройством в рамках нарушений раннего психического онтогенеза, где фактор среды играет основную роль в возникновении патологии.

Различные формы депривации являются пусковым механизмом для нарушений психического развития в форме парааутизма. Чем более ранним и массивным будет влияние депривационного фактора, тем более выраженными будут его последствия. В свою очередь, чем раньше по срокам будет начата психокоррекционная работа, тем оптимистичнее будет прогноз при парааутизме.

Глава 6. Синдром Ретта

Синдром Ретта — одно из самых распространенных заболеваний в ряду наследственных форм умственной отсталости у девочек, названное по имени Андреаса Ретта, австрийского педиатра, который впервые его описал.

В 1966 году Андреас Ретт сообщил о 31 девочке, у которых наблюдались регресс психического развития, аутичное поведение, потеря целенаправленных и появление особых стереотипных движений в виде “сжимания рук”. Шведский исследователь В. Hagberg выделил синдром в самостоятельную нозологическую единицу и сформулировал его основные диагностические признаки (Hagberg, 1983).

В настоящее время накоплено достаточно доказательств генетической природы синдрома Ретта. Так, патология встречается почти исключительно у девочек. Несколько описанных случаев возникновения синдрома Ретта у мальчиков являются скорее исключением из общего правила. В пользу наследственного характера заболевания свидетельствует повышенный уровень кровнородственных браков в родословных больных людей, что составляет 2,4% по сравнению с частотой их в популяции, равной 0,5%.

Хотя исследователи единодушны в том, что в развитии патологии наследственные факторы играют существенную роль, их мнения относительно механизмов наследования синдрома Ретта расходятся. На основании генеалогических данных предложены несколько гипотез. Наиболее общепринятой остается гипотеза о синдроме Ретта как X-сцепленном доминантном заболевании с внутриутробной летальностью у гомозиготных мальчиков. При этом почти каждый случай синдрома является новой мутацией.

В пользу X-сцепленного характера наследования свидетельствует то, что найденные у ряда больных хромосомные аномалии часто вовлекают короткое плечо хромосомы X. В связи с этим было сделано предположение, что ген, ответственный за развитие синдрома, располагается в коротком плече хромосомы X.

Однако, несмотря на интенсивные молекулярно-генетические исследования, попытки картировать ген синдрома Ретта на хромосоме X пока не увенчались успехом. Возможности проведения такого анализа ограничивались небольшим количеством семейных случаев заболевания, однако удалось исключить из рассмотрения большую часть короткого плеча и несколько регионов на длинном плече хромосомы X.

Возможным механизмом развития заболевания может быть нарушение у детей с синдромом Ретта последовательности процесса репликации инактивированной хромосомы X. В результате других исследований синдрома Ретта был выявлен аномальный тип поздно реплицирующей хромосомы X, которая не встречается в контроле, что свидетельствует о нарушении процесса репликации инактивирующей хромосомы X как о возможном механизме развития заболевания. Показана возможность использования обнаруженных нарушений в качестве диагностического критерия, в том числе на ранних стадиях развития заболевания.

Среди других возможных механизмов наследования обсуждается также митохондриальная модель, предложенная еще в 1989 году O. Eegolofsson с соавторами. Эта модель основана на обнаруженных структурных изменениях митохондрий и метаболических аномалиях, указывающих на митохондриальную дисфункцию (примерно у 50% девочек с синдромом Ретта обнаруживается умеренное повышение молочной и пировиноградной кислот в крови или ликворе).

Российские ученые провели исследования, которые позволили установить у детей с синдромом Ретта ортофункциональные изменения митохондрий миоцитов и лимфоцитов, что свидетельствует о митохондриальной дисфункции.

В частности, электронная микроскопия биоптатов четырехглавой мышцы бедра продемонстрировала присутствие митохондрий аномальной формы с деструкцией крист. Электронно-гистохимические исследования ряда митохондриальных ферментов, таких как сукцинатдегидрогеназа, nadH -дегидрогеназа, цитохром 3-оксидаза и АТФ-аза, выявили умеренное снижение их активности у детей с синдромом Ретта по сравнению с контрольной группой. И наконец, почти у 2/3 наблюдаемых больных был умеренно повышен уровень молочной и пировиноградной кислот в крови.

Частота синдрома Ретта широко варьируется. В большинстве европейских государств она составляет 1:10 000–1:15 000 девочек, являясь следующей по частоте после синдрома Дауна специфической причиной тяжелой умственной отсталости у девочек. Удельный вес синдрома Ретта среди умственно отсталых девочек в России составляет 2,48%.

В ante- и перинатальный периоды развития, а также в первое полугодие жизни развития детей часто расценивается как нормальное. Однако во многих случаях наблюдаются врожденная гипотония, небольшое отставание в становлении основных двигательных навыков (сидение, ползание, ходьба), которые часто либо остаются нераспознанными, либо недооцениваются.

В течения заболевания часто выявляют четыре стадии. Возраст, в котором впервые выделяются отклонения в развитии детей, колеблется от 4 месяцев до 2,5 лет; чаще всего от 6 месяцев до 1,5 лет. Первые признаки болезни включают замедление психомоторного развития ребенка и темпов увеличения размеров головы, потерю интереса к играм, диффузную мышечную гипотонию. Это первая стадия заболевания — стагнация.

Далее следует период регресса нервно-психического развития, который начинается, как правило, в возрасте 1–3 лет и сопровождается приступами беспокойства, “безутешного крика”, нарушением сна. В течение нескольких недель — месяцев ребенок утрачивает ранее приобретенные навыки, в частности, пропадают целенаправленные движения рук, он перестает говорить. Одновременно появляются характерные стереотипные движения, напоминающие “мытьё рук”. У более чем половины детей наблюдаются аномалии дыхания в виде апноэ, чередующиеся с периодами гипервентиляции, возможно появление судорожных припадков. Важным симптомом является потеря контакта с окружающими, которая часто ошибочно интерпретируется как аутизм. Это вторая стадия, на которой заболевание развивается столь быстро и драматично, что клиницисты зачастую ставят детям диагноз энцефалит.

После окончания фазы регресса наступает третья стадия, охватывающая длительный период дошкольного и раннего школьного возраста. В это время состояние детей относительно стабильно. На первый план выступают глубокая умственная отсталость,

судорожные припадки, а также всевозможные экстрапирамидные расстройства, среди которых чаще наблюдаются дистония мышц, атаксия, гиперкинезы и др. В то же время приступы беспокойства проходят, сон улучшается, становится возможен эмоциональный контакт с ребенком.

К концу первого десятилетия жизни начинается четвертая стадия — прогресс двигательных нарушений. Пациенты становятся обездвиженными, нарастают спастичность, мышечная атрофия и вторичные ортопедические деформации (в частности, сколиоз), появляются вазомоторные расстройства, особенно выраженные на нижних конечностях, отставание в росте без задержки полового созревания, а у ряда больных развивается кахексия. В то же время судороги становятся реже, возможно эмоциональное общение с больным. В таком состоянии пациенты могут находиться десятки лет.

Разделение течения синдрома Ретта на стадии является довольно условным, поскольку четких границ между ними обнаружить не удастся, и наблюдается основное прогрессивное течение болезни. Приводим наиболее важные клинические признаки синдрома Ретта.

Движение рук. Потеря (нарушение) целенаправленных движений рук, таких как манипулирование игрушками, держание бутылочки. Происходит чаще в возрасте 6–8 месяцев, но иногда такие нарушения сохраняются до 3–4 лет. Одновременно с этим появляются отличительные стереотипные движения рук, которые наблюдаются почти все время, пока пациент спит. Чаще эти движения напоминают “мытьё рук”, их сжатие, сцепление, похлопывания обычно на уровне груди, лица, иногда за спиной. Другими стереотипными движениями могут быть сосание или кусание рук, постукивание ими по груди или лицу. Стереотипные движения рук имеют место во всех случаях заболевания и расцениваются как наиболее характерные (патогномоничные) признаки синдрома Ретта.

“Приобретенная” микроцефалия. Округлость головы пробандов при рождении оценивается как нормальная. Приостановка роста головы совпадает с манифестацией заболевания и является следствием замедления роста мозга.

Познавательная деятельность. У больных крайне ограничены интеллектуальные, речевые и адаптивные способности. Для оценки этих способностей используются стандартные психологические тесты, которые выявляют отставание умственного развития (у большинства пациентов в возрасте от 1,5 и более лет умственное развитие оценивается ниже, чем у детей 8-месячного возраста). Дети, достигшие определенного уровня развития речи, общения и социальной адаптации, после манифестации заболевания утрачивают эти навыки. Со слов родителей, экспрессивная и импрессивная речь и социальные навыки теряются в среднем в возрасте 4–11 месяцев, а навыки самообслуживания — в 12–14 месяцев.

Атаксия и апраксия. Нарушение координации движений (атаксия) и затруднения в планировании действий (апраксия) охватывают как движения туловища, так и конечностей. Указанные расстройства проявляются в виде отрывистых резких движений, нарушения равновесия, тремора, ходьбы на несогнутых, широко расставленных ногах, с раскачиванием из стороны в сторону (“кукольная походка”). Ряд пациентов при ранней манифестации заболевания не успевает приобрести навык ходьбы. Большинство детей с синдромом Ретта, умеющих ходить, постепенно теряют эту способность по мере прогрессирования болезни.

Дыхательные расстройства. Чаще всего встречаются такие дыхательные аномалии, как нерегулярное дыхание, приступы гипервентиляции, апноэ продолжительностью иногда 1–2 минуты, которого достаточно, чтобы вызвать цианоз и даже обморок. Дыхательные нарушения наблюдаются только в состоянии бодрствования.

Судороги. Около 50–80% девочек с синдромом Ретта имеют эпилептические приступы, которые могут быть разных типов и плохо поддаваться терапии антиконвульсантами. Чаще наблюдаются генерализованные тонико-клонические приступы, комплексные и простые парциальные судороги, дроп-атаки. Судорожные приступы широко варьируются по частоте, однако становятся реже с развитием заболевания. Следует отметить наличие у пациентов парциальных неэпилептических проявлений, которые часто ошибочно интерпретируются как судороги: апноэ, тремор, резкие движения, эпизоды пучеглазого взгляда с замиранием двигательной активности, пароксизмальные усиления стереотипов. Больным проводился видео- и ЭЭГ-мониторинг, который позволил доказать, что перечисленные симптомы не связаны с судорожными изменениями на ЭЭГ. Таким образом, часто имеет место гипердиагностика судорог при синдроме Ретта, что приводит к необоснованному назначению антиконвульсантов.

Сколиоз. Искривление позвоночника имеет минимум половина пациентов с синдромом Ретта. Сколиоз является следствием дистонии мышц спины и прогрессирует по мере развития заболевания.

Данные ЭЭГ. Практически во всех случаях, даже у тех пациентов, которые не имеют клинических судорог, наблюдаются аномалии на электроэнцефалограмме, начиная примерно с двухлетнего возраста. На фоне появления целого спектра клинических симптомов наблюдается увеличение амплитуды и снижение частоты фонового ритма в период бодрствования, а также эпилептиформные разряды, количество которых значительно увеличивается во время сна. Такое сочетание замедления фонового ритма в период бодрствования и повышенной пароксизмальной активности во время сна существенно облегчает диагностирование синдрома Ретта и может считаться его дополнительным диагностическим критерием. В большинстве случаев наблюдается характерная эволюция изменений на ЭЭГ. Примерно с шестилетнего возраста доминирует монотонный α -ритм, который в дальнейшем, после 20 лет, имеет тенденцию локализации в центрo-париетальной области.

Методы компьютерной и магнитно-резонансной томографии, как правило, не дают дополнительной информации о поражении ЦНС при этом заболевании. Так, при компьютерной томографии отмечена субатрофия коры головного мозга, а магнитно-резонансная томография выявляет билатеральную атрофию в лобно-височных областях коры больших полушарий и признаки атрофии мозжечка лишь на третьем-четвертом десятилетии жизни.

Метод позитронной эмиссионной компьютерной томографии выявил значительное снижение общего церебрального кровотока при синдроме Ретта по сравнению с контролем. Больше всего его снижение наблюдается в префронтальной и темпора-париетальной областях больших полушарий, среднем мозге и верхней части ствола мозга, что указывает на ослабление метаболизма в этих структурах и напоминает распределение мозгового кровотока у детей грудного возраста.

Морфология и нейрохимия. При морфологических исследованиях материала аутопсии умерших больных обнаружено снижение веса головного мозга на 12–34% по сравнению с соответствующим возрасту; небольшое уменьшение числа нейронов и глиоз в коре больших полушарий и мозжечка, передних рогах спинного мозга и спинальных ганглиях; пониженная пигментация в substantia nigra. Анализ морфологических изменений при синдроме Ретта указывает на замедление развития мозга после рождения, а к четырехлетнему возрасту на остановку его роста в целом и дендритного дерева нейронов в частности. Наблюдается также замедление роста тела и отдельных органов (сердца, печени, почек, селезенки), что проявляется в 4–6 лет. Кроме того, отмечена незрелость проводящей системы сердца, напоминающей проводящую систему новорожденных.

Критерии диагностики. Диагноз синдрома Ретта основывается на распознавании характерной клинической картины. Для этого Международной ассоциацией по изучению синдрома Ретта предложена группа диагностических критериев, которые разделены на необходимые, дополнительные, а также — критерии, наличие даже одного из которых однозначно исключает синдром Ретта у пробанда.

Диагностические критерии синдрома Ретта (по Trevathan et al., 1998) включают необходимые критерии, среди которых: нормальные пренатальный и перинатальный периоды; нормальная окружность головы при рождении с последующим замедлением роста головы между 5 месяцами и 4 годами; потеря приобретенных целенаправленных движений рук в возрасте от 6 до 30 месяцев, связанная по времени с нарушением общения; глубокое повреждение экспрессивной и импрессивной речи и грубая задержка психомоторного развития; стереотипные движения рук, напоминающие выжимание, сцепление, хлопки, “мытьё рук”, потирание, появляются после потери целенаправленных движений рук; нарушение походки (апраксии и атаксия), что проявляется в возрасте 1–4 лет. Диагноз считается предварительным до двух-пятилетнего возраста.

Дополнительные критерии включают дыхательные расстройства в виде периодических апноэ во время бодрствования, перемежающиеся гипервентиляцией, дыхательные расстройства в виде форсированного изгнания воздуха и слюны, аэрофагии; судорожные припадки; спастичность, часто сочетающуюся с дистонией и атрофией мышц; периферические вазомоторные расстройства; сколиоз; задержку роста; гипотрофичные маленькие ступни; электроэнцефалографические аномалии (медленный фоновый ритм в состоянии бодрствования и периодическое замедление ритма (3–5 Гц)); эпилептиформные разряды без или с наличием клинических судорог).

Наконец, к критериями, исключающими синдром Ретта, относят очевидность внутриутробной задержки роста; органомегалию или иные признаки болезней накопления; ретинопатию или атрофию дисков зрительных нервов; микроцефалию при рождении; доказательство перинатально приобретенного повреждения мозга; существование идентифицированного метаболического или другого прогрессирующего неврологического заболевания и приобретенные в результате тяжелой инфекции или черепно-мозговой травмы неврологические нарушения.

В некоторых случаях клинические признаки не соответствуют полностью классическому течению синдрома Ретта. Эти случаи классифицируют либо как неполные, либо как атипичные формы заболевания. При неполной форме у больного присутствуют многие, но не все из необходимых симптомов. Этим характеризуются легкие варианты болезни.

Атипичные формы — это случаи синдрома Ретта, которые соответствуют всем необходимым критериям диагностики, но имеют отклонения от типичного течения. В частности, при атипичной форме синдрома с ранним началом судорог эпилептические приступы являются дебютом заболевания. Раннее начало эпилепсии не оказывает существенного влияния на течение и прогноз болезни, однако вызывает дифференциально-диагностические трудности. При атипичном варианте синдрома с частично сохраненной речью больные имеют некоторые речевые навыки, течение заболевания у них мягче, чем при классической форме, а уровень общения значительно выше. Известны также атипичные варианты синдрома с аномальным развитием ребенка с рождения, поздним началом фазы регресса, сюда же относят случаи синдрома Ретта у мальчиков.

Диагностические критерии для определения синдрома Ретта

- Нормальный пре- и перинатальный период.
- Нормальное психическое и физическое развитие до 6 месяцев (иногда до 12–18 месяцев).
- Округлость черепа при рождении нормальная.
- Задержка развития мозга в период с 6 месяцев до 4 лет.
- Исчезновение произвольных движений рук в период с 6 до 30 месяцев наряду с нарушением коммуникабельности.
- Речь не развивается совсем или развивается в очень незначительной степени, что связано с сильным отставанием развития психики и моторики.
- Торсионный спазм кистей рук, стереотипные движения рук, такие как постукивание, похлопывание, потирание-умывание рук, исчезновение произвольных движений.
- Апраксия, т. е. нарушение ходьбы и атаксия туловища в период с 1 до 4 лет.
- Точный диагноз устанавливается, начиная с 2–5-летнего возраста до текущего времени.

Дополнительные, или вспомогательные критерии

- Дыхательные нарушения, включающие постоянную либо только во время сна недостаточность дыхания: прерывистую гипервентиляцию легких, резкие выдохи воздуха со слюной и заглатывание воздуха, которое может вызвать вздутие живота.
- Электроэнцефалографические изменения, которые включают отклонения нормального электропотенциала по типу эпилепсии, а также уменьшение фазы магнитного резонанса во сне.
- Эластичность (мышечная ригидность) часто связана с дистрофией и атрофией мышц.
- Вазомоторные нарушения в конечностях (холодные ноги).
- Сколиоз (изменения в позвоночнике).
- Задержка роста.
- Гипотрофичные (маленькие) стопы.
- Плохая осанка вследствие произвольных движений туловища.

Прогноз. Прогноз при этой патологии остается недостаточно ясным. Некоторые пациенты погибают в детском и юношеском возрасте, обычно в результате дистрофии, осложнений, связанных с нарушением вентиляции легких вследствие сколиоза, иногда во

время эпилептического статуса. Однако ряд больных достигает возраста 20–30 и более лет. Часть из них обездвижены и прикованы к инвалидным коляскам, другие имеют относительно сохраненные двигательные функции, причем их состояние остается стабильным со временем или даже наблюдается небольшая положительная динамика в ряде симптомов. Таким образом, характер течения синдрома Ретта широко варьируется.

Установление диагноза. До настоящего времени не существует четких биохимических показателей синдрома Ретта. Поэтому диагноз устанавливается на основании информации о первых этапах развития ребенка и состоянии его мышечной и нервной систем. Медицина еще не располагает лабораторными анализами для подтверждения клинического диагноза. Ребенок развивается нормально примерно до шести-восемнадцати месяцев. Девочка с синдромом Ретта садится и ест самостоятельно в обычные сроки. Некоторые дети начинают произносить слова и простые фразы. Большинство детей с болезнью начинают самостоятельно ходить в надлежащее время, у некоторых наблюдается явное отставание в ходьбе или неспособность ходить без посторонней помощи.

Затем наступает период задержки развития, или регресса, когда девочка теряет способность нормально владеть руками. Возникают непроизвольные движения, которые становятся постоянными и стереотипными. Происходит сильное отставание и в интеллектуальном развитии ребенка. Таким девочкам часто ошибочно ставится диагноз аутизм или ДЦП. Со временем явления аутизма исчезают, и ребенок становится жизне-радостным и общительным.

Терапия при синдроме Ретта. В настоящее время методы терапевтической коррекции данной патологии ограничены и сводятся к симптоматическим средствам. Предлагаемая некоторыми педиатрами диета с повышенным содержанием жиров оказалась успешной в плане увеличения веса больных. Относительно режима кормления было отмечено, что частые кормления детей небольшими порциями через 3–4 часа приводят к некоторой стабилизации их состояния.

При появлении эпилептических приступов возникает необходимость назначения антиконвульсивной терапии, хотя эффективность ее ограничена. Среди многочисленных противосудорожных¹ средств препаратом выбора является карбамазепин в дозе 10–15 мг/кг. В последние годы в терапии судорожного синдрома предлагается использовать новый препарат ламотриджин, подавляющий высвобождение глутамата в ЦНС. Основанием для этого явилось обнаружение в ликворе больных с синдромом Ретта высокого содержания глутамата. Для коррекции нарушений предлагается использовать мелатонин.

Лечебная физкультура — один из оптимальных способов коррекции двигательных расстройств. Она включает упражнения, направленные на поддержание гибкости и амплитуды движений конечностей, а также на то, чтобы как можно продолжительнее сохранить навык ходьбы. Рекомендуется проводить курсы физиотерапии как можно чаще и с раннего возраста, чтобы предупредить возникновение сколиоза, мышечной ригидности, конской стопы и так далее. Большое внимание следует уделять гигиене полости рта.

Предлагаются психологические программы максимального развития, которые помогают сохранению оставшихся двигательных навыков и формированию на их основе “языка общения”. Используется также музыкальная терапия, поскольку она оказывает благотворное успокаивающее действие на детей и частично компенсирует нарушение контакта с окружающим миром. Исследования синдрома Ретта интенсивно ведутся во

всем мире, и открытие его специфического биологического маркера является, вероятно, лишь вопросом времени. Когда это произойдет, возникнут новые перспективы лечения патологии или облегчения состояния больных, а также возможности пренатального скрининга и предотвращения этого тяжелого заболевания.

Нужно уменьшать стереотипные движения и развивать внимание ребенка, его зрительное восприятие. Необходимо учить ребенка ходьбе и проводить с ним занятия по лечебной физкультуре. Они позволяют свести к минимуму деформации и способствуют выработке у ребенка полезных навыков. Необходимо всячески стремиться улучшать качество жизни этих детей.

Чтобы исправить “стопу балерины”, сколиоз, распрямить сведенные вместе руки, часто используются различные ортопедические приспособления, например специальные застежки, повязки и так далее. Эти приспособления назначаются физиотерапевтом согласно заключению лечащего педиатра. Очень важна также гидротерапия и подводный массаж.

Глава 7. Характеристика психолого-педагогических теорий коррекции развития ребенка с расстройствами спектра аутизма

Как уже указывалось, нарушение психического развития при аутизме является первичным, но, в зависимости от определения первичных проблем и понимания характера дизонтогенеза, исследователями акцентируются различные аспекты недостаточности ребенка с аутизмом. В связи с этим коррекционные подходы, разработанные на основе определения тех или иных центральных проблем, отличаются направленностью усилий и выбором разного психотехнического инструментария.

Наименее специфичным является коррекционный подход, разработанный в поведенческой терапии (бихевиоральная теория). В рамках этого подхода поведение аутичного ребенка характеризуется с помощью анализа отдельных поведенческих актов. Проявления аутизма связываются здесь с определенной несогласованностью между поведением ребенка и средой: вследствие особенностей своей нервной системы ребенок отвечает на воздействия внешней среды “неправильно”, с помощью так называемого аутистического поведения (крики, аутоstimуляции, избегание контакта и др.). Если в ответ на неправильное поведение ребенок получает внимание родителей, ласку, еду и другие приятные ощущения (естественные проявления родительской заботы), это подкрепляет аутистические реакции и формирует устойчивые черты аутичного синдрома. В то же время редкие приближения ребенка к “нормальному” поведению рассматриваются близкими как естественные, ощутимо не поощряются и, как следствие, не закрепляются.

На основе такой трактовки была разработана система интенсивного тренинга, направленного на формирование адекватного социального поведения. В нем используется гибкая система поощрений, применение которой стимулирует желательное поведение и ослабляет нежелательное. Среда тщательно структурируется, происходит интенсивная отработка отдельных операций и навыков с последующим связыванием их в необходимые “цепочки” действий (S. L. Harris, 1995; O. I. Lovaas, 1981, 1993; L. E. McClannahan, P. J. Krantz, 1997, 1999; B. F. Skinner, 1974). Опыт показал, что при очевидной целесообразности цели — вооружение аутичных детей навыками социально адекватного поведения — этот подход имеет существенные ограничения. Важнейшим из них является жесткая связь навыков, приобретаемых таким ребенком, с условиями их выработки, что проявляется в трудностях переноса навыков в другие ситуации и трудностях самостоятельного, гибкого их использования.

Попытки найти коррекционный подход, опирающийся на специфику нарушения психического развития при аутизме, можно разделить на разработки сторонников теорий ког-

нитивной и социально-эмоциональной дефицитарности аутичного ребенка. Исследователи, работающие в русле первой теории, считают, что главный дефект при аутизме связан с нарушением когнитивного аспекта социальной коммуникации — как на вербальном, так и на невербальном уровне, с неспособностью активно исследовать и “осмысливать” окружающий мир, использовать прошлый опыт и действовать целенаправленно и произвольно. Подобное понимание характера трудностей аутичного ребенка стимулировало разработку специальной коррекционной программы TEACCH (treatment and education of autistic and related communicated handicapped children — лечение и обучение детей с аутизмом и связанными с ним нарушениями коммуникации), которая широко используется в США и Западной Европе. Авторы этого подхода E. Schopler и G. Mesibov считают, что в основе поведенческих проблем детей с аутизмом лежит их неспособность связать отдельные элементы среды в единую картину мира, результатом чего является непредсказуемость для ребенка событий, происходящих с ним, и, как следствие, чувство страха и постоянной тревоги. Уход от взаимодействия, склонность к стереотипизации всех отношений с миром, деструктивное поведение служат защитой от возможных изменений и выражают стремление аутичного ребенка сохранить привычный, предсказуемый порядок в окружающем мире. Поскольку все силы ребенка уходят на поддержку этого хрупкого равновесия, восприятие всего нового дополнительно усложняется. Коррекционная работа в TEACCH-программе направлена на помощь ребенку в структурировании информации: подробную, наглядную организацию пространственных и временных параметров среды. Визуально представленная в виде расписания, последовательность действий помогает ребенку понять, что он будет делать сейчас, что потом, тем самым уменьшается неопределенность и связанная с ней тревожность ребенка. Предполагается, что в результате обучения ребенок должен придерживаться своего расписания вполне самостоятельно, большое внимание при этом уделяется созданию системы внешних зрительных опор.

Наряду с несомненным успехом в преодолении поведенческих проблем этот подход является ограниченным с точки зрения достижения ребенком большей бытовой компетенции. Как и описанный выше оперантный подход, он направлен не столько на помощь ребенку в психическом и социальном развитии, сколько на его адаптацию. Но если в рамках первого подхода специалист стремится приспособить ребенка к окружающей среде, то в данном случае сама среда структурируется и редуцируется в соответствии с возможностями ребенка, однако ребенок остается ограниченным такой средой, и это может только закреплять защитные аутистические образования.

Существовал также поход, кардинально отличающийся от вышеописанных. Этот подход разрабатывался прежде этологами и акцентировал в общем комплексе проблем аутичных детей их эмоциональные трудности и ранимость. J. Richer (1978) утверждал, что в основе аутизма лежит врожденный низкий порог социального избегания, который закрепляется со временем вследствие накопления ребенком негативного опыта не состоятельности в контактах, что делает невозможным его общение с другими людьми и социальное развитие. N. Tinbergen считал, что в основе проблем такого ребенка лежит его “состояние постоянной тревожности, эмоциональный дисбаланс с преобладанием тревоги”. Понятно, что задача психокоррекционной работы в рамках этого подхода — прежде всего дать ребенку положительный опыт контакта с окружающим миром, с близкими. N. и E. Tinbergen призывают родителей наблюдать за ребенком для того, чтобы в каждый

момент понимать его "эмоциональную нужду". Авторы пишут о задержке эмоционального развития у аутичного ребенка, что и является причиной интеллектуального отставания, нарушения формирования социально-бытовых навыков. Поэтому в коррекционной работе рекомендуется активное использование ранних форм контакта с матерью, а при выраженных аутистических тенденциях предлагается холдинг-терапия, разработанная в США доктором М. Welch (1983, 1990).

В классическом варианте процедура холдинга заключается в том, что мать сажает ребенка на колени, обнимает его и удерживает один на один, несмотря на сопротивление, которое может быть очень сильным. Ее задача при этом — удержать ребенка до его расслабления, в момент которого возможно установление зрительного контакта. Опыт показывает, что в это время у ребенка появляется прямой взгляд в глаза, он рассматривает лицо матери так, как будто видит его впервые, осяпывает его, гладит мать по волосам. Многие матери признаются в том, что эти минуты эмоционального взаимодействия, открытого контакта с ребенком — первые в их жизни. Эффективность процедуры, однако, не может сама по себе гарантировать успех в преодолении аутизма и дальнейшем развитии отношений матери и ребенка. Вопрос успешности этого подхода зависит от того, насколько возможна тактильный, зрительный и эмоциональный контакт, появившаяся у ребенка, может быть использована взрослым для развития взаимодействия и стимуляции психического развития ребенка.

В последние десятилетия было достигнуто понимание неэффективности разделения и изолированного рассмотрения аффективных и когнитивных факторов в формировании нарушения психического развития при детском аутизме. Собственно сторонники когнитивистского подхода с самого начала исследований говорят об особых нарушениях активности аутичного ребенка: отсутствии энтузиазма в исследовании среды (L. Wing, 1978), проблемах активности в переработке невербальной и вербальной информации (B. Hermelin и N. O'connor, 1970; B. Prizant, 1989). В 1985 году B. Hermelin и N. O'connor выдвигают предположение, что первичные трудности аутичного ребенка связаны с базальными процессами, которые определяют и когнитивное, и эмоциональное развитие таких детей. S. I. Greenspan (1997) полагает, что нарушены как социальное, так и интеллектуальное развитие детей с аутизмом, поскольку они не получают опыта осмысленных отношений с миром, не проходят необходимые стадии аффективного развития. S. I. Greenspan подчеркивает, что обучение таких детей не может идти в отсутствие развития возможности осмысления ситуации. P. П. Хобсон (1986, 1989) рассматривает аутизм преимущественно как аффективное расстройство с нарушением межличностных отношений. По его мнению, для аутизма типично врожденное отсутствие способности воспринимать аффективную экспрессию других и отвечать на нее. В процессе экспериментальных исследований было выявлено, что дети с аутизмом испытывают существенные трудности в оценке эмоционального выражения лица. В связи с такими осложнениями ребенок с аутизмом не получает необходимого социального опыта. С другой стороны, аффективные нарушения, которые наблюдаются у детей с аутизмом, приводят к неполноценности когнитивных структур, необходимых для нормального общения. Однако, подчеркивая роль эмоциональных расстройств при аутизме и объясняя ими основные проблемы, возникающие у таких детей, исследователь подчеркивает также первичность специфического когнитивного дефици-

та, который проявляется у детей с аутизмом в особенностях восприятия и переработки информации, а именно — в трудностях восприятия и синтеза элементов.

Понимание единства процесса когнитивного и аффективного развития и изучение закономерностей аутичного дизонтогенеза как первазивного, т. е. влияющего на психику в целом, характерно для подхода, который развивает с 70-х годов прошлого века московская школа (К. С. Лебединская, А. С. Никольская, О. Р. Баенская, М. М. Либлинг). По мнению О. С. Никольской (2000), в качестве основы, определяющей специфику аутичного дизонтогенеза с его сенсомоторной, когнитивной и социально-эмоциональными составляющими, может быть рассмотрено нарушение аффективного развития ребенка. Аффективная сфера рассматривается при этом как сложная саморегулирующаяся система, организующая взаимодействие ребенка с близкими и с окружающим миром, как система адаптивных смыслов, определяющих индивидуальную дистанцию, избирательность, целеустремленность, координацию с другими людьми, и поэтому — лежащая в основе интеллектуального и социального развития ребенка.

Биологическая недостаточность создает особые патологические условия, в которых развивается аутичный ребенок — это нарушение выносливости в контактах с миром, что выражается, с одной стороны, в нарушении активности ребенка, с другой — в снижении порога дискомфорта. Нарушение активности проявляется в общей недостаточности психического тонуса, что особенно актуально для аутичного ребенка раннего и подросткового возраста. В дошкольном же возрасте нарушения активности становятся менее заметными на фоне выраженных проблем поведения. Однако психологические исследования определили и в этом возрасте неспособность активно воспринимать и перерабатывать вербальную и невербальную информацию, связывать ее с прошлым опытом, невозможность гибко использовать навыки, стремление воспроизводить усвоенное в готовой, заданной извне форме (Hermelin B., O'Connor N., 1970; Hermelin B., 1976; Frith U., 1989). Нарушение психической активности проявляется также и в характерном для всех аутичных детей "отсутствии энтузиазма" в обследовании среды (Wing L., 1978), в скором пресыщении даже приятными переживаниями, в уходе и отказе от преодоления препятствий, в трудностях организации самостоятельных, произвольных форм поведения.

Также особая ранимость аутичного ребенка (О. С. Никольская, 1985; О. Р. Баенская, 2001; В. В. Лебединский, 2002) проявляется уже в раннем возрасте в отношении восприятия звука, света, запаха, прикосновения; в снижении порога избегания социальных контактов. Снижение порога дискомфорта проявляется почти сразу и в виде длительной фиксации неприятных впечатлений, которая позднее приводит к накоплению страхов, запретов, строгим ограничениям в контактах с миром.

Оба фактора действуют в одном направлении и обуславливают формирование защитных аутистических установок, классических признаков синдрома РДА — собственно аутизма и стереотипности в контактах со средой.

Аутизм развивается, с одной стороны, как результат дискомфорта, который легко возникает у такого ребенка при контактах с человеком, который, как известно, является для него наиболее этологично значимым фактором среды. С другой — аутистические тенденции закрепляются в поведении как активный уход от контакта в результате трудностей организации взаимодействия со взрослым, которая требует большой активности: длительной концентрации внимания, произвольного сосредоточения, возможности

принимать и учитывать новую информацию, преодолевать трудности. Но если ранимость такого ребенка в контактах часто проявляется уже с рождения, то аутизм как активный негативизм появляется уже после года, на фоне настойчивых попыток близких организовать поведение ребенка, привлечь его к взаимодействию.

Стереотипность в контактах со средой также двойко обусловлена. С одной стороны, ребенок скрупулезно требует сохранения постоянства в окружающем, потому что иначе чувствует себя дискомфортно, и жестко отстаивает соблюдение привычных способов жизни. С другой — стремится жить в рамках уже освоенных им стереотипов, поскольку не способен активно, гибко приспосабливаться к меняющимся обстоятельствам. Любая новизна вызывает панику, поскольку неизбежно приводит к дезадаптации.

Таким образом, происходит нарушение развития системы основных адаптивных смыслов, и вместо форм активного взаимодействия с миром у аутичного ребенка преимущественно развиваются средства защиты. Устанавливается неадекватная дистанция в контактах, при опредмечивании потребностей не развивается положительная избирательность и, наоборот, детально разрабатывается система запретов, фиксируются страхи, защитные действия и ритуалы. Не формируется ориентировочно-исследовательское поведение, направленность на преодоление препятствия, вместо этого фиксируется стереотипность, что помогает не допустить в свою жизнь новые обстоятельства. Недоразвитие живого эмоционального контакта, гибкого взаимодействия компенсируется ограничением общения, стереотипными штампами, педантичным соблюдением правил и социальных норм.

В условиях первичного нарушения активности и постоянного дискомфорта возникает вторичная сенсорная и эмоциональная депривация, поэтому у многих аутичных детей развивается тенденция дополнительной аутостимуляции приятными впечатлениями, которые поддерживают необходимый минимум психического тонуса и заглушают дискомфорт, страхи ребенка. Аутостимуляция стереотипная, поскольку ребенок не может быть гибким в контакте со средой, и усиливается при возникновении угрозы: изменении обстановки, появлении объекта страха, попытке взрослого произвольно организовать ребенка. Дисбаланс в формировании средств защиты и активного контакта с миром, способов реальной адаптации и саморегуляции приводит к искажению в развитии психических функций: они служат преимущественно не решению задач адаптации, а аутостимуляции. Аутичный дизонтогенез определяется В. В. Лебединским (1985) как искаженное развитие. О. С. Никольская (1985), детально рассматривая эти тенденции в сенсомоторном, речевом, интеллектуальном развитии, показывает, что противоречивость, неоднозначность проявлений аутичных детей может быть понята при их отнесении к принципиально различным ситуациям: дети могут быть компетентными и ловкими в русле аутостимуляции при полной беспомощности в решении простейших реальных жизненных задач.

В общей логике искаженного развития О. С. Никольская выделяет четыре различные по глубине и качеству формы аутистической дезадаптации. Внешне они представляют чрезвычайно отличные картины (паттерны) поведения, каждая из которых характеризуется доступными ребенку средствами активного контакта со средой, взаимодействия с людьми и формами аутистической защиты и стереотипной аутостимуляции. Подчеркивается, что эти группы соответствуют разным степеням активности в контактах с миром, и в процессе психокоррекционной работы можно наблюдать, как при положительной динамике

ребенок переходит от более тяжелой группы к более легкой, и, наоборот, при ухудшении состояния можно проследить обратный процесс.

В первой группе, объединяющей самые тяжелые случаи дезадаптации, аутизм является наиболее глубоким, он проявляется как полная отрешенность от окружающего. Для этих детей недоступно активное, выборочное и целенаправленное взаимодействие со средой, их поведение можно определить как полевое. Отсутствие избирательности проявляется в использовании не центрального, а периферического зрения, в невозможности направленного моторного и речевого действия. Такие дети мучительны, хотя иногда могут произносить слова и даже фразы, но такая речь возникает спонтанно и не носит коммуникативного характера. Также спонтанно возникает и исчезает возможность успешного решения сенсомоторных задач.

В этом случае наиболее нарушенным является развитие системы адаптивных смыслов, поведение определяется лишь стремлением к сохранению спокойствия, комфорта — самосохранением. Ребенок жестко устанавливает такую дистанцию в контактах с миром, что практически устраняет все точки соприкосновения с ним. Он не защищается от воздействий среды активно, а пассивно ускользает, уходит от них. Другие задачи, требующие более активных форм взаимодействия с миром, не становятся здесь актуальными, и понятно, что даже существующие предпосылки интеллектуального и социально-эмоционального развития не могут быть реализованы.

Не допуская активного столкновения с миром, такие дети не развивают и активных форм аутистической защиты. Моторные стереотипии, которые заглушают дискомфорт, как и привычные формы физической самоагрессии, появляются у детей лишь на короткое время и только при давлении взрослых, когда ребенок не может немедленно ускользнуть от них. Однако у них можно выделить характерный тип аутоstimуляции: тонизирование происходит в процессе полевого движения. Дети бесцельно перемещаются — ползают, ходят, перепрыгивают или отчужденно погружаются в созерцание мелькания вокруг себя, например, сидя у окна движущегося транспорта. Пассивно используя структуру пространства, они поглощают из нее те же впечатления, связанные с восприятием движения, двигательными и вестибулярными ощущениями, и это также добавляет их поведению оттенок стереотипности, монотонности.

Дети позволяют близким обслуживать себя и пассивно подчиняются им, зачастую любят, чтобы их качали, кружили, но быстро пресыщаются и строго дозируют эти моменты. Такое поведение трудно назвать контактом, скорее дети используют взрослого для получения нужных впечатлений. Однако именно со взрослым эти дети проявляют максимум доступной им избирательности: могут взять его за руку и подвести к нужному объекту, положить на него руку взрослого.

Вторая группа — следующая по тяжести степень аутистического дизонтогенеза. Среди других аутичных детей такие дети кажутся наиболее страдающими, проявляют физический дискомфорт, могут быть исключительно выборочными в еде, более других отягощены страхами. Однако, по сравнению с детьми первой группы, эти дети делают шаг в развитии взаимоотношений со средой. Сам аутизм проявляется здесь уже как активный негативизм, отстаивание сохранения постоянства в окружающем, а аутоstimуляции как стереотипные действия — как активное избирательное воспроизведение привычных и приятных сенсорных ощущений.

Основным адаптационным смыслом, организующим их поведение, является уже не общее устранение от столкновения с миром, как это было характерно для первой группы. Эти дети вступают в более активные отношения со средой: формируют индивидуальную избирательность, пристрастия и запреты, так же, как и конкретные способы достижения желаемого и избавления от опасности. Их основная адаптационная задача — формирование индивидуального стереотипа жизни, определенности в отношениях с миром. Однако патологические условия развития заставляют и их решать эту задачу панически: избирательность развивается не столько как система связей с миром, сколько как жестко сформированная система защиты, запретов и ограничений.

Такие дети находят активные изолированные способы аутостимуляции, тонирующие и заглушающие неприятные воздействия внешнего мира. Это стереотипные действия, которые воспроизводят то самое чувство. Характерно сосредоточение на телесных ощущениях: напряжение определенных мышц и суставов, взмахи рук, прыжки, механическое раздражение глаз и ушей, онанизм. Обнюхивание, тряска, вращение объектов, разрыв, расслоение материала. Вокализация, скандируемые повторения отдельных аффективно заряженных слов, фраз, стереотипная декламация, пение — все это усиливается при перемене обстановки, при обращении к ребенку. Если ситуация дискомфорта продолжается, это может вызвать действительно опасную для ребенка самоагрессию.

Это глубоко дезадаптированные дети, но в то же время их реальный контакт с миром гораздо более активный и сложный, чем у детей первой группы. У них есть избирательность, точки соприкосновения с миром, они усваивают небольшой набор навыков, связанных с отдельными жизненными ситуациями. И хотя эти навыки используются стереотипно, ребенок имеет несколько коридоров в окружающем, где он чувствует себя относительно уверенно. Он может иметь навыки самообслуживания, пользоваться речью с помощью коротких стереотипных штампов в инфинитиве или во втором, третьем лице, с использованием цитат из книг, или отсроченной эхолоалии. Этот набор, однако, оказывается несостоятельным при малейшей трансформации привычной ситуации, не переносится в другие условия, поэтому новое всегда оценивается как изменение к худшему. Именно дети этой группы в наибольшей степени требуют сохранения постоянства в окружающем: в постоянных условиях они могут быть спокойны и довольны, но при малейшем изменении обстановки испытывают страх, возможна генерализованная агрессия.

Ребенок этой группы, как правило, уже устанавливает прочную связь с близким. Однако эта связь еще лишена эмоциональной составляющей. Близкий выделяется как основная часть жизненного стереотипа, ребенок стремится жестко контролировать его поведение, требует постоянного присутствия, протестует при попытке изменить привычные формы контакта.

У **детей третьей группы** аутизм проявляется как увлеченность собственными переживаниями. Характерной формой аутостимуляции здесь является стереотипное воспроизведение ситуации пережитого, особенно — десенсибилизированного страха или дискомфорта. Это выглядит искаженной тягой к страшному или грязному, но по сути является стимуляцией переживания “приручения” ситуации, которая пугает.

Взаимодействие такого ребенка с миром строится как развертывание собственной сложной программы поведения, чаще вербальной, что позволяет избегать реального взаимодействия с миром. Эти дети имеют не только большой словарный запас, но и

правильное, часто слишком взрослое строение фраз, поэтому их речь часто называют фонографической. Интеллектуальное развитие часто представляется блестящим, дети могут рано проявить интерес к абстрактным знаниям и накопить энциклопедическую информацию, не имеющую связи с их реальной жизнью. Они получают удовольствие от самого процесса выстраивания информации в ряды, ее систематизации. Такие стереотипные умственные действия тоже становятся видом аутостимуляции. Эти дети чуть более нормальны в своих привычках, менее избирательны в пище, система их запретов не так тщательно разработана. Вместе с тем, они моторно неловки и плохо приспособлены к быту, чрезвычайно ригидны в социальном взаимодействии. Их поведенческие программы организуются в форме монолога, без возможности гибко адресовать ее обстоятельствам в диалоге со средой и людьми. Если дети второй группы отстаивают постоянство среды, то эти дети сопротивляются изменениям собственной программы действий, и их поведенческие проблемы в большей степени связаны именно с ее нарушениями.

Гибкое взаимодействие, диалог с людьми становятся главной проблемой таких детей. В раннем возрасте они часто оцениваются как одаренные, но позже выясняется, что научить их чему-либо целенаправленно очень трудно. Эти дети не столь витально зависят от близких, как дети второй группы, но остаются трудности развития эмоциональных связей. Проблемы произвольной организации, бескомпромиссность в собственной логике поведения приводят к частым конфликтам, устойчивой неприязни в отношении отдельных людей. Дети часто начинают дразнить взрослых, получают удовольствие от взрыва негативного аффекта родителей, становятся умелыми провокаторами, фиксируют слабые места близких. Негативные переживания близкого могут стать для них постоянным средством аутостимуляции, это часто становится большой проблемой семьи.

У детей четвертой группы аутизм наименее глубокий. Он выступает уже не как защитная установка, а именно как трудности организации общения. Такие дети не развивают активных изоощренных способов аутостимуляции, им доступны более нормальные способы поддержания активности — они требуют постоянной поддержки, одобрения и ободрения близких. Среди всех аутичных детей только они пытаются вступить в диалог с миром и людьми (в действии и в речи), но имеют огромные трудности в организации такого диалога.

Основной адаптационной задачей и самым актуальным содержанием для таких детей является именно поддержка контакта с близкими, но эта задача также решается слишком радикально. Ребенок стремится строить свои отношения с миром только опосредованно, через близкого взрослого. С его помощью он пытается решить все адаптивные задачи — защититься от интенсивности сенсорных контактов со средой, обрести устойчивость в нестабильной ситуации. Здесь аутостимуляции — это эмоциональная поддержка близких, подтверждение правильности поведения ребенка. Если дети второй группы зависимы от близких примитивно симбиотично, то в этом случае ребенок зависит от участия и нуждается в постоянном эмоциональном донорстве. В этих условиях ребенок становится особенно чувствительным к нарушению эмоционального контакта, негативной оценке взрослого. Такой ребенок также стереотипен в поведении, но здесь это проявляется в стремлении жестко следовать правилам, ритуалам контакта с миром, усвоенным от близких людей. Они стремятся ригидно воспроизводить усвоенные программы поведения и страдают от малейшего вынужденного отступления от них. Потеряв связь с эмоциональным донором,

переводчиком и организатором содержания всего, что происходит вокруг, такой ребенок останавливается в развитии и может даже регрессировать до уровня дезадаптации и искажения развития, характерного для второй группы.

Психическое развитие таких детей идет с более равномерным отставанием. Характерны задержка моторного развития, некоординированность движений, трудности усвоения навыков самообслуживания; задержка развития речи, ее нечеткость, неартикулированность, бедность активного словарного запаса, аграмматичные фразы, которые появляются поздно по отношению к возрастной норме; медлительность, неравномерность в интеллектуальной деятельности. В целом, по сравнению с сосредоточенными на интеллектуальных интересах детьми третьей группы, они производят неблагоприятное впечатление. Однако, оценивая их, необходимо учитывать, что дети четвертой группы в меньшей степени используют готовые стереотипы поведения и пытаются говорить и действовать спонтанно, вступать в диалог со средой. В целом, при адекватном коррекционном подходе, именно эти дети имеют лучший прогноз психического и социального развития.

Описывая выделенные группы, О. С. Никольская отмечает, что их следует рассматривать не как застывшие формы, а как основные ориентиры, к которым тяготеют типичные образцы поведения аутичного ребенка. Они представляют не только разную степень аутичной дезадаптации, но и ступени развития возможности активного взаимодействия со средой, шаги осложнения контактов с миром, овладения более сложными формами организации адаптивного поведения, взаимодействия с людьми, способами саморегуляции.

Итак, теория и клинико-психологическая классификация О. С. Никольской имеет коррекционно-педагогическое значение, но, по многим причинам, проблему системной психолого-педагогической коррекции аутизма ни в коей мере полностью не исчерпывает. Во-первых, практика показывает, что далеко не каждый ребенок с аутичным типом развития может быть безусловно отнесен к одной из четырех групп, во-вторых, практические выводы, предложенные автором, содержат только определенную логику взаимодействия с ребенком каждой группы и приемы преодоления отдельных проблем (страха, агрессии и т. д.).

Российская школа психолого-педагогической коррекции аутизма, помимо вышеупомянутых исследований, представлена исследованием применения метода холдинг-терапии (М. М. Либлинг); нарушения раннего аффективного развития при аутизме (Е. Р. Баенская); формирования навыков самообслуживания методом поведенческой терапии (М. Ю. Веденина); психологической помощи детям раннего возраста, у которых формируется синдром детского аутизма (О. С. Аршатская); психологической работы с группой подростков и взрослых с последствиями детского аутизма (И. А. Костин).

Украинская школа теории и практики психолого-педагогической коррекции аутизма находится на этапе зарождения и становления. Начата она была В. В. Тарасун (2004), которая работала над вопросами развития, обучения и социализации детей с аутизмом. М. В. Рождественская изучала медицинские аспекты психолого-педагогической коррекции аутизма. Д. И. Шульженко занимается вопросами определения типологии детей с аутизмом. Ею была разработана типология аутистической личности, выделены семь отдельных типов по таким показателям, как мировосприятие ребенка, способы взаимодействия с живыми и неживыми объектами, когнитивные стили, наличие системообразующих реaktивных и тревожных факторов, влияющих на поведение ребенка и управляющих его

развитием. Эта типология имеет диагностико-прогностический характер и может быть использована в качестве ориентира психолого-педагогической коррекции.

Т. В. Скрипник (2010) систематизировала мировой опыт изучения аутизма как в теоретическом, так и в экспериментальном аспектах, что нашло отражение в содержательном изложении действенных коррекционных стратегий, применяемых в работе с такими детьми. При этом был применен феноменологический подход, который способствовал отработке диагностического инструментария, что позволяет раскрыть уникальность каждого аутичного ребенка и его семьи; установлена связь между диагностическими выводами и коррекционными программами, определены критерии и показатели динамики позитивных преобразований у аутичных детей как результат последовательного воплощения педагогами и родителями согласованных коррекционных мероприятий.

Поскольку теория и практика психолого-педагогической коррекции аутизма находится на стадии формирования и развития не только в Украине, но и в мире, в своем исследовании мы опираемся на огромное достояние отечественной коррекционной педагогики (в первую очередь — олигофренопедагогики). Особое значение имеют теоретико-методологические вопросы, раскрытые в работах В. Н. Синева, В. И. Бондаря, И. Г. Еременко, а также — методические наработки О. П. Хохлиной, Н. М. Стадненко, А. Г. Обуховской, Т. В. Сак, Л. С. Вавиной, Е. Ф. Собонович, В. В. Тарасун. Эффективность коррекционной работы зависит от соблюдения ее принципов, основа которых была заложена трудами в области дефектологии Л. С. Выготского, а также его последователей (Л. В. Занков, Г. М. Дульнев, Ж. И. Шиф, В. И. Лубовский, В. Н. Синев, Н. М. Стадненко и др.).

При изучении теорий о психологических механизмах возникновения аутизма и, соответственно, путей его преодоления были обнаружены огромный разброс и противоречия этих теорий. По нашему мнению, главной проблемой является то, что почти все эти теории (за исключением теории аффективной регуляции поведения О. С. Никольской) абсолютно не освещают категорию **активности**, которая должна быть краеугольной в понимании аутизма, исходя из его определения по современным классификациям психических заболеваний (МКБ-10 и DSM-4), где выделена триада расстройств при аутизме:

- **качественные нарушения в социальном взаимодействии** (неспособность адекватно использовать взгляд “глаза в глаза”, выражение лица, позы и жесты тела для регулирования социального взаимодействия, отсутствие социально-эмоциональной взаимности, которая проявляется в нарушении реакции на эмоции других, или в отсутствии модуляции поведения в соответствии с социальным контекстом);
- **качественные нарушения в коммуникации** (относительная несостоятельность инициировать или поддерживать коммуникацию);
- **ограниченные, повторяющиеся или стереотипные виды поведения, интересов или деятельности** (деятельность преимущественно по стереотипным или ограниченным видам интересов, стереотипные и повторяющиеся механические движения, выраженное обязательное поддерживание специфического нефункционального распорядка и ритуалов).

Таким образом, как мы считаем, есть все основания для разработки психологической теории и создания коррекционной технологии, которые основаны на активности в качестве основного предмета коррекционной работы. Активность является основным свойством и постоянным состоянием любого живого организма, в том числе и человека,

она выражается в функциях организма, психики и сознания, которые обеспечивают его жизнедеятельность в целом (Л. Ф. Алексеева, 2007). Н. А. Бернштейн, вводя в психологию этот принцип, представлял его сущность в постулировании определяющей роли внутренней программы в актах жизнедеятельности организма. Созданная им концепция физиологии и биологии активности положила начало развитию новых принципов понимания жизнедеятельности организма. Активность, с одной стороны, понимается как мера деятельности, уровень протекания процесса и взаимодействия вообще или как потенциальные возможности субъекта к взаимодействию, с другой — характеризуется как совокупность инициативных действий субъекта, которые обуславливаются его внутренними противоречиями, опосредованными воздействиями среды (Н. А. Бернштейн, А. И. Крупнов).

В. Д. Небылицын характеризовал активность как "группу личностных качеств, обуславливающих внутреннюю потребность, тенденцию индивида к эффективному усвоению внешней среды, к самовыражению относительно внешнего мира" (Большой психологический словарь, 2006, с. 328). Такая потребность может реализовываться либо в умственном, либо в двигательном (в том числе и речевом-двигательном), либо в социальном (общение) плане".

Для создания научно-методической базы психолого-педагогической помощи детям с РСА важным является понятие коммуникативной активности, т. е. активности в общении с людьми. Большинство современных авторов характеризует коммуникативную активность (коммуникативность) как сложное многокомпонентное психологическое образование, как меру взаимодействия субъекта общения с окружающими людьми, что происходит по его собственной инициативе. Ю. Л. Ханин рассматривает коммуникативность личности как интегральный показатель, в который входят три стороны: потребность в общении, эмоциональное самочувствие человека при общении, коммуникативные навыки и умения. Итак, в нашем исследовании мы должны оценивать коммуникативную активность по этим трем параметрам.

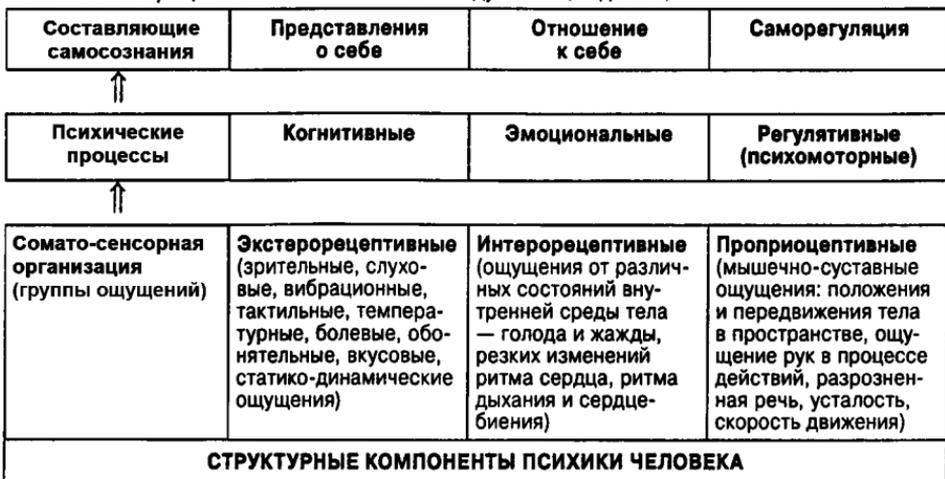
По мнению большинства авторов (О. С. Никольская, О. Р. Баенская, М. М. Либлинг, С. О. Морозов, R. Jordan, L. Kanner, В. М. Prizant, M. Rutter, H. Tager-Flusberg, A. L. Schuler и др.), одним из главных нарушений, препятствующих успешной адаптации при аутизме, является недостаток коммуникативных навыков, который проявляется в виде отставания или отсутствия коммуникативной речи, неспособности инициировать или поддерживать разговор, стереотипных высказываний и ряда других специфических особенностей. Подчеркивается, что недоразвитие вербальной коммуникации не компенсируется спонтанно (без специальной психолого-педагогической помощи), путем использования невербальных средств (жестов, мимики) и альтернативных коммуникативных систем. Специалистами разных стран накоплен определенный опыт, позволяющий сделать вывод о том, что формирование коммуникативных навыков при аутизме является проблемой педагогического характера.

В связи с этим, в последние десятилетия зарубежными исследователями выделены подходы к формированию коммуникативных навыков у детей с аутизмом. Активно разрабатываются методы коррекции коммуникативных навыков у детей данной категории (E. G. Carr, P. Hunt, T. Layton, E. Schopler, LRWatson и др.). Всего в мировой коррекционной педагогике и специальной психологии наряду с подробным описанием клинического

состояния детей с аутизмом приводится характеристика специфических особенностей речи и общения таких детей. В то же время отмечается недостаток диагностических методик, позволяющих оценить уровень сформированности коммуникативных навыков. Что касается коммуникативной активности, которая, как указано выше, является интегральным понятием, содержащим в себе коммуникативные навыки, то вопрос ее адекватного оценивания у ребенка с аутизмом, соответственно, разработан еще меньше. В доступной нам литературе содержатся отдельные методические приемы, направленные не столько на формирование коммуникативных навыков (коммуникативной активности), сколько сугубо на развитие речи (В. М. Башина, О. С. Никольская, Л. Г. Нуриева, С. С. Морозова). В связи с этим возникает необходимость в подборе методов оценки уровня сформированности коммуникативной активности, разработке и экспериментальной проверке дифференцированной системы педагогической коррекции, направленной на формирование коммуникативной активности детей с аутизмом (А. М. Хворова, 2010).

Глава 8. Особенности формирования всех составляющих психической сферы детей с аутизмом от рождения до взрослого возраста и пути их коррекции

Поскольку, согласно классификации DSM-IV, расстройства спектра аутизма включены в рубрику "Общие (первазивные) нарушения развития", речь идет о нарушении психики в целом, а не отдельных психических процессов или высших психических функций, как считают некоторые исследователи. Первазивные, то есть сквозные, расстройства проявляются в нарушении развития практически всех аспектов психики: когнитивной и аффективной сферы, сенсорики и моторики, внимания, памяти, речи, мышления. Выдающиеся исследователи психической организации индивида (Л. С. Выготский, С. Л. Рубинштейн, Л. М. Веккер) указывают на взаимосвязь и взаимозависимость базовых (низших) и высших психических функций. "При изучении психической деятельности и психических процессов принципиально важно учитывать, что они обычно происходят одновременно на разных уровнях и вместе с тем любое внешнее противопоставление "высших" психических процессов "низшим" является неправомерным, так как любой "высший" психический процесс предполагает "низшие" и происходит на их основе" (С. Л. Рубинштейн, 2000). Исходя из интегральной теории психических процессов Л. М. Веккера, Т. В. Скрипник (2010) предлагает систему дифференциации психических процессов и взаимосвязей между ними (модель 1):



Становление системы психических процессов у человека

Итак, дети с аутизмом, как неоднократно указывалось выше, имеют различные искажения и нарушения всех структурных компонентов психики. Одна из главных проблем, которая затрудняет разработку и реализацию специальной педагогической технологии, — необъятное многообразие детей с аутизмом по психолого-педагогическим параметрам (из-за него L. Wing (1988) вообще ввела понятие “аутистический спектр”). Психолого-педагогическую помощь, специальное образование для детей с аутизмом (“аутистического спектра”) невозможно строить по принципу дифференциации, традиционному для отечественной коррекционной педагогики, т. е. — деление детей по познавательным возможностям и степени дефекта (как в случае сенсорных и интеллектуальных нарушений) и создание для каждой категории специальных программ, школ или классов. По целому ряду психолого-педагогических и организационно-экономических причин нельзя создать класс для детей с синдромом Каннера или программу по математике для детей третьей группы по О. С. Никольской. Для разработки и реализации специальной педагогической технологии нами проведен сравнительный анализ особенностей поэтапного развития всех компонентов психической сферы ребенка с аутизмом и ребенка без особенностей развития. Также определены общие признаки, присущие всем детям аутичного спектра, и предложены общие направления коррекции, актуальные для каждого возрастного периода (результаты представлены в Таблице 6, приведенной в Приложении 2). С целью определения аутизма как особого вида дизонтогенеза по каждой сфере развития ребенка эмпирическим путем нами выделены характерные (специфические) признаки, позволяющие утверждать, что человек имеет аутичное нарушение развития, а не интеллектуальную недостаточность (или — не только интеллектуальную недостаточность, но еще и аутичное нарушение развития). Но самый главный специфический признак аутизма — это именно неравномерность профиля развития (Т. Питерс), т. е. все психические составляющие ребенка развиты на разный возраст.

Моторная сфера ребенка аутического спектра

На первом году жизни дети, у которых позднее было установлено нарушение аутичного спектра, как правило, характеризуются задержкой развития локомоторных функций — позже начинают держать голову, сидеть, ходить. Нередко период перехода от ходьбы с опорой к самостоятельной ходьбе бывает длительным.

Дальнейшее моторное развитие аутичного ребенка — это не столько развитие моторных навыков адаптации к окружающему миру, сколько накопление стереотипных средств получения приятных вестибулярных, проприоцептивных, тактильных ощущений. Глубокая задержка развития бытовых навыков, неуклюжесть при выполнении любых действий с предметами сочетаются с исключительной ловкостью движений в стереотипе аутостимуляции. Ребенок годами может быть не в состоянии овладеть простейшими навыками самообслуживания, но выкладывать сложные узоры из мелких предметов, лазить по мебели, не падая и не ушибаясь, выборочно напрягать и расслаблять отдельные мышцы, сосредоточиваясь на своих ощущениях.

Дети аутичного спектра, как правило, испытывают трудности с подражанием, с имитацией движений. Не только у детей, но и у взрослых с аутизмом наблюдается нарушение способности воспроизведения движений по образцу (Sigman и Ungerer, 1984; Hertzig и др.).

Это в большей степени связано не с моторной недостаточностью, а с нарушением восприятия и коммуникации. При коррекционной работе следует учитывать и такой важный факт, что у детей аутичного спектра, по мнению некоторых исследователей (Ф. Аппе) и по нашим наблюдениям, часто нарушена так называемая “схема тела” — то есть представление о построении тела, ощущение своего тела и его движений. И. И. Мамайчук (2007) проводила сравнение развития всех психических составляющих детей без особенностей развития и детей с РДА различной этиологии, с дифференциацией на легкую, среднюю и тяжелую стадию (мы с такой терминологией не согласны) в возрасте от 1 до 3 лет. Из исследования очевидно, что основные черты, присущие моторной сфере детей с аутизмом и затрудняющие развитие их моторных навыков, нарастают с возрастом и увеличиваются в зависимости от степени выраженности аутичного нарушения, а именно:

- расторможенность (заторможенность), хаотичность движений;
- разнообразные моторные стереотипии;
- задержка развития имитации;
- задержка развития движений, необходимых для овладения навыками самообслуживания (самостоятельная еда, одевание, туалет, умывание);
- задержка развития движений, необходимых для игры.

По нашим наблюдениям, детям с выраженными нарушениями аутичного спектра доступны сложные мелкие моторные действия, особенно когда они входят в круг их интересов, — они часами рисуют сложные рисунки, часто одни и те же многократно, складывают пазлы, собирают изделия конструктора “Лего”. В то же время, другие дети с нарушениями аутичного спектра вообще стараются отказываться от действий, требующих мелкой моторики; попытки предложить им рисовать, лепить, резать ножницами вызывают негативизм и проблемное поведение. Есть случаи, когда 7-летний ребенок в начале школьного обучения имеет графические навыки на уровне годовалого ребенка — несмотря на коррекционные усилия в этом направлении. Причина такого отношения ребенка к этой деятельности — трудности и неприятные ощущения не только из-за двигательных, но и из-за сенсорных нарушений (ребенку не нравится брать в руки карандаш и ножницы, касаться пластилина), трудности сосредоточения внимания.

В вопросах моторного развития ребенка аутичного спектра важна проблема неравномерности развития — несоответствия моторной сферы хронологическому и умственному возрасту. Это особенно актуально для детей с синдромом Аспергера, имеющих лучшее умственное и речевое развитие из всех детей аутичного спектра. Gillberg (1989) провел исследование 23 детей с синдромом Аспергера и 23 детей с другими нарушениями аутичного спектра (обе группы были равны по умственному возрасту). У детей с синдромом Аспергера чаще наблюдалась значительная моторная неловкость (83% в противовес 22%). По нашим наблюдениям, дети с синдромом аутизма разного генеза (синдром Каннера, органический аутизм и др.), имеющие интеллектуальную недостаточность и задержку речевого развития, в младшем школьном возрасте (а некоторые — еще раньше) часто демонстрируют моторные достижения. Они ловко лазают по заборам и деревьям, учатся ездить на велосипеде, роликовых коньках, на лыжах, учатся плавать и др. Однако даже сложные их движения остаются стереотипными и аспонтанными, эти моторные действия они выполняют всегда одним и тем же образом. Но в любом случае такие виды деятельности являются мощным средством социальной компетенции ребенка,

поскольку приближают его к сверстникам. В то же время, дети с синдромом Аспергера, обучающиеся по программе массовой школы, часто не могут даже играть в мяч уже в подростковом возрасте и всячески стараются избежать ситуаций, требующих моторных навыков. Родители в таких случаях, в свою очередь, стараются не замечать эту проблему, гордясь интеллектуальными достижениями ребенка, поддерживают его особые способности, не понимая опасности дисгармоничного развития.

Итак, специфические признаки аутизма:

- значительные возможности в моторной сфере (нехарактерные для “обычной” умственной отсталости), в том числе — в мелкой моторике, при выполнении специфических действий, касающихся особых интересов и пристрастий ребенка;
- стереотипность и аутостимуляция в двигательной сфере;
- отсутствие врожденной способности к подражанию, к имитации движений;
- значительное отставание моторной сферы от интеллектуального и речевого развития (наблюдается у подростков с синдромом Аспергера).

Диагностика моторной сферы ребенка с аутизмом раннего возраста происходит во время наблюдения за его активностью и в беседах с родителями. В более старшем возрасте можно предлагать специальные задания с целью выяснения моторных возможностей ребенка, определения их соответствия возрастным нормам.

Наши подходы к коррекции моторной сферы базируются на теории уровней построения движений (Н. А. Бернштейн). Такая коррекция может происходить как на специальных занятиях (кинезотерапия), так и во время всего коррекционно-педагогического процесса, а главное — в повседневной жизни. Для этого семья должна понимать логику и необходимость гармоничного развития ребенка и (при поддержке специалистов) создавать для этого условия.

О. В. Максимова считает, что предложенные Н. А. Бернштейном уровни построения движений целесообразно рассматривать значительно шире — как уровни психического функционирования, уровни психического реагирования человеческого организма, уровни построения общения, эмоций и поведения. Поэтому коррекционная цель **программы коррекции активности детей с аутизмом с опорой на уровни построения движений Н. А. Бернштейна**, разработанной нами на основе этого подхода, не исчерпывается коррекцией чисто моторной сферы. Программа направлена на позитивное влияние в целом на эмоциональную и коммуникативную сферу — через коррекцию психомоторики.

Сенсорно-перцептивная сфера ребенка аутического спектра

Большинство людей — как профессионалы, так и непрофессионалы — пренебрегало сенсорными проблемами при аутизме, потому что люди просто не могут представить, что другая сенсорная реальность существует, если им не пришлось испытать это лично. Это узкое восприятие очень мешает помочь индивидуумам, имеющим эти вполне реальные проблемы в своей жизни. (Т. Grandin)

По мнению многих современных исследователей (Э. Дж. Айрес, И. Джозеф, О. Богдашина и др.), мощным фактором аутичного дизонтогенеза является **нарушение сенсорной интеграции** (восприятие информации, одновременно поступающей по нескольким сенсорным каналам, и объединение этой информации в единое целое). Люди с дисфункцией сенсорной интеграции имеют моноканальный характер восприятия: они выделяют из широкого

спектра сенсорных сигналов отдельные, аффективно значимые для них раздражители (цвет, форму, звуки, запахи и др.), поэтому окружающая среда выступает для них как хаотическая и раздробленная. Таким образом, **сенсорная доминантность** приводит к восприятию аффективно значимых стимулов и полному неприятию других, вследствие чего наблюдается **нарушение предметности, целостности восприятия**.

Сенсорная дезинтеграция развивается двумя основными путями:

1. Ребенок получает слишком много сенсорной информации, его мозг перегружен. В этом случае проявляется повышенная чувствительность к сенсорным стимулам, а именно: непереносимость ярких цветов, бытовых шумов, неприятие зрительного и тактильного контактов, боязнь запахов, высоты и др. Чтобы избежать дискомфортных впечатлений, ребенок пытается защитить себя от направленных воздействий, построив систему пассивных (устранение) или активных (сопротивление) защит от внешнего вмешательства и формируя негативную избирательность к сенсорным стимулам: в центре его внимания оказывается то, что он не принимает и боится.
2. Ребенок не получает достаточного количества сенсорной информации и начинает к ней стремиться. Наблюдается особое восхищение отдельными стимулирующими впечатлениями, связанными с разглядыванием, столкновением, изменением положения тела в пространстве, ощущением мышечных связей и суставов. Это могут быть однотипные манипуляции с предметами, взмахи рук, напряжение отдельных мышц и суставов, бег по кругу, прыжки, кружение, раскачивание с целью воспроизведения одного и того же приятного ощущения. Таким образом, дисфункция сенсорной интеграции проявляется через ограничения поведенческого спектра: гиперфункция — в виде сенсорных защит, гипофункция — в виде сенсорной аутостимуляции.

Поскольку ребенок с аутизмом, особенно раннего возраста, как правило, не обладает развернутой коммуникативной речью и не в состоянии описать свои чувства, основой диагностики дисфункции сенсорной интеграции является наблюдение за поведением ребенка, которое осуществляется либо непосредственно, либо опосредованно, путем опроса его ближайшего окружения. Гипер- или гипофункция различных сенсорных систем является причиной различного проблемного поведения ребенка (т. е. поведения, препятствующего обучению и социальным контактам) (Таблица 3, цит. по И. Миненковой, 2007).

Основная идея коррекционно-педагогической работы по преодолению сенсорной дезинтеграции состоит в том, что изменение чувствительности к раздражителям одной модальности позволяет оптимизировать деятельность других сенсорных систем. Ребенок, тяжело переносящий стимуляции одной сенсорной системы, должен получать стимуляцию других. Важно то, что дети с гипер- и гипофункцией сенсорной системы требуют одинаковой стимуляции, несмотря на различные реакции, которые вызывают у них раздражители. Задачей педагога является создание специальных условий, облегчающих восприятие окружающих объектов и продуктивное взаимодействие с ними, поэтому необходимо внимательно наблюдать за ребенком и предоставить ему выбор занятий и объектов для удовлетворения собственных сенсорных потребностей.

Определенный порядок интегрирования сенсорных впечатлений позволяет педагогу формировать оптимальные комплексы стимульного воздействия на ребенка. Известно, что в онтогенезе сенсорных систем тактильная, вестибулярная и проприоцептивная системы формируются еще до рождения, они являются базой для накопления сенсорного

**Таблица 3. Нарушение сенсорной чувствительности
как причина проблемного поведения**

Сенсорные системы	Виды проблемного поведения	
	Высокая чувствительность к сенсорным стимулам	Низкая чувствительность к сенсорным стимулам
Зрительная (восприятие освещенности, цвета, формы, размера, объемности, удаленности, движения объектов)	Уклонение от зрительного контакта, боязнь яркого света и предметов, неподвижный взгляд в одну точку или сквозь объект	Вращение пальцев, предметов перед глазами, надавливание на глазные яблоки, очарованность цветом или узором
Слуховая (дифференциация звуков по высоте и громкости, определение направления источника звука и расстояния до него, продолжительность звучания)	Непереносимость бытовых шумов, отсутствие реакции на собственное имя и на созданные звуки, стремление закрывать уши, предпочтение отдается тихим звукам, негативная реакция на музыку	Крик, гул, скрежет зубами, хлопанье в ладоши, постукивание карандашом или пальцами, шуршание страницами книг, разрыв бумаги, увлечение музыкой, эхолалии
Тактильная (восприятие давления, прикосновения, вибрации, температуры, боли)	Непереносимость прикосновений, уклонение от раздевания, от прикосновения незнакомых вещей и текстур, нежелание пачкать руки, носить определенные виды одежды, стремление уклониться от умывания, причесывания, стрижки волос и ногтей, нежелание ходить босиком и хождение на цыпочках	Слабая реакция на боль и холод, царапанье, щипки, кусание собственного тела, биение себя по голове, желание ко всему прикасаться, удовольствие от ощупывания необычных материалов, от разрыва бумаги и ткани, от пересыпания круп
Проприоцептивная (обеспечивает мышечно-суставное чувство, которое контролирует положение тела в пространстве и взаиморасположение его частей, управление собственными движениями)	Малая интенсивность, скованность, неуверенность движений, устранение от физических действий, недостаточное приложение усилий	Гиперактивность и порывистость движений, выборочное напряжение отдельных мышц и суставов, замирание в определенной позе, нажатие на части тела, битье головой, чрезмерное приложение усилий
Вестибулярная (контролирует перемещение тела в пространстве, сохраняет динамическое равновесие как в покое, так и при движении в разных плоскостях)	Боязнь высоты и изменения положения тела в пространстве, избегание вращений	Вращение, раскачивание, размахивание руками, прыжки, бег по кругу, лазанье по мебели, прыжки по стульям, балансирование
Вкусовая (оценивает характер и концентрацию веществ, которые оказываются в полости рта)	Прочное зажатие рта, приверженность к определенным продуктам и неприятие других, отказ от еды определенной текстуры и температуры	Всеядность, приверженность к острой и слишком сладкой пище, стремление сосать и есть несъедобное
Обонятельная (оценивает вещества, которые сталкиваются со слизистой оболочкой носовой полости)	Боязнь ароматов, головокружение и тошнота от запахов	Постоянное обнюхивание предметов и людей — особенно незнакомых; приверженность к резким и неприятным запахам

опыта. Другие системы (зрительная, слуховая, обонятельная, вкусовая) развиваются на их основе значительно позже. Поэтому терапия сенсорной интеграции ребенка с аутизмом опирается в первую очередь на вышеуказанные базовые системы. При этом желательно как можно меньше заставлять ребенка, поэтому начинать надо с тех действий, которые приятны для него, постепенно переходя к другим. Что касается **восприятия (перцепции)** у детей с аутизмом, то оно имеет ряд особенностей, которые носят полимодальный характер и касаются базовых механизмов формирования перцепции.

1. Нарушение опережающих перцептивных схем (У. Найссер, 1981), которые заключаются во врожденной способности младенца сосредоточиваться на лице и голосе матери и повышенной чувствительности к таким стимулам.
2. Нарушение способности сводить разрозненную информацию в единую картину, связанную общим контекстом (У. Фрит, 1992) — как следствие сенсорной дезинтеграции.
3. Нарушение распознавания психических состояний (ментализации): намерений, эмоций, желаний — как собственных, так и других людей (С. Барон-Коэн, А. Лесли, У. Фрит, 1985; Ф. Аппе, 1995).

Эти особенности приводят к нарушению формирования процесса восприятия, существенно тормозят развитие других психических процессов у детей с аутизмом.

Специфические признаки аутизма:

- наличие особых увлечений в сенсорной сфере — поиск или избегание определенных ощущений;
- нарушение опережающих перцептивных схем;
- нарушение распознавания психических состояний — как собственных, так и других людей.

Когнитивная сфера ребенка аутического спектра

Анализ теоретических концепций (Л. М. Веккер, С. Л. Рубинштейн) по проблеме развития когнитивной сферы личности, а также имеющихся экспериментальных исследований детей с аутизмом и собственный практический опыт психолого-педагогической работы позволили нам сформировать следующие представления о когнитивной сфере детей с аутизмом.

Основой когнитивной сферы является мышление — “опосредованное и обобщенное... познание объективной реальности” (С. Л. Рубинштейн, 1989), интегративный психический процесс, компонентами которого являются другие психические процессы: восприятие, память, внимание. При этом большое значение для уровня жизненной компетенции ребенка с аутизмом имеет не только логическое и пространственное мышление (операции анализа и синтеза, аналогии, сравнения, обобщения, классификации), но еще и так называемые социальный и эмоциональный интеллекты (способность к мышлению (пониманию) в общении с другими людьми), практический интеллект (способность принимать решения в бытовых ситуациях).

По данным многих исследователей (И. И. Мамайчук, Н. Г. Манелис, О. М. Мастюкова и др.), у подавляющего большинства аутичных детей наблюдаются различные по степени проявления интеллектуальные нарушения. Некоторые авторы считают, что именно нарушение когнитивных процессов является центральным звеном в патогенезе аутизма. Даже имело место мнение, что аутизм в детском возрасте следует рассматривать

как своеобразный вариант интеллектуальной недостаточности (С. Барон-Коэн, А. Лесли, У. Фрит, 1985). Впрочем, есть примеры, когда дети с аутизмом оканчивают массовую школу и учатся в вузе.

Большинство исследователей соглашаются, что аутичным детям в целом доступны такие операции, как соотношение, классификация, обобщение, понимание причинно-следственных связей и др. Главные трудности заключаются в активном использовании имеющихся знаний и навыков в повседневной жизни, ситуациях непосредственного общения с другими людьми, т. е. в переносе и модификации их в любой новой ситуации. Ярким примером этого является ситуация, описанная Rita Jordan & Stuart Powel, когда выученному на посыльного аутическому парню дали задание отнести краски клиенту-художнику. До этого он уже неоднократно носил по этому адресу бумагу, успешно справлялся с этой задачей (самостоятельно находил нужный дом, набирал номер кода и отдавал заказанную продукцию). Но в ситуации, когда вместо привычной бумаги необходимо было доставить краски, парень не смог соотнести уже известный ему номер кода с новым поручением (код остался в "связке" исключительно с бумагой, а не с домом или самим клиентом). Сделать перенос известной информации (номер кода) в новую ситуацию (доставка красок) оказалось для ребенка невозможным. Но эту проблему можно было бы предотвратить, если, учитывая особенности ученика, ему заранее полностью повторили бы алгоритм действий (включая номер кода) или сделали акцент на том, что код остался прежним, независимо от смены заказа.

Согласно выводам исследователей (Ф. Аппе) и по нашим собственным наблюдениям, психические процессы у детей с аутизмом имеют характерные особенности, которые очень влияют на формирование и развитие когнитивной сферы. Наиболее существенные из них:

- невозможность регулировать и отслеживать направление внимания другого человека, ребенок не может показать сам и не смотрит, если ему что-то показывают (в норме эта способность присутствует с 9–12 месяцев);
- нарушение имитации (подражания) (в норме подражание имеет место с рождения);
- осложнение узнавания эмоционального состояния (в норме способность различать эмоции появляется уже в 2–4 месяца)

В. Е. Каган исследовал уровень интеллектуального развития школьников с аутизмом по методике Векслера. Автором было установлено, что в среднем общий интеллектуальный показатель у высокофункционалирующих детей с аутизмом ниже, чем у детей без особенностей развития, но выше, чем у умственно отсталых. Это связано и с проблемами восприятия (нарушениями полимодального характера, влияющими на базовые механизмы перцептивных процессов; гипер- и гипосензитивностью восприятия отдельных стимулов); особенностями внимания, чрезмерной концентрацией внимания на каких-то ярких перцептивных свойствах объектов, не имеющих социального значения, трудностями переключения внимания, с особенностями мнестических процессов, с трудностями интерполяции и предвидения, понимания психического других людей (их желаний, намерений и др.). Очевидная связь речи и мышления при нормальном онтогенезе в данном случае, на фоне специфического речевого развития (в т. ч. и отсутствия регулирующей функции речи), также приобретает искаженный характер. При выполнении теста Векслера дети с аутизмом обычно демонстрируют большой разрыв между показателями невербального

и вербально-логического интеллекта. Типичной является ситуация, когда даже высокофункциональный ребенок с аутизмом при выполнении тестов на интеллект в результате получает балл, соответствующий детям с задержкой психического развития или умственной отсталостью. В то же время, у многих детей с синдромом Аспергера более выражены проблемы с предметной деятельностью, в результате чего вербально-логическое мышление оказывается более развитым, чем предметно-действенное. Вследствие общего дефицита психической активности проявляются и нарушения динамических характеристик умственной деятельности. Важную роль в особенностях мышления здесь играет также отсутствие переживания себя как активного участника процесса, вследствие чего ребенок при возникновении похожей проблемной ситуации не способен воспользоваться собственным прошлым опытом. Нарушение самосознания также выступает как одна из основных причин нарушения мотивационного аспекта мышления, отсутствия целеустремленности, недостаточности ориентирования текущей деятельности на результат. При этом, если при постановке задачи учитываются собственные склонности ребенка и у него удастся создать мотивацию путем включения эмоционально значимых элементов, проявления нарушения целенаправленности действий и функции контроля снижаются. Поэтому рекомендуется в задания на развитие мышления (упражнения на соотношение, классификацию и др.) включать эмоционально значимые компоненты. Модифицированный пример этого способа можно продемонстрировать на следующем варианте предъявления задания на категоризацию. При выделении категорий "еда" и "напитки" нужно не просто просить перечислить (или выбрать из предложенных) соответствующие названия (карточки и др.), а выделить их в отдельные группы: "То, что я люблю есть/пить" и "То, что я не люблю есть/пить". Таким образом, подчеркивается причастность ребенка к данной операции (что делает его активным участником), создается ситуация, приближенная к действительности (менее абстрактная).

В 90-е годы появился ряд новых публикаций психологов когнитивного направления, в которых в качестве основного дефекта (первопричины) аутизма авторы выделяют дефицитность определенных когнитивных процессов (S. Baron-Cohen, U. Frith и др.). Недоразвитие когнитивных процессов, ответственных за символическую репрезентацию объектов и событий, неспособность одновременно удерживать в памяти реальные и символические свойства предметов (A. Leslie, 1991) включает и проблемы с символическим опосредованием, символической игрой и пониманием психического других людей (их намерений, желаний, возможности ошибочного мнения и др.), юмора и дословного понимания метафор, образных выражений. При этом отмечается, что без специального обучения, самостоятельно, ребенок с аутизмом на это не способен.

Особого внимания заслуживает проблема изучения потребностей и предоставления коррекционной помощи высокофункционалирующим подросткам с аутизмом, которые имеют существенные интеллектуальные возможности. Продуктивным направлением исследований, направленных на определение специфики интеллектуального развития, является изучение особого когнитивного стиля познания мира высокоинтеллектуальными детьми и подростками с аутизмом (У. Фрит, 1992). И. А. Костин (1997) определил, что и в подростковом возрасте, при большей направленности на контакт и взаимодействие с другим человеком, у детей с аутизмом сохраняется особый стиль познавательной деятельности — недостаточная активность в работе с информацией, в ее организации и направленном

осмыслении. И в противодействии этому наблюдается тенденция формально и пассивно следовать логике, которая задана внешней перцептивной и смысловой структурой, стремление пользоваться готовыми штампами и стереотипами.

Для высокоинтеллектуальных подростков с аутизмом характерно оформление сверхценных увлечений, связанных с обучением, формирование отвлеченных познавательных интересов. Как правило, обучение становится для них своеобразной “деятельностью для замещения” общения и реального социального взаимодействия. Для противодействия тенденции к формальному накоплению и систематизации знаний, вытеснению человеческих отношений и ценностей аутическому подростку нужна психологическая помощь.

Исходя из всего вышесказанного, особо следует отметить необходимость обучения аутичных детей в обстановке, максимально приближенной к реальности, учета специфических для аутизма ментальных особенностей, специальной “доработки” уже полученных учебных навыков на социально-бытовых примерах, развития самосознания и самоконтроля ребенка.

Специфические признаки аутизма:

- трудности в использовании имеющихся знаний и навыков в повседневной жизни, в ситуациях непосредственного общения с другими людьми.

Речь и коммуникация ребенка аутического спектра

Нарушения речи занимают значительное место среди характерных признаков аутизма и отражают основную специфику аутизма, а именно — несформированность коммуникативного поведения. Большинство исследователей (Л. Каннер, К. С. Лебединская, Е. М. Мастюкова, Р. К. Ульянова, С. С. Морозова, Ф. Аппе) отмечают нарушение коммуникативной функции речи у детей с аутизмом. Независимо от срока появления речи и уровня ее развития ребенок с аутизмом не использует речь как средство общения. Он редко обращается с вопросами, обычно не отвечает на вопросы окружающих, в том числе — и близких людей. В то же время, у него может достаточно интенсивно развиваться “автономная речь”, “речь для себя”.

Выраженность коммуникативных нарушений при аутизме существенно варьирует — начиная с полностью неговорящих лиц, которые не пользуются даже жестами, и заканчивая людьми с синдромом Аспергера, которые свободно говорят, но имеют особенности прагматической стороны речи (использование и понимание высказываний в связи с ситуационным контекстом). Кроме них, встречаются еще эхолалические дети, способные механически повторять целые выражения, но не способные самостоятельно строить предложения, а также дети, которые произносят отдельные слова, но не имеют свободной речи.

Исследователи выделяют следующие радикалы речевых нарушений, присущих именно детям с аутизмом (то есть — не являющихся последствиями задержки развития или чисто речевых нарушений):

- задержка, остановка или даже регресс речевого развития без какой-либо компенсации за счет использования жестов;
- отсутствие реакции на речь других (даже на собственное имя);
- стереотипная речь — эхолалии, т. е. неосознанное повторение чужих слов и фраз, слов и мелодий песен;

- длительное называние себя во втором или третьем лице;
- стойкие аграмматизмы;
- неиспользование личного местоимения “я” и утвердительного слова “да”;
- использование обычных слов в необычном значении (идиосинкратическое использование слов), а также неологизмов;
- неспособность начать и поддерживать диалог;
- нарушение просодики (причудливое, скандируемое произнесение слов; своеобразная интонация; характерные фонетические расстройства, нарушения голоса с преимущественно высокой тональностью в конце фразы или слова);
- сложности с пониманием смысла и использованием понятий;
- нарушение невербальной коммуникации (жестикуляции, мимической экспрессии);
- отсутствие в активном словаре слов, обозначающих близких для ребенка людей, например “мама”, “папа” и др.

Эмоциональная сфера ребенка аутистического спектра

Большинство исследователей (О. Р. Баенская, О. С. Никольская, И. И. Мамайчук и др.) констатируют нарушения эмоциональной сферы уже на первом году жизни. Как указывалось выше, у детей с аутизмом уже в младенческом возрасте наблюдается дефицит целого ряда поведенческих паттернов, характерных для нормального развития: зрительного контакта, мимической экспрессии, гуления, а также задержка развития зрительно-моторной и слухо-моторной координации. Эти особенности позволяют предположить врожденное отсутствие определенных механизмов, которые обеспечивают нормальный репертуар поведенческих актов, тем самым определяя нормальное социально-эмоциональное развитие. Согласно теории перцептивных схем (У. Найссер), такие дети не способны концентрировать внимание на лице матери. Впоследствии из-за этого формируется дефицит эмоциональной сферы, который проявляется, во-первых, в бедности и неадекватности собственных эмоциональных проявлений, во-вторых, в неспособности распознавать эмоции других людей.

Что касается помощи в социально-эмоциональном развитии, нам близок подход О. С. Никольской, которая характеризует такую помощь как “обычную кропотливую работу по введению ребенка в мир, это совместное осмысление, оформление его собственных переживаний”. По ее мнению, работа по распознаванию эмоций по картинкам, изображающим основные выражения лица и позы не очень эффективна, поскольку ребенок вряд ли сможет применять в жизни навыки, полученные таким путем. Ребенок может выучить названия эмоций (как цветов и форм), но проблема в том, что ему трудно найти в себе адекватный эмоциональный отклик тому, что происходит вокруг, поскольку он не осмыслил, не отдифференцировал, т. е. не прожил “по-настоящему” **опыт** в простейших жизненных сферах. Восприятие окружающего мира у ребенка не сфокусировано, ему трудно представить даже свою комнату или знакомую местность, он не может определиться, например, в том, что он любит есть, но при этом проявляет осведомленность в более сложных вопросах, например, знает все о динозаврах. Ребенок не умеет систематизировать свой опыт, ему трудно выделить какие-либо развернутые сюжеты из своей жизни, важные и интересные события прошлого, мечты о будущем.

Такая неустроенность, недифференцированность внутреннего эмоционального опыта более всего задерживает развитие общения с другими людьми и совместное проживание событий; мешает взрослому установить с ребенком крепкую эмоциональную связь. Без специальной помощи по развитию внутренней эмоциональной жизни, организации опыта и выстраивания временной перспективы приобретенные знания и умения не используются ребенком самостоятельно в реальной жизни. Такая работа начинается с общих воспоминаний о приятных моментах жизни — праздниках, летнем отдыхе и т. д. При этом можно использовать фотографии — важно, чтобы яркие для ребенка впечатления обретали новые подробности. Ребенок вместе с педагогом, психологом, родителями может рисовать свои воспоминания. Акцент должен делаться не на усвоение новой, а на осмысление уже имеющейся информации, на ее конкретизации, детализации, эмоциональной окраске.

Ребенок с аутизмом не имеет представления о внутреннем мире других людей. Для преодоления этого нужна помощь, основанная на совместном чтении и обсуждении специально подобранных художественных текстов, обсуждении реальных событий и поступков других людей. При этом вслух делаются предположения об их мыслях и чувствах (но следует быть очень осторожным, учитывая непосредственность таких детей, такие занятия не должны превратиться в плохую привычку вмешиваться в чужие дела).

Специфические признаки аутизма:

- неспособность осознавать собственные эмоции и понимать эмоции других людей без специальной коррекционной работы.

Регуляторная (психомоторная) сфера ребенка аутического спектра

Главным признаком регуляторной (психомоторной) сферы ребенка с аутизмом является проблемное поведение. С точки зрения теории прикладного анализа поведения проблемное поведение ребенка с аутизмом является следствием дефицитов одних форм поведения и излишка других (по сравнению с условной "нормой"). Считается, что центральное место в психолого-педагогической коррекции аутизма методом прикладного анализа поведения занимает обучение, поскольку оно позволяет увеличить количество желаемых форм поведения. Но, по нашему мнению, коррекция проблемного поведения не может быть чем-то вторичным по сравнению с обучением, поскольку именно проблемное поведение очень затрудняет и иногда делает невозможным обучение. Обучение ребенка желанным формам поведения уменьшает проявления проблемного поведения, коррекция проблемного поведения создает лучшие условия для обучения. Это — взаимосвязанный интеграционный процесс, результатом которого можно считать постепенное вхождение ребенка в общую человеческую жизнь с пониманием собственных прав и обязанностей.

Необходимо дать точное определение нежелательного поведения ребенка. Это может вызвать трудности, поскольку наряду с очевидными проблемами (ребенок кричит, убегает, бросает предметы, демонстрирует агрессию и самоагрессию) есть и менее явные проблемы: аутостимуляция, бесцельное перемещение, отказ выполнять инструкции. Любое поведение, которое делает проживание и взаимодействие в обществе невозможным, должно быть устранено или ограничено. Это включает и так называемое стигматизирующее поведение (например, кручение вокруг себя, хождение на цыпочках,

взмахивание руками и т. д.), поскольку такое поведение может привести к тому, что ребенок окажется исключенным из многих видов деятельности, которые могли бы быть очень важными для его эмоционального и социального развития.

Прикладной анализ поведения выделяет три основные категории нежелательных форм поведения: поведение, которое мешает учиться; поведение, которое негативно влияет на уже усвоенные навыки; поведение, которое является разрушительным для семьи и наносит вред ребенку.

Диагностика проблемного поведения осуществляется методом функционального анализа, цель которого — определение функции поведения с точки зрения ребенка, демонстрирующего это поведение. Функциональный анализ позволяет выявить причины поведения (для этого выясняется, что бывает непосредственно перед поведением) и его последствия (для этого выясняется, что бывает сразу после поведения). Наиболее частые функции: для привлечения внимания окружающих, для избегания того или иного нежелательного стимула, для получения желаемого, для самостимулирования. Результаты наблюдений протоколируются с помощью таблицы (Таблица 7, Приложение 3).

С помощью бихевиоральной терапии (прикладного анализа поведения) происходит не только коррекция проблемного поведения, но также формирование и развитие коммуникативных, учебных навыков и навыков самообслуживания. Нами разработана диагностическая таблица для применения метода прикладного анализа поведения в психолого-педагогической коррекции аутизма (Таблица 4).

Вопросы к родителям

1. Что вам нравится в вашем ребенке, чем вы гордитесь?
2. Что вам не нравится, что вы хотели бы изменить?
3. Каких изменений вы хотели бы достичь с помощью прикладного анализа поведения?
4. Где и каким вы видите своего ребенка
через год (*оптимистический прогноз*)
через пять лет (*оптимистический прогноз*)
через год (*реальный прогноз*)
через пять лет (*реальный прогноз*)
5. Что любит ваш ребенок? (Что может быть использовано в качестве подкрепления во время занятий?)
6. Чего ваш ребенок не любит?

С помощью такой таблицы проводится диагностика и мониторинг формирования социальных, коммуникативных и учебных навыков методом прикладного анализа поведения. Таблица заполнена на примере коррекционной работы с 4-летним ребенком с органическим аутизмом и содержит данные о состоянии развития ребенка до начала занятий с применением метода прикладного анализа поведения и после трех месяцев занятий.

Специфические признаки аутизма в психорегулятивной сфере:

- аутостимулятивное, стереотипное поведение;
- наличие специфических, особых интересов и увлечений.

Таблица 4. Диагностическая таблица для применения метода прикладного анализа поведения в психолого-педагогической коррекции аутизма по А. М. Хворовой

№	Параметры базовых социально-коммуникативных и учебных навыков	Степень развития		Примечания
1	Первичные коммуникативные навыки Выполнение инструкций: 1. "Садись" 2. "Иди сюда" 3. "Посмотри (на меня)"	+/- +/- +	+ +/- +	
1.	Имитация			
	Имитация действий			
1	Эхопраксия (копирование) — <i>низкий уровень имитации, заключающийся в повторении движений другого человека без инструкции и не адекватно ситуации</i>	+	-	
2	Имитация жестов (в т. ч. — отсроченная) — <i>например: "До свидания"</i>	-	+	
3	Имитация общих движений при демонстрации — <i>например, поднять руки</i>	-	+	
4	Имитация завершенных действий (в т. ч. с предметами) — <i>например, "звонить по телефону", "варить пищу"</i>	-	+/-	
5	Участие в играх и забавах, требующих имитации	-	+	
6	Имитация простых рисунков — <i>например, вертикальные линии, крест, солнце</i>	-	+	
7	Имитация произносимых движений — <i>например, открыть рот, высунуть язык</i>	-	+	
	Вокальная имитация			
1	- неречевых звуков (звукоподражание)	-	+	
2	- речевых звуков и слогов	-	+	
3	- слов	-	+	Сейчас начал повторять отдельные слова
4	Вставка слов или самостоятельное воспроизведение стихов, песен	-	-	
	Эхолалия	-	-	
1	- стихийная	-	-	
2	- ситуационная	-	-	
3	Эхолические предложения	-	-	

№	Параметры базовых социально-коммуникативных и учебных навыков	Степень развития		Примечания
4	Эхолалические слова и словосочетания	-	-	
2.	Состояние развития речи			
	Пассивная речь			
1	Реакция на собственное имя	+	+	
2	Понимание "Да" и "Нет"	-	+	
3	Понимание названий предметов	-/+	+	
4	Понимание названий действий	-/+	+	
5	Понимание простых инструкций	-/+	+	
6	Понимание простых вопросов	-	-/+	
7	Понимание прилагательных и логико-грамматических конструкций — <i>пространственные и временные связи</i>	-	-/+	Пока понимает плохо, но значительно лучше, чем раньше
8	Понимание местоимений			
	Активная речь			
1	Вокализации и слоги (в т. ч. ситуативное использование)	-	+	
2	Использование "Да" и "Нет"	-	-/+	
3	Использование названий предметов	-	-/+	
4	Использование названий действий	-	-/+	
5	Самостоятельное построение предложений	-	-	
6	Использование прилагательных, местоимений, логико-грамматических конструкций	-	-	
7	Самостоятельное формулирование вопросов	-	-	
3.	Первичные академические навыки			
	Первичные логические операции			
1	Обобщение	-	-	
2	Сортировка	-	-	
	Первичные абстрактные концепции			
1	Цвет	-/+	+	
2	Форма	-/+	+	
3	Размер	-/+	+	

№	Параметры базовых социально-коммуникативных и учебных навыков	Степень развития		Примечания
	Начальные школьные навыки			
1	Буква/чтение/письмо	-	-	
2	Цифры/счет/счетные операции	-	-/+	
3	Рисование	-/+	-/+	

Степень развития: навык присутствует — "+", навык отсутствует — "-", навык неустойчив — "+/-".

Самосознание ребенка аутического спектра

Полное отсутствие (или существенное нарушение) развития самосознания у детей с аутизмом, кажется, логично вытекает из клинических характеристик этого нарушения, соответственно, как и нарушение составляющих самосознания: представления о себе, отношения к себе и к саморегуляции. Практические наблюдения за развитием ребенка с аутизмом подтверждают эту гипотезу, поскольку навыки, свидетельствующие о формировании самосознания у ребенка раннего возраста, отсутствуют у детей с аутизмом или проявляются с огромным опозданием. Так, ребенок не изучает себя, не разглядывает в зеркале, не ощупывает; не различает своих и чужих, или демонстрирует парадоксальное отношение (в норме: 3–8 месяцев); не оборачивается к позвавшему (в норме: 10–12 месяцев), не отзывается на имя, не показывает части тела (в норме: 1,5–2 года). И наконец, ребенок не начинает использовать личные местоимения "Я" и "МОЙ" или начинает делать это с огромным опозданием, иногда эти местоимения не используются даже при полностью развитой речи. Можно предположить, что у ребенка с аутичным типом развития имеет место задержка и искажение формирования "Я"-концепции.

Независимо от возраста и интеллектуальных и коммуникативных возможностей, дети с аутичным типом развития отличаются тем, что развивают особые, доступные им способы саморегуляции. Уже в раннем возрасте у них развиваются различные стереотипии, которые с течением времени могут меняться и трансформироваться в сверхценные интересы, пристрастия и увлечения.

Но в доступных нам источниках фактически отсутствуют данные о специальных исследованиях самосознания у детей с аутизмом. Л. М. Шипицына (2002) изучала полоролевою идентификацию умственно отсталых подростков с помощью рисуночных тестов. Она отмечает дефицит методик, специально разработанных или адаптированных для детей и подростков с нарушениями психического развития.

Глава 9. Медико-биологическая терапия расстройств спектра аутизма

Терапия расстройств спектра аутизма весьма разнообразна. При этом практически нет специфических узконаправленных методов терапии и реабилитации, хотя используется множество различных их вариантов. В справочнике "101 статья об аутизме" (2006), изданном фондом "Аутизм сегодня" в Альберте (Канада), целая глава (с. 191–237) носит название "Методы лечения и терапии" (Treffert D. A.).

Психофармакотерапия. При проведении фармакотерапии необходима особая осторожность, поскольку дети с РСА, в силу возрастных особенностей и характера самого заболевания (в структуру которого входят многочисленные соматические и неврологические отклонения), нередко оказываются повышено чувствительными к медикаментозным воздействиям (возможны необычные реакции и осложнения). Для их предупреждения показано тщательное обследование: биохимические исследования крови, функции печени и почек, компьютерная томография, электроэнцефалография и др. Необходимо учитывать, что такая терапия проводится не в психиатрическом стационаре, а, как правило, в условиях семьи и детского сада, то есть вне медицинского учреждения, поскольку госпитализация аутичного ребенка может вызвать возникновение более грубых психических расстройств или регресс полученных ранее навыков. Направление аутичного ребенка в стационар необходимо лишь при возникновении острого психоза или для подбора лекарств при неэффективности всех препаратов, использовавшихся ранее. Спецификой технологии приема лекарственных препаратов является прием препаратов пролонгированного действия, лекарств в виде капель, сиропов или таблеток, измельченных в сахаре, поскольку у аутичных детей часто возникает негативизм к приему медикаментов. Прием лекарств лучше проводить постоянно, с периодическим снижением дозы препаратов и с чередованием психотропных и общеукрепляющих препаратов. Начинать лечение всегда лучше с минимальных доз и с большим вниманием постепенно наращивать дозу (титровать) до достижения желаемого эффекта, а уже потом переходить на общеподдерживающую дозу. Психофармакотерапию обязательно следует сочетать с различными видами психотерапии, с социальной и психолого-педагогической коррекцией, что, в свою очередь, способствует их взаимному потенцированию.

Психофармакологическое лечение детей в возрасте до 3-х лет имеет свои особенности и используется редко, лишь в качестве дополняющего элемента.

Медикаментозная терапия главным образом направлена на повышение эмоционального резонанса детей, улучшение контакта, снятие продуктивной болезненной симптоматики (тревоги, страхов, психомоторного возбуждения, навязчивых явлений) и поднятия общего и психического тонуса. Фармакотерапия у детей с РСА является обязательной при выраженной агрессивности, самоповреждающем поведении, гиперактивности, стереотипиях и расстройствах настроения. В этих случаях используются нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты и седативные препараты.

При медикаментозной коррекции у детей с аутическим расстройством часто имеет место повышенная чувствительность к медикаментам или парадоксальность реагирования на них, что связано с функциональной незрелостью органов и систем детского организма и органической недостаточностью ЦНС. Поэтому к медикаментозным препаратам предъявляются повышенные требования по отношению к их безопасности, минимальности побочных действий.

Наиболее хороший эффект отмечается при использовании препарата первого выбора рисперидона (рисполепта, риспетрила, рисета, риспердала) — атипичного нейролептика, блокатора D2-допаминовых и 5HT₂-серотониновых рецепторов. Препарат опосредованно стимулирует допаминергическую передачу и обмен веществ в головном мозге, повышая активность фронтальных и префронтальных участков мозга. Применяется для улучшения контакта, снятия негативизма. Он имеет преимущества перед классическими нейролептиками из-за эффективности в малых дозах и низкой распространенности побочных реакций. Несмотря на это, значительная часть родителей с настороженностью встречает предложение врача о применении рисперидона. Но, как правило, негативные эффекты препарата наблюдаются при его назначении в больших дозах (по 0,5–1 мг/сут. детям в возрасте 3–7 лет). Поэтому современный протокол предусматривает применение риспетрила в жидкой форме, по 0,1–0,15 мг один раз на ночь (в некоторых случаях — через день). При необходимости возможно увеличение дозы до 0,25–0,5 мг в сутки.

В США рисперидон получил одобрение Управления по контролю над продуктами и лекарствами (FDA) как средство для лечения аутизма у детей и подростков 5–16 лет. Рисперидон признан эффективным для лечения таких симптомов аутизма, как агрессия и аутоагрессия (умышленное самоповреждающее поведение), вспышки раздражительности, быстрая смена настроения. Указывалось, что он существенно снижает и облегчает симптоматику аутизма. Одобрение было получено на основании результатов двух клинических исследований, включавших 156 детей и подростков, у которых применяли рисперидон. У пациентов, принимавших данный препарат, поведенческие симптомы заболевания достоверно уменьшились, по сравнению с пациентами, которые принимали плацебо.

Одним из разрешенных препаратов для лечения аутизма, дезинтегративных и bipolarных расстройств у детей является арипипразол (арип, абилифай) — относительно новый препарат из класса атипичных антипсихотических средств (разрешен FDA в 2002 г.). По своей эффективности он превосходит рисперидон, однако подбор доз для детей представляет трудности, т. к. выпускается в таблетированной форме. Мы располагаем наблюдениями положительного влияния арипипразола на психопатологию подростков.

Для детей, у которых аутизм сочетается с гиперактивностью, эффективным может быть препарат атомoksetин (страттера). Он не относится к психостимуляторам и не является производным амфетамина. Страттера является высокоселективным и мощным ингибитором пресинаптических переносчиков норадреналина. За рубежом его преимущественно назначают детям с СДВГ, которые не переносят амфетамины. Дозу препарата постепенно наращивают с 2,5 до 10 мг, останавливаясь на той дозе, которая способствует сосредоточению внимания и улучшению поведения ребенка.

В лечении аутизма давно применяется меллерил (сонапакс) в возрастных дозировках, он используется для ликвидации или сглаживания проявлений гипердинамического синдрома и регрессивных двигательных стереотипий.

При аффективном компоненте у аутистов перестали использовать антидепрессанты трициклического ряда (амитриптилин, анафранил, мелипрамин), но в последнее время стали применять антидепрессанты серотонинергического действия (прозак, золофт, паксил) в возрастной дозе 7–25 мг 1 раз в сутки. Если препарат вызывает неконтролируемую расторможенность, его немедленно отменяют.

Среди противосудорожных средств при аутизме является перспективным использование ламотриджина (ламиктала, ламитрила, эпилептала), который восстанавливает функциональное состояние мозговой ткани, снижая судорожную готовность мозга, и нормализует деятельность правого полушария мозга. Кроме ламотриджина, эпилепсию и эпилептиформные состояния, сопровождающие аутизм, лечат солями вальпроевой кислоты, которые имеют более широкий спектр действия. Более подробно современная диагностика и лечение эпилепсии при аутизме изложены в главе 10.

При нарушениях речевого развития у детей с РСА используется нейропротектор нового поколения цитидинфосфохолин (сомазина цитиколин, мемантин гидрохлорид, цераксон). Он обладает репаративным действием на мембрану нейронов, в частности, блокирует эффекты патологически повышенного уровня глутамата, который может приводить к дисфункции нейронов. Широко применяется в рамках фармакотерапии сосудистой и нейродегенеративной патологии головного мозга, а также при лечении травматического поражения головного мозга. В. М. Башина с соавторами (1996) первыми в СНГ опубликовали положительные результаты применения мемантина у детей с РСА. У них улучшались речевые и когнитивные способности. И. А. Марценковский (2012) рекомендует мемантин в качестве средства повышения сенсорной интеграции и моторных тренингов при РСА. В Украине широко используется курсовое лечение детей раствором цераксона по 1 мл х 2–3 раза в день, длительностью до 1,5–2,5 месяцев. Лечение мемантином также проводят курсами от 3 до 6 месяцев, используя дозы от 5 до 10 мг в сутки. Возможны комбинации с другими компонентами комплексной терапии РСА, за исключением противосудорожных средств.

Поскольку РСА во многих случаях является коморбидным с остаточными явлениями перинатальной гипоксической энцефалопатии большей или меньшей степени выраженности, целесообразно применение ноотропов, пантокальцина, сосудистых препаратов (танакана, инстенона и др.), которые при длительном курсовом применении положительно влияют на общую патопсихологическую клинику ребенка с расстройствами спектра аутизма.

При нарушениях сна, трудном засыпании, частом пробуждении детей с аутизмом И. А. Марценковский и соавторы рекомендуют прием мелатонина. Мелатонин — вещество, вырабатываемое шишковидной железой, это гормон сна. У человека на ночные сны приходится 70% суточного количества мелатонина. Его секреция подчинена циркадному ритму. Ночью под его влиянием повышается содержание гамма-аминомасляной кислоты, которая является тормозным медиатором в ЦНС, снижается активность серотонинергических механизмов. Мелатонин также обладает антиоксидантными свойствами. Применяется у детей старше 2 лет и в дозе, не превышающей 1,5–3 мг.

Нейропептиды. В последнее десятилетие рассматривается вопрос о митохондриальной дисфункции как новом патобиохимическом механизме нейродегенеративных расстройств широкого спектра. Митохондриальная дисфункция (МД) обнаруживается в ряде случаев аутизма и обычно вызвана генетическими аномалиями или нарушениями

дыхательного пути митохондрий. МД связывают с регрессом в развитии и задержкой роста у детей с аутизмом. Так, в проведенных исследованиях с использованием методов магнитно-резонансной спектроскопии и ИФА было выявлено снижение уровня фосфокреатина, АТФ, АДФ и неорганических фосфатов, а также повышение уровня молекулярных маркеров митоптоза в группе детей с аутизмом и эти данные коррелировали с речевыми нарушениями и нейрофизиологическими проблемами. Авторы предположили, что клинические нарушения при аутизме могут быть вторичными, происходящими из обнаруженных “изменений в мозговой биоэнергетике”. Последующее исследование также подтвердило свидетельство “измененного энергетического метаболизма” в мозгу детей с аутизмом. Эти исследования подтверждают нарушение митохондриальной функции и документируют факт, что у некоторых пациентов с аутизмом снижены клеточная энергетика и запас энергии митохондрий, что может приводить к когнитивным нарушениям, проблемам с речью и аномальному энергетическому метаболизму. Также у детей с аутистическими чертами, включая задержку развития, судороги и гипотонию, обнаружили и структурные признаки МД.

Несмотря на эти факты, роль МД часто игнорируется при аутизме, что приводит к отсутствию патогенетически обоснованной терапии.

В последнее время И. Ф. Беленичевым и сотрудниками (2008) разработаны способы коррекции митохондриальной дисфункции — это применение тиольных антиоксидантов, конкурирующих с SH группами цистеин-зависимого участка белка внутренней мембраны митохондрий (АТФ/АДФ-антипортере) за АФК и пероксинитрит и образующих с последним стойкие комплексы. Это позволяет предотвратить открытие митохондриальной поры в условиях оксидативного и нитрозирующего стресса. Более интересным и заслуживающим особого внимания представляется применение препаратов, являющихся лигандами нейропептидных рецепторов, способных регулировать апоптоз, экспрессию транскрипционных факторов, синтез ферментов, регенерирующих митохондриальную ДНК, и ферментов, катализирующих энергетические реакции. Одним из наиболее перспективных препаратов нейротрофического ряда является цереброкурин, содержащий свободные аминокислоты, нейропептиды и низкомолекулярные продукты контролируемого протеолиза белков мозга эмбрионов крупного рогатого скота. Механизм действия и точки приложения цереброкурина принципиально отличаются от других препаратов нейропептидной природы. Одним из ключевых моментов в нейропротективном эффекте цереброкурина оказалось его позитивное влияние на экспрессию гена *c-fos* и антиапоптотического белка *bcl-2*, за счет чего тормозятся процессы нейроапоптоза на фоне восстановления когнитивных функций. Позитивное действие цереброкурина в отношении функциональной активности митохондрий мозга выражалось в нормализации энергетического обмена — увеличении продукции энергии (АТФ), интенсификации ее транспорта и утилизации, о чем свидетельствовало повышение активности митохондриальной (м-КФК) и цитоплазматической (ц-КФК) креатинфосфокиназы. Цереброкурин проявляет выраженные митопротективные свойства при патологии ЦНС — уменьшает проявления митохондриальной дисфункции, регулирует посредством HIF-1 α активность цитозольно-митохондриальных компенсаторных энергетических шунтов. Установленный эффект цереброкурина влиять на концентрацию HSP70 белков является, по нашему мнению, ключевым моментом в механизме его ноотропного действия, т. к. HSP принимают

участие в регуляции когнитивно-мнестических функций ЦНС посредством шаперонной активности. Таким образом, наличие в составе цереброкурина эмбриональных нейропептидов принципиально отличает этот препарат как по точкам приложения, так и по механизму действия от других препаратов нейропептидной природы, которые подобными эффектами при аутизме не обладают.

Поскольку при аутизме основные трудности отмечаются при выполнении действий, требующих координации разных отделов мозга (социальные навыки, речь и др.), важным является и то, что цереброкурин стимулирует межнейрональное взаимодействие, а также улучшает согласованность работы разных отделов мозга. Дополнительным преимуществом является и повышенная тропность препарата к зонам речи. У многих детей уже во время первого курса применения цереброкурина отмечается позитивное влияние на коммуникативность — дети становятся более общительными, появляется “глазной” контакт, увеличивается речевая активность, усложняются игровые интересы, улучшаются когнитивные способности. Также отмечается значительное улучшение социальной адаптации, увеличение интереса к общению со сверстниками (Чуприков А. П., Мишиев В. Д., 2009).

В дискуссии о целесообразности применения нейропептидов при РСА выступила О. П. Мостовая (2010). Приводим аргументы из ее статьи “Нейропептиды. Быть или не быть?”:

“Нужны ли пептидные препараты? Можем ли мы опираться на теорию апоптоза нейронов, т. е. обратимого состояния, когда поврежденный, например гипоксией, нейрон может быть реанимирован соответствующими веществами? В целом пептиды имеют сложную химическую структуру. В головном мозге их обнаружено десятки, а может быть, сотни, они выполняют такие же функции, как и в других частях тела — функции сложных межклеточных сигналов, которые позволяют одной клетке влиять на активность другой (Herbert, 1993). Нейроны, содержащие пептиды, обнаружены во всех отделах головного мозга, хотя их распределение неравномерное; особенно много их в лимбической системе. Пептиды прекрасно иллюстрируют факт, что нейрохимическая структура лимбической системы не соответствует традиционному модульному строению, предполагающему наличие нескольких групп параллельных или дополнительных проводящих путей, различающихся специфическим составом пептидов... Многие нейропептиды проявляют выраженные нейротрофические ростовые свойства, а также способность регулировать экспрессию ранних генов. С учетом того, что нейропептиды легко проникают через гематоэнцефалический барьер, трудно переоценить их потенциальную терапевтическую значимость. Одним из наиболее перспективных препаратов нейротрофического ряда является цереброкурин, который содержит свободные аминокислоты, нейропептиды и низкомолекулярные продукты контролируемого протеолиза белков мозга эмбрионов крупного рогатого скота. Механизм действия и точки приложения цереброкурина принципиально отличаются от других препаратов нейропептидной природы... Цереброкурин содержит пептиды, несущие в себе программу анализа состояния и строительства ЦНС. Таким образом, конечный эффект различается из-за качественно отличного механизма действия”...

Цереброкурин применяется в дозах 1–2 мл в зависимости от возраста ребенка: 1–3 года — по 1–2 мл через день, курс — 10 инъекций; 3 года и более — 2 мл через день, курс — 10–20 инъекций. Курсы повторяют 2–3 раза в год.

При наличии судорожной готовности или судорог в анамнезе хорошо зарекомендовал себя нейропротектор дельталицин. Препарат показан при когнитивных нарушениях, сопровождающихся нарушением сна, судорожной готовностью и депрессивными расстройствами. Дельталицин представляет собой смесь синтетического аналога эндогенного нонапептида, называемого дельта-сон индуцирующим пептидом, и аминокислоты глицина в соотношении 1:10. Пептид дельта-сна является природным, вырабатываемым в организме нейромодуляторным пептидом, обладающим широкой фармакологической активностью. Этот пептид проявляет стресспротективное и адаптогенное действие, увеличивает устойчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов. Для детской неврологии и психиатрии важно, что пептид дельта-сна обладает антидепрессивным и противосудорожным действием, нормализует сон, проявляет антиокисческие свойства, повышает умственную и физическую работоспособность, ограничивает вегетативные расстройства и кардиоваскулярные нарушения. Препарат применяется интраназально (капли в нос), что очень удобно в амбулаторной практике. Для приготовления раствора в ампулу добавляют 10–12 капель дистиллированной или охлажденной кипяченой воды и закапывают по 1–2 капли в среднюю часть каждого носового хода с интервалом 15–20 минут. При правильном введении препарат достигает таламических ядер через 1,5–2 минуты. Стабилизирующий эффект развивается в зависимости от уровня эндогенных пептидов, в течение от 3 минут до 1,5 часов. Так как всасывание происходит слизистой носовой перегородки, попадание препарата в носоглотку ухудшает усвоение препарата.

Цереброкурин и дельталицин можно назначать в комплексе, так как они обладают взаимопотенцирующим действием и имеют разные точки приложения.

Иммуномодулирующая терапия. Иммунные нарушения, по мнению многих исследователей (Б. Римланд и др.), связаны с нейрофизиологическими отклонениями, широко распространенными у лиц с РСА, и, возможно, являясь причиной расстройств спектра аутизма.

Исследование иммунитета при психических расстройствах ранее проводилось в основном у взрослых. Сегодня общеизвестным фактом является наличие аутоиммунного звена в патогенезе шизофрении, прогрессивных форм эпилепсии и других заболеваний психики.

С целью изучения целесообразности применения психонейроиммунокоррекции было проведено исследование, целью которого было изучение особенностей иммунологии у детей с РСА. Исследование охватило 25 человек. Изучались показатели клеточного и гуморального иммунитета, функциональной активности макро- и микрофагов, аутоиммунные реакции к мозгоспецифичным антигенам. Проводился иммуноферментный анализ и полимеразная цепная реакция на антитела и ДНК возбудителей ряда нейроинфекций. Исследуемым материалом была кровь пациентов.

По сравнению с практически здоровыми детьми, были получены следующие результаты. Во всех без исключения случаях отмечался дисбаланс или недостаточность Т-клеточного звена иммунитета, снижение противовирусного иммунитета. Это проявлялось как количественным составом лимфоцитов, так и их функциональной активностью, которая, в свою очередь, была снижена в разной степени. Отмечался высокий уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и нейросенсибилизация к мозговым антигенам (общего белка миелина — ОБМ; нейронспецифической энolahзы — NSE). В случаях заболеваний

органического генеза (внутриутробное инфицирование, родовая травма, асфиксия) часто присутствовали признаки хронической персистирующей нейроинфекции, в основном за счет HHV₆- и EBV-инфекции. У 30% больных отмечалось существенно низкое содержание IgA в крови и патологическая активация В-звена иммунитета. Все вышеуказанное отражает тот факт, что у исследуемых детей сформировалось неспецифическое, приобретенное, смешанное, комбинированное, хроническое иммунодефицитное состояние. Оно носит высоко индивидуальный характер, с разной степенью проявления тех или иных признаков. Кроме того, в каждом втором случае этот иммунодефицит осложняется аутоиммунным компонентом, что, вероятно, ухудшает психиатрический прогноз заболевания.

Выше говорилось о появлении значительного количества аутоантител к фактору роста нервов (ФРН) в крови детей с РСА и корреляции этого показателя с наследственностью и клиническими характеристиками.

Нарушения иммунитета выявлялись и при других заболеваниях психики у детей. Поэтому целесообразно считать, что при РСА иммунные нарушения не являются специфическими, однако они являются свидетельством биологической процессуальности и коррелируют с клинической прогрессивностью данных расстройств. Дальнейшие исследования необходимо направить уже на поиск адекватной иммуномодулирующей терапии в комплексе с психофармакотерапией. Предварительные результаты говорят о необходимости применения иммуномодуляторов вместе с противовирусными препаратами.

По данным исследователей из США, в преclinical и клинических испытаниях метода клеточной терапии различных заболеваний, связанных с нарушением иммунитета, выявлено, что мезенхимальные стволовые клетки (МСК) нормализуют иммунные реакции. В других исследованиях было обнаружено, что гемопоэтические стволовые клетки CD34 + (ГСК), в том числе выделенные из пуповинной крови, стимулируют ангиогенез, что позволяет эффективно использовать их в случаях, когда заболевание связано с гипоперфузией (снижением кровообращения) и ишемией. Таким образом, есть основания полагать, что комбинированное применение МСК и ГСК пуповинной крови может дать хороший эффект при лечении аутизма, улучшая перфузию мозга и нормализуя иммунитет. Это подтверждается и отдельными сообщениями о результатах клеточной терапии этого заболевания, хотя клинического материала пока еще недостаточно, чтобы достоверно оценить эффективность метода.

У детей с РСА и последствиями детского церебрального паралича и другими признаками органического поражения головного мозга в комплексной терапии могут использоваться курсы биологически активных препаратов, имеющих иммуномодулирующее действие, — экстракта плаценты человека или коровы (инфламафертин[®]), которые способны восстановить нарушенный иммунобиологический гомеостаз.

С. Н. Макаренко (2008) также предлагает назначать иммуномодулятор бактериального происхождения "имудон" для восстановления функций микробиологической и иммунологической цепей системы антиинфекционной резистентности (в дозе 1–2 таблетки 4 раза в день, курсом 10 дней).

Целесообразно чередовать психофармакотерапию с курсами общеукрепляющей и реабилитационной фармакотерапии. В данные курсы входит применение следующих групп препаратов: гепатопротекторы (карсил, гепабене, эссенциале), витаминные препараты (нейровитан, неуробекс, фолиевая кислота), комплексные энзимные препараты (во-

энзим, полизим), растительные препараты (препараты гинкго-билоба и разнообразные растительные успокаивающие). Продолжительность курсов в среднем составляет один месяц на фоне основных психотропных лекарств или в перерыве между их применением.

Диетотерапия. В США и Канаде большую популярность приобрел DAN!-протокол, основой которого является диетотерапия. Аутичные дети известны своей избирательностью в еде. Большинство из них предпочитает углеводы, они имеют тенденцию употреблять одни и те же продукты. Такой рацион обычно не обеспечивает их жизненно важными витаминами и минералами, которые необходимы для нормального функционирования организма. К тому же дефицитарная желудочно-кишечная система (с признаками целиакии) не позволяет правильно преобразовывать питательные вещества и обеспечивать организм соединениями, которые работают как коферменты для многих ферментативных реакций, необходимых для нормальных процессов пищеварения, иммунитета и детоксикации. Многочисленные исследования последних десятилетий показали, что дети с РСА имеют дефицит цинка, селена, магния, молибдена, марганца, ванадия, хрома, а также витаминов С, В₆, В₁₂, А, Е, фолиевой и никотиновой кислот (обзор Чуприкова А. П. с соавторами, 2005).

Это приводит к неполному расщеплению белков казеина (молоко) и глютена (пшеница, ячмень, овес, рожь), в результате которого частично не перевариваются пептиды (цепи аминокислот) и всасываются через поврежденные или очень пористые стенки кишечника. Затем они попадают в мозг, где связываются с опиоидными рецепторами, что приводит к эйфории. Есть гипотеза, что хроническое отравление пептидами-опиатами негативно влияет на обучение, социальную интеграцию, моторику и сенсорные функции.

Желательно, чтобы ребенок с симптомами РСА получал пищу, сбалансированную по белкам, жирам и углеводам в необходимом по возрастным нормам количестве, не содержащую казеин и глютен, но сбалансированную также по витаминному и микроэлементному составу.

Таким образом, БКБГ-диета (диета без казеина и глютена) является одним из возможных способов улучшения поведения ребенка с РСА. Реагирует ли ребенок на диету, можно узнать только эмпирическим путем, не менее чем через 6-месячный срок соблюдения диеты. Сегодня широкое распространение получили специальные БКБГ-продукты (хлеб, макароны, кондитерские изделия, соевое молоко и сыр и т. д.), которые позволяют обогатить рацион человека, придерживающегося БКБГ-диеты.

Витаминотерапия. По данным профессора Бернарда Римланда из Института изучения аутизма (Сан-Диего, Калифорния), аутизм — это синдром нехватки витамина В₆. Он провел масштабное исследование (более 200 детей с расстройствами спектра аутизма), которое показало, что ввиду веских доказательств безопасности и эффективности витамина В₆ и магния при лечении лиц с расстройствами спектра аутизма, а также из-за неизбежных побочных эффектов как от кратковременного, так и от длительного применения лекарственных средств, вероятно, этот безопасный и рациональный метод следует попробовать до назначения нейролептиков и антидепрессантов. Он рекомендует применение мегадоз витамина В₆ (100–600 мг в сутки) в сочетании с магнием. Также возможно применение официальных лекарственных форм, таких как Магне-В₆, магневит и др., в терапевтических дозах в течение трех месяцев, курсами 2–3 раза в год.

В последние годы приобрела популярность витаминотерапия в виде применения метилкабаламина — одного из пяти известных в науке форм витамина В₁₂ (Neubrandner, 2005). Терапия не имеет возрастных ограничений. Метил-В₁₂ вводится подкожно в жировую ткань в дозе 64 мкг на 1 кг веса ребенка один раз в три дня. О чувствительности к данной терапии можно судить через 5 недель после ее начала. Продолжительность лечения — 2–3 года.

В целом, обобщение достигнутых результатов приводит некоторых исследователей к выводам о том, что “еще не найдена “пилюля” для лечения аутизма”, а “медикаментозное лечение аутизма сегодня является больше искусством, чем наукой”. Бурное развитие психолого-педагогической коррекции аутистических расстройств ставит перед специалистами новые вопросы: насколько совместимы фармакотерапия и обучение, какие изменения фармакологических схем необходимы для обеспечения этой совместимости, оказывает ли фармакотерапия негативное воздействие на процесс психолого-педагогической коррекции и как минимизировать это воздействие, если оно имеет место. Безусловным является то, что грамотная фармакотерапия на современном уровне способна повысить эффективность психолого-педагогической коррекции.

Одна из важнейших задач организации помощи аутичным детям — приведение взглядов различных специалистов к единому результату, который будет определять дальнейшую тактику лечения и коррекции. Кроме того, проблемой фармакотерапии аутизма остается значительное сопротивление лечению со стороны некоторых родителей, доля которых достаточно велика. Преодоление часто необоснованной предвзятости к лечению у психиатра, налаживание доверительного психотерапевтического контакта между врачом и родителями, терпеливое разъяснение безопасности контролируемой терапии является одной из первостепенных задач как самих психиатров, так и их коллег — психотерапевтов, психологов, педагогов.

Сегодня в Украине и России распространены вспомогательные методы, в частности, **физиотерапевтические**. Среди них показанными являются: магнитно-лазерная стимуляция (зон тимуса, печени, различных зон головного мозга), пневмопрессинг, электросон, фото-, электростимуляция. Т. е. с учетом сложности и разнообразия психопатологической картины РСА комплекс терапевтических и реабилитационных мероприятий может включать разнообразные аппаратные, физиотерапевтические методы воздействия на центральную нервную систему и весь организм.

В качестве примера можно привести **метод сенсорной депривации** психотерапевта В. М. Рахманова и соавторов (1981, 2009), который первоначально был разработан с целью восстановления слуха у глухих и слабослышащих детей. К авторам стали обращаться родители детей-аутистов, поскольку во многих случаях первым признаком, на который обращают внимание родители, является игнорирование ребенком обращений окружающих, что расценивается как признак снижения слуха. После всестороннего комплексного обследования состояния лор-органов и знакомства с психиатром В. М. Рахметов предлагает применять для детей-аутистов некоторые элементы психофизической и психофизиологической реабилитации больных с сенсоневральными нарушениями слуха. Суть метода заключается в многократном кратковременном использовании специальных очков, которые полностью исключают зрение (создают эффект зрительной депривации),

в течение дня. За сравнительно короткий период у детей обостряется слух, а в комплексе с психотерапией удается улучшить контактность детей с РСА.

Объяснение этому находим в результатах многочисленных экспериментальных исследований, где указывается, что взаимодействие звуковых афферентных сигналов с другими афферентными сигналами возникает в структурах ассоциативных ядер зрительных бугров. Ослабление световой афферентации снижает кортико-фугальные активирующие влияния на тормозные системы зрительных бугров и может способствовать активации таламических нейронов, воспринимающих звуковую сигнализацию, и тем самым улучшить слуховое восприятие. Импульсы от коры головного мозга могут модулировать деятельность переключающих систем таламуса, проявляя тоническое влияние на нейроны, которые воспринимают звуковую информацию и повышают ее восприятие нейронами ассоциативных ядер зрительных бугров (Рахманов В. М., Клименко Д. Н., Рахманов Р. В., 2009).

Гипербарическая оксигенация (ГБО) — лечение чистым кислородом под давлением выше атмосферного. Обычно атмосферный воздух, которым мы дышим, содержит 20,9% кислорода. При проведении ГБО ребенок и кто-либо из родителей помещаются в барокамеру, где в среде чистого кислорода повышается давление.

В США было проведено исследование, в котором приняли участие 62 аутичных ребенка в возрасте от двух до семи лет. Дети получили 40 часов лечения за период больше месяца. Часть испытуемых получала воздействие 24% кислородом при увеличенном атмосферном давлении (1,3 атм.), на другую часть детей воздействовали обычным кислородом в закрытой комнате при давлении 1,03 атм.

Оказалось, что у детей, получивших увеличенную дозу кислорода, наблюдались значительные улучшения в социальном взаимодействии с окружающими, в области когнитивного развития, они стали лучше понимать и запоминать информацию (80% детей) по сравнению с детьми в контрольной группе (38% участников).

Американские исследователи считают, что гипербарическая оксигенация может помочь детям с аутизмом уменьшить симптомы заболевания. Комиссия FDA разрешила применение процедур гипербарической оксигенации при аутических расстройствах. Благодаря этому методу улучшается насыщение кислородом тех участков мозга, которые при данном расстройстве страдают от гипоксии. Однако этого можно достичь, используя и другие физиотерапевтические процедуры, в частности, **пневмомассаж (пневмопрессинг)**.

Метод объемного пневмомассажа является фоновым, дополняющим лечение детей с РСА. Он осуществляется с применением аппаратного комплекса "Биорегулятор-004", внесенного в Государственный реестр медицинских изделий, разрешенных к применению в медицинской практике. Комплекс состоит из блока управления, силового блока, воздушного компрессора и унифицированного набора пневмоманжет, в т. ч. — пневмоманжет в виде шапки (для массажа головы).

Лечебные режимы комплекса характеризуются величиной, направленностью, продолжительностью, последовательностью и скоростью распространения "набегающих волн" в последовательно заполняемых сжатым воздухом секциях пневмоманжеты, размещенной на теле пациента (у ребенка — живот, спина, голова, у подростка — рука, нога, плечевой пояс, голова). Лечебный эффект достигается за счет механического сжатия тканей, растяжения кожных покровов пациента.

Физиологическое действие пневмомассажа многообразно и обусловлено нервно-рефлекторными реакциями и непосредственным механическим воздействием на ткани и органы. Оно влияет на экстерорецепторы (болевые, термические, барорецепторы), проприорецепторы мышц, сухожилий, интерорецепторы внутренних органов, активно стимулирует микроциркуляцию в органах и тканях, ускоряет лимфодренаж, улучшает проводимость, регенерацию нервов. С улучшением кровообращения увеличивается поступление кислорода, питательных веществ в ткани, нормализуются кислотно-восстановительные процессы.

В зависимости от силы давления и продолжительности воздействия улучшается функциональное состояние коры головного мозга, уменьшается нервное возбуждение, усиливаются процессы торможения в коре, в связи с чем примерно на третьем сеансе у детей отмечается релаксация, сонливость, повышается концентрация внимания и улучшается память.

Пневмомассаж, являясь неспецифическим оздоравливающим средством в комплексной терапии психоневрологических расстройств, может дополнять психонейрофармакотерапию, психотерапию и другие физиотерапевтические методы.

Обнаружены также коморбидные с детским аутизмом состояния, при которых пневмомассаж может дать положительный результат. Это прежде всего синдром дефицита внимания и гиперактивности. В большинстве случаев уже после третьего сеанса отмечалось некоторое двигательное успокоение, увеличивался объем внимания, появлялась усидчивость. У детей школьного возраста выполнение домашних заданий становилось успешным, а поведение в школе — упорядоченным.

При сочетании расстройств спектра аутизма с умственной отсталостью, последствиями перинатального органического поражения головного мозга (типа ДЦП) и эпилепсией применение пневмомассажа также влияет положительно. В частности, снижалась судорожная готовность, становилось возможным уменьшить дозы противосудорожных препаратов.

Общее количество процедур желательно проводить в пределах 10–12. Повторные курсы можно проводить ежеквартально или каждые 6 месяцев.

Электростимуляция применяется при РСА в различных формах и с разной терапевтической целью. А. А. Педак (2010) наряду с медикаментозной терапией при РСА предлагает применять дарсонвализацию правого скальпа. Процедура проводится в течение 20 минут, количество процедур — 10–14.

Ю. Данилов на психофизиологическом конгрессе в Санкт-Петербурге в 2009 году заявил об опыте стимуляции языка у детей с аутизмом в США с помощью многокомпонентного электрода. Позитронно-эмиссионная томография показала выборочную активацию подкорковых зон мозга, которые раньше были заторможены.

Микрополяризация мозга. Одним из популярных в странах СНГ физиотерапевтическим методом лечения аутизма является транскраниальная электростимуляция постоянным током малой силы (transcranial direct current stimulation — tDCS), или микрополяризация по Н. П. Бехтеревой. Сила тока при этом не превышает 1 мА, электроды располагаются на скальпе, над фронтальной, моторной, височной и других областях. В основе применения метода лежат представления А. А. Ухтомского (1925) о доминанте, исследования Р. С. Русинова (1969), посвященные формированию поляризационной доминанты. Долгие

годы (с 50-х годов XX столетия) в детской психиатрии применялся и применяется до сих пор электросон, в котором сочетаются модулированный электроток и постоянная составляющая. Последняя является основой микрополяризации с учетом уменьшения силы тока. Толчком к более широкому применению микрополяризации явились исследования на взрослых людях Г. Ф. Вартаняна и соавторов (1981) и, наконец, обширные публикации А. М. Шемякина и соавторов о применении микрополяризации при разных заболеваниях мозга и нарушениях поведения у детей (1997–2008). А. С. Чутко с соавторами проводили терапию у 57 детей с гиперактивностью и получили существенное снижение импульсивности, гиперактивности, повышение уровня внимания у 77,2% детей. При этом эффективность микрополяризации была выше, чем эффективность традиционной психофармакотерапии в контрольной группе. В Украине микрополяризация исследовалась учеными Харькова по инициативе Т. М. Воробьевой в эксперименте и в качестве дополнительного лечебно-реабилитационного средства при нервно-психических заболеваниях (Букреев В. И., Шеверева В. М., 1984; Букреев В. И., 1985; Воробьева В. М., Шеверева В. М., 1990; Воробьева Т. М., Бакуменко Л. П. и др., 1991; Колядко С. П., 1997, 2012). Особенностью нашего использования микрополяризации при аутизме (Chuprikov A., Chuprikova E., 2013) являются учет локализации и латерализации электродов на скальпе, а также возможность включения в области стимуляции языка ребенка. Стимуляция осуществляется с помощью лицензированного в Украине аппарата МИТ-ЭФ2. Нами микрополяризация включена в комплексную терапию аутизма как дополнительный компонент.

Магнитная и лазерная стимуляция. М. Casanova (2010) предполагает, что транскраниальное магнитное стимулирование (TMS) способно “стряхнуть лишнее магнитное поле в коре”, укрепив изоляцию вокруг миниколонок, что может знаменовать настоящий прорыв в терапии расстройств спектра аутизма. Это лечение (по предшествующим исследованиям) имеет минимальный побочный эффект, поскольку не вызывает изменения личности. TMS уже оказалось в определенной степени эффективным в лечении психических болезней, например, шизофрении и депрессии. В отечественной и российской научной среде лазерная и магнитно-лазерная стимуляция получили название “квантовая терапия”. В методических рекомендациях МЗ России (Казанцева Л. З., Ильин Л. Б. и др., 2004) указывается на целесообразность применения лазерной стимуляции биологически активных зон тела при синдроме Ретта, синдроме ломкой X-хромосомы и формах генетически обусловленной психической патологии. Проведение лазеротерапии приводило к увеличению объема памяти и внимания, усилению работоспособности, ускорению темпов психического развития, коррекции поведенческих нарушений. МЗ Украины разрешило применение магнитно-лазерной стимуляции у детей с отклонениями в психическом развитии (А. П. Чуприков и соавторы, 2003).

О рассогласованности функциональных систем организма детей, больных РСА, каждому детскому психоневрологу известно давно, однако попыток оздоровления через восстановление психосоматических и соматопсихических взаимоотношений мало. Профессор В. И. Кабачный уже не менее 15 лет использует для этой цели систему “Гелиоплант”, целью которой является санирование организма и восстановление его защитных сил. Каждому пациенту создается лишь ему отвечающий набор лекарственных средств в рамках низких разведений. Стандартизация их для той или другой нозологии невозможна. Таким образом, лечение пациентов строго индивидуализировано (Kabatschniy V. I., Tschuprikov A. P.,

Majorow O. J., 2010). Среди них небольшую группу составляют дети-аутисты. Его метод востребован за рубежом.

Таким образом, в этой главе был сделан обзор всех средств медико-биологической коррекции аутизма, известных в настоящее время. Картина получилась довольно пестрая, и к тому же она не может быть полной, поскольку постоянно появляются и становятся известными все новые и новые результаты научных и родительских поисков путей "преодоления аутизма". Современные научные знания о расстройствах спектра аутизма не дают нам надежду на то, что когда-нибудь будет найден один 100% эффективный способ терапии, поскольку эти расстройства полиэтиологичны и имеют разнообразную клиническую картину. На практике думающий и неравнодушный врач, вооруженный современными знаниями, в партнерстве с членами семьи ребенка часто "на ощупь" ищет путь эффективной медикаментозной терапии, цель которой — помочь ребенку развиваться. Таково состояние вещей в настоящее время. Надеемся, что в следующих изданиях этой книги читателям будет представлена более упорядоченная система терапевтических мер.

Глава 10. Синдром умственной отсталости и аутизма, сцепленные с ломкой хромосомой X.

Выявление и лечение

Синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X (синдром FXS, синдром Мартина-Белл), — это сцепленное с полом наследственное заболевание, характеризующееся умственной отсталостью, определенными фенотипическими особенностями и нарушениями аутистического спектра. Синдром FXS — наиболее часто встречающаяся наследуемая форма умственной отсталости и аутизма. Интерес к этому заболеванию значительно возрос в последнее время, что связано с его широкой распространенностью, возможностью предотвратить рождение больных детей с помощью пренатальной диагностики и, главное, появившейся надеждой на терапию.

Первое описание синдрома. Синдром был впервые описан в 1943 году Мартином и Белл в семье, в которой с большим постоянством встречались случаи сцепленной с полом умственной отсталости и характерные фенотипические проявления. В 1969 году Лабс (H. Lubs, 1969) обнаружил хромосомный маркер на длинном плече хромосомы X — пробыл в субтеломерном участке (в зоне Xq27.3), что и дало название синдрому: “Синдром ломкой X-хромосомы”. Verkerketal в 1991 году картировали участок ДНК, который является геном синдрома ломкой X-хромосомы, названным *FMR1* (Fragile X Mental Retardation-1). Он содержит необычные последовательности тринуклеотидных CGG-повторов (цитозин-гуанин-гуанин), причем было установлено, что количество повторов от 6 до 52 встречается в норме; от 53 до 200 является премутацией. При числе повторов свыше 200 происходит гиперметилирование промотора и транскрипция гена *FMR1* практически прекращается. Продукт гена *FMR1* белок FMRP (fragile X mental retardation protein) более всего представлен в дендритных шипиках, цитоплазме и эндоплазматическом ретикулуме. Он является РНК-связывающим и транспортным белком, регулирующим трансляцию многих посредников, важных для синаптической пластичности. В норме белок FMRP ингибирует трансляцию этих посредников и, следовательно, его отсутствие приводит к их увеличению. FMRP — ингибитор метаботропного глутаматергического рецептора, отвечающего за долговременную депрессию. Отсутствие белка приводит к ее увеличению и ослаблению синаптических контактов и даже синаптической элиминации, что и приводит к специфическому поведенческому фенотипу: выраженной гиперактивности с нарушением внимания, эмоциональным проблемам, высокому уровню тревожности, значительным трудностям и социального взаимодействия, и гиперчувствительности к сенсорным стимулам. Пациенты испытывают значительные трудности в планировании, переключении внимания, у них нарушена зрительная-пространственная координация. Интеллект значительно снижен: у большинства пациентов мужского пола IQ не выше 50, у представительниц женского

пола интеллект выше, так как у них наряду с хромосомой X, содержащей мутантный ген, имеется нормальная копия хромосомы X, но они испытывают значительные трудности в решении математических задач. Как было показано на моделях животных, отсутствие этого белка приводит к недоразвитию дендритных шипиков и нарушению их структуры. Такие же нарушения были обнаружены и при морфологическом исследовании мозга умерших больных с этим синдромом. Для данного синдрома характерен феномен антиципации — накопления в последующих поколениях больных с полным фенотипом.

Распространенность заболевания. По частоте встречаемости среди форм X-сцепленной олигофрении синдром FXS распространен наиболее широко и уступает лишь синдрому Дауна, встречаясь у 6–10% мальчиков с выраженной умственной отсталостью. Считается, что частота составляет 1 на 2500 в общей популяции, причем 30–50% гетерозиготных носительниц также имеют умственную отсталость, как правило, более легкую, чем у мужчин. Умственная отсталость у них выражена в меньшей степени, а ведущими являются поведенческие и личностные особенности. У них описываются аффективные нарушения, эмоциональная лабильность, трудности глазного контакта, сложности в усвоении школьной программы, они испытывают значительные затруднения в числовых операциях (Freund & Reiss, 1991; Mazzocco et al., 1992, 1993).

Пациенты с премутацией синдрома FXS, когда количество CGG-повторов находится в границах от 55 до 200, в 10–20% случаев имеют интеллектуальные нарушения или аутизм. При премутации от 2-х до 8 раз увеличивается уровень мРНК гена *FMR1*, которая является токсичной, накапливается в нервных клетках в виде включений и разрушает их. Это ассоциируется с трудностями школьного обучения, гиперактивностью с дефицитом внимания, эмоциональными нарушениями, такими как высокая социальная тревожность и депрессия. Эти нарушения встречаются в среднем у 30% лиц с премутацией. У 20% лиц с премутацией в старшем возрасте возникают неврологические проблемы, такие как синдром тремора и атаксии ассоциированного с ломкой хромосомой X (FXS/AT) (Hagerman R. et al., 2004). В этих случаях на МРТ обнаруживаются признаки корковой атрофии и нарушения белого вещества. Частота этого состояния крайне высока и достигает в общей популяции до 1:250 среди женщин и до 1:800 среди мужчин.

Диагностика заболевания основывается исключительно на определении количества повторов в промоторе гена *FMR1*. Наличие у лица женского пола премутации является указанием на то, что у ее будущих детей крайне высок риск синдрома FXS. Это самый эффективный путь первичной профилактики заболевания. Цитогенетический анализ в настоящее время не используется из-за большого числа как ложноположительных, так и ложноотрицательных ответов.

Клинико-психологическая картина синдрома включает особенности фенотипа, нарушение когнитивного развития, поведенческие, эмоционально-личностные и коммуникативные расстройства. 15% детей с этим синдромом удовлетворяют критериям для постановки диагноза аутизм, а 90% имеют расстройства аутистического спектра, в большинстве случаев имеются признаки дефицита внимания и гиперактивности.

Клинический фенотип при синдроме FXS имеет весьма специфический профиль, который является одним из критериев в дифференциальной диагностике, однако проявляется он в пубертатном возрасте, тогда как в раннем дошкольном и младшем школьном возрасте на первый план выступают когнитивно-поведенческие проблемы в виде

задержки психического развития или психического недоразвития и специфического поведенческого паттерна нарушений. Поэтому очень часто постановка верного диагноза происходит ближе к 10 годам, а значит, и время раннего медико-психолого-педагогического вмешательства упущено.

К классическому лицевому фенотипу при синдроме FXS относят следующие черты: удлиненное лицо, большие, оттопыренные ушные раковины, выступающий лоб, загнутый кончик носа, высокое арочное небо. Часто отмечают страбизм и астигматизм. Макроорхизм наблюдается более чем в 80% случаев после 14 лет (данный параметр также имеет для клиницистов диагностическое значение). Еще одна группа фенотипических особенностей связана с соединительно-тканными нарушениями: сухая растяжимая кожа, гипермобильность суставов, сколиоз, пролапс митрального клапана.

Когнитивное развитие. Степень когнитивных нарушений при синдроме ломкой хромосомой X варьируется от нормального интеллекта с наличием трудностей школьного обучения (редкие описанные случаи) до выраженной умственной отсталости (в среднем коэффициент IQ не превышает 50 ед.). По данным многочисленных исследований, степень общего недоразвития зависит от количества вырабатываемого белка FMRP. С возрастом, по данным ряда авторов, возникает тенденция к снижению IQ, которое можно было бы расценивать как проявление нейродегенеративных процессов. Однако длительное лонгитюдное исследование с использованием теста Векслера продемонстрировало снижение IQ за счет низкого темпа психического развития у детей с FXS в сравнении с возрастной нормой (примерно в 2 раза ниже). Поэтому с возрастом наблюдается более выраженная картина отставания в психическом развитии в сравнении с нормой. Кроме того, было показано, что низкий темп развития характерен больше для невербальных показателей интеллекта, таких как зрительно-пространственные функции, мыслительные операции. Относительно более высокий темп развития характерен для вербального компонента интеллекта (накопление и закрепление общих знаний, увеличение объема экспрессивного словаря) и адаптивно-бытовых навыков. Данное положение подтверждается известным на сегодняшний день патогенезом заболевания, связанным с ослаблением синаптических контактов. Поэтому для овладения и закрепления новых знаний детьми при синдроме FXS необходимо неоднократное прохождение материала, а также частое применение усвоенных знаний и умений.

Помимо общего недоразвития когнитивной сферы выделяют сильные и слабые стороны отдельных сфер. Согласно имеющимся данным, для детей с синдромом FXS в наибольшей степени характерно отставание в развитии сукцессивного способа обработки информации, дефицит слуховой и зрительно-пространственной рабочей памяти, трудности удержания внимания, нарушение исполнительного контроля деятельности, в первую очередь подавления нерелевантных ответов (Ornsteinetal, 2008). Другая сфера когнитивных нарушений связана с нарушениями зрительно-пространственной сферы, что проявляется в трудностях восприятия и понимания пространственных отношений между предметами, снижении конструктивных способностей. При выполнении заданий на конструктивный праксис практически все дети с FXS вне зависимости от возраста обнаруживают полную несостоятельность, даже при оказании помощи в виде наглядного показа и совместного выполнения, что свидетельствует о значительном недоразвитии у них пространственных представлений.

Относительно сохранными являются стратегии симультанной целостной обработки информации и долговременная память.

Речевое развитие. Особенности когнитивного, коммуникативного, эмоционально-личностного, моторного развития детей с синдромом FXS определяют спектр нарушений речевой сферы. Раннее речевое развитие ребенка происходит с существенной задержкой. Пассивный и активный словарный запас обогащаются медленно, наблюдаются трудности усвоения морфологии и синтаксиса языка. Вместе с тем, следует отметить, что развитие пассивного и активного словаря детей с FXS соответствует аналогичным показателям типично развивающихся испытуемых, уравненных с ними по уровню развития ментальных способностей. К речевым нарушениям при FXS относят пропуски и ошибки замещения в произношении; темп речи часто описывается как быстрый или дисритмичный, также отмечаются речевые персеверации, стереотипные или заученные фразы, эхолалия и несоответствующие или отклоняющиеся от темы высказывания. Некоторые исследователи связывают нарушения в темпе и просодике с проблемами, возникающими на высшем уровне моторного кодирования и планирования. Другие исследователи склоняются к версии, что одной из возможных причин возникновения речевых персевераций в форме повторения собственных слов является специфическая стратегия поддержания беседы, которая возникает в связи с трудностями слухового восприятия, вербальной памяти и низкой концентрацией внимания. Иными словами, речевые персеверации могут являться своеобразной паузой в разговоре, в течение которой можно найти нужный ответ. По-видимому, это обусловлено не столько когнитивным дефицитом, сколько повышенной чувствительностью к социальному контакту.

Более выраженные трудности касаются прагматической стороны речи, а также возможностей передачи всех смысловых деталей, необходимых собеседнику для понимания контекста обсуждения. Дети с синдромом FXS испытывают существенные трудности при овладении чтением, частично компенсируя дефицит слогового чтения возможностями узнавания слова на письме как целого (Finestack, 2009).

Сенсомоторное развитие. Двигательное развитие детей с синдромом FXS происходит с задержкой. В дошкольном и школьном возрасте на первый план выходит общая неуклюжесть детей, снижение мышечного тонуса, нарушение функции равновесия, низкий уровень развития зрительно-моторной координации, нарушения мелкой моторики, специфический характер двигательных стереотипий. Обнаруживается значимая корреляция между уровнем развития зрительно-моторной координации и речевым развитием. Характерной проблемой детей с данным заболеванием является также повышенная чувствительность к сенсорным воздействиям, трудности удержания, переработки и интеграции информации, полученной по различным сенсорным каналам, нарушение организации действия в зависимости от условий среды.

Особое значение для коррекции нарушений этой сферы приобретают методики, основной мишенью которых является сенсорная и сенсомоторная интеграция (Schaaf, 2005). Речь идет о занятиях, направленных на выстраивание у ребенка нормативных способов восприятия и действия в окружающем пространстве. Работа в этом направлении позволяет снизить остроту многих поведенческих симптомов, создать базу для когнитивного развития ребенка.

Эмоционально-личностное развитие и нарушения поведения. Дети с синдромом FXS обладают очень высоким уровнем социальной тревожности, что во многом определяет характер их взаимоотношения с миром (Abbeduto & Chapman, 2005). Характерным является уплощение эмоциональной сферы, нарушение развития сложных, амбивалентных эмоций, понимания эмоционального состояния других людей, выражения своих эмоций. Хотя многие дети с FXS довольно общительны, они боятся вступать в контакт, так как возможности инициации и установления социальных отношений чаще всего достаточно ограничены, поэтому дети избегают контакта с другими людьми (Dykens et al., 2000).

Несмотря на то, что синдром FXS является наиболее частой причиной аутизма (2–11% от общего числа пациентов с аутизмом имеют этот синдром), лишь у немногих детей с FXS можно наблюдать развернутую картину аутизма. У большинства присутствуют только аутистические черты в виде трудностей удержания глазного контакта, эхолалий, речевых и моторных персевераций, аутоагрессии, импульсивности и гиперактивности.

Психопатологические нарушения у больных с FXS варьируют от симптомов простой олигофрении до детской шизофрении, со спонтанно возникающим эпизодически тревожно-депрессивным состоянием и бредоподобным фантазированием (Денисова, 1984). У большинства больных отмечается относительная сохранность реакции на ситуационные факторы. Даже при глубокой умственной отсталости можно нередко наблюдать довольно стойкие и глубокие привязанности (Денисова, 1984).

ЭЭГ пациентов с синдромом FXS

У подавляющего большинства детей с синдромом FXS регистрируется определенный паттерн в виде доминирования высокоамплитудного (до 150 мкВ) тета-ритма частотой 5–8 Гц в теменно-центральных и лобно-центральных зонах коры (Н. Л. Горбачевская и др., 1983). Этот ритм сохраняется при зрительном внимании и депрессируется при моторных пробах. На это основывается его можно расценить как медленный сенсомоторный ритм (МСР), исходя из его локализации и функциональной реактивности (Н. Л. Горбачевская и др., 1996). Этот ритм более всего выражен во время спокойного бодрствования с закрытыми глазами и при ГВ-пробе.

Альфа-ритм больных с синдромом FXS, как правило, не регистрируется, альфа-активность представлена отдельными колебаниями, ее индекс не превышает 10–15%. Отмечается повышенный уровень бета-активности, преимущественно бета-2 диапазона частот. Сравнение с возрастной нормой показывает достоверное увеличение тета-активности в теменно-центральных зонах коры, бета-2 активности и дефицита альфа-ритма.

После наступления периода полового созревания происходят существенные изменения в характере ЭЭГ: к 20 годам высокоамплитудный тета-ритм, как правило, элиминируется и тип ЭЭГ из гиперсинхронного превращается в низкоамплитудный с отсутствием альфа-ритма. При этом исследование относительных значений спектральной плотности показывает повышенный индекс тета-активности в теменно-центральных зонах коры при сохраняющемся дефиците альфа-ритма (Н. Л. Горбачевская, Л. В. Денисова, 1997).

Эпилептическая активность. Часть больных (до 20%) имеет в анамнезе эпилептические приступы, чаще эпизодические, единичные, в том числе на фоне фебрильных состояний, которые большинством авторов расцениваются как доброкачественные, со спонтанной ремиссией. Клинические эпилептические проявления чаще всего выражены в

возрасте 4–7 лет. Иногда в этот период могут наблюдаться эпи-статусы. Эпилептиформная активность у пациентов с FXS в среднем отмечается в 10–20% случаев.

Патогенетическая терапия при FXS

Фенотип при FXS формируется под влиянием избыточного возбуждения метаболитных глутаматных рецепторов (mGluR5). **Патогенетически обоснованным подходом** к лечению пациентов с FXS является применение препаратов, избирательно действующих на данные рецепторы (Bear M. F., 2004). В настоящее время изучается несколько антагонистов метаболитных глутаматных рецепторов, действие этих препаратов сфокусировано на коррекции клинических симптомов — тревожных расстройств, гиперактивности и судорожных пароксизмов (Slasi A., 2005). Имеются данные по применению у пациентов с FXS препарата фенобам, изначально синтезированного как анксиолитик и впоследствии обнаружившего свойства антагониста mGlu5-рецепторов (Porter R. H., 2005). На фоне применения Фенобама у пациентов с FXS было описано снижение тревожности. Препараты лития влияют на регуляцию сигнального пути фосфолипазы C через ингибирование обмена инозитол-фосфата и изменение ферментной активности фосфолипазы C (Larsen G. A., 2004). Поскольку этот сигнальный путь используется mGlu-рецепторами для активации дендритной трансляции, литий теоретически может уменьшать избыточный синтез протеина при FXS. Berry-Kravis с соавторами на материале пациентов мужского пола получили данные о значительном улучшении поведения, адаптации и памяти в среднем через 2 месяца после начала лечения литием.

Специфические изменения в нейротрансмиссии ГАМК были найдены у большинства пациентов с FXS. Исходя из этого, исследователями был предложен препарат баклофен, действие которого опосредовано метаболитными рецепторами гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), которая является основным тормозным медиатором в ЦНС. Кроме того, баклофен ингибирует нейрональный пресинаптический выброс глутамата, что, в свою очередь, уменьшает избыточное возбуждение mGlu5-рецепторов (Henry J. L., 1982; Fattore L., 2002). Уже получены доказательства эффективности баклофена в улучшении социального функционирования пациентов с FXS (Hagerman R. J., 2012). Исследователи сообщают, что в настоящее время многие пациенты детского возраста с FXS применяют баклофен для коррекции поведенческих расстройств. Еще в 80-е годы на основании того, что феномен “ломкости” хромосомы X проявляется при дефиците фолатов, исследовалось применение фолиевой кислоты для лечения: первые исследования были проведены в 1983 г. и последние в 1991–1992 гг. Большинство исследований были проведены в США, часть — в Канаде и Европе (Brown W. T., 1984). Почти все пациенты были мужского пола. Однако значительная часть исследований не показала существенных различий между основными группами и плацебо; только одно исследование выявило увеличение среднего IQ в подгруппе из 8 пациентов (Hagerman R. J., 2006).

Многие исследователи утверждают, что большинство поведенческих проблем у пациентов с FXS являются вторичными по отношению к симптому гиперактивности в ответ на сенсорные стимулы (Tsiouris J. A., 2004). Поэтому работа с социальным окружением пациента, сфокусированная на увеличении комфорта в его взаимодействии с другими людьми, является одним из необходимых дополнений к фармакологическому лечению (Cornish K., Turk J. & Hagerman R., 2008).

Дальнейшие исследования действия антагонистов метаботропных глутаматных рецепторов и баклофена потенциально могут стать основанием для нового направления в фармакологической терапии у пациентов с синдромом умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X (FXS), через патогенетически обоснованное, направленное действие на ряд психиатрических и неврологических симптомов при минимальном развитии побочных эффектов (Reiss A., Hall S. S., 2007).

Глава 11. Аутический эпилептиформный регресс и его лечение

В 1997 году Tuchman & Rapin описали особую форму аутического расстройства — аутический эпилептиформный регресс (АЭР), представляющий собой развитие тяжелых коммуникативных нарушений у детей в результате постоянной продолженной эпилептиформной активности на ЭЭГ. В 2007 году R. Tuchman применил термин “дезинтегративный аутизм”, подчеркивая тем самым особую роль дезинтегративных механизмов (т. е. патологии развития) в формировании АЭР.

В основе заболевания лежит сочетание двух факторов: врожденного нарушения созревания головного мозга и наличие специфической эпилептиформной активности на ЭЭГ — доброкачественных эпилептиформных паттернов детства (ДЭПД) (К. Ю. Мухин, 2011).

Концепция врожденного нарушения созревания головного мозга (hereditary impairment of brain maturation) была впервые представлена Германом Доозе в 1989 году [Doose & Baier, 1989]. Согласно этой концепции, у ряда пациентов имеется генетически детерминированное нарушение созревания головного мозга во внутриутробном периоде, и различные эндогенные и экзогенные факторы могут способствовать врожденному нарушению процессов созревания головного мозга внутриутробно (Doose & Baier, 1989).

Появление эпилептиформной активности типа ДЭПД происходит, как правило, в определенном возрастном периоде — от 3 до 6 лет. Doose и соавт. (2000) показали, что ДЭПД на ЭЭГ являются генетически детерминированным эпилептиформным феноменом с аутосомно-доминантным типом наследования, низкой пенетрантностью и вариабельной экспрессивностью гена. Данная эпилептиформная активность в большинстве случаев не связана со структурным органическим повреждением головного мозга, имеет возраст-зависимый характер и, по мере роста ребенка и созревания головного мозга, отмечается полное блокирование ДЭПД с наступлением подросткового возраста (К. Ю. Мухин, 2004). Однако, несмотря на термин “доброкачественная”, данная эпилептиформная активность у ряда детей может оказывать патологическое воздействие на высшие психические функции.

Врожденное нарушение созревания головного мозга в виде патологии формирования коммуникативных навыков в сочетании с постоянной продолженной эпилептиформной активностью на ЭЭГ представляют собой основные звенья в развитии аутического эпилептиформного регресса. По мнению К. Ю. Мухина (2011), ведущая роль в развитии АЭР принадлежит врожденному нарушению процессов созревания головного мозга. Подтверждением этой гипотезы является наличие максимального терапевтического эффекта в отношении блокирования эпилептиформной активности, улучшения когнитивных и поведенческих функций на фоне проведения терапии стероидными гормонами, ускоряющими процессы созревания, в отличие от частичного положительного эффекта на фоне приема антиэпилептических препаратов (АЭП) (К. Ю. Мухин, 2011, Buzatu и соавт., 2009)

В большинстве случаев дети с АЭР имеют нормальное раннее психоречевое развитие. Дебютирует заболевание в возрасте 18–24 мес. (в среднем 21 месяц) (Tuchman & Rapin, 1997). Одним из первых симптомов в клинической картине возникают нарушения словесного понимания, затем нарушается социальное взаимодействие, пропадает интерес к игрушкам и ролевым играм, позднее присоединяются двигательные стереотипии, нарушения пищевого поведения. Ребенок не способен участвовать в коллективных действиях. Отмечается страх новизны любой перемены в окружающей обстановке. Нередко выявляется гиперактивность, агрессия, в том числе и аутоагрессия (Л. Р. Зенков, 2007). В редких случаях возможно присоединение эпилептических приступов. Средний дебют эпилептических приступов при АЭР составляет 13 месяцев (Duarte и соавт. 2007). Характерны редкие фокальные моторные приступы и вторично-генерализованные судорожные приступы во сне. В бодрствовании могут отмечаться псевдогенерализованные приступы по типу негативного миоклонуса, атипичных абсансов (К. Ю. Мухин, 2011). Следует подчеркнуть, что у большинства больных АЭР эпилептические приступы прекращаются на фоне антиэпилептических препаратов или самостоятельно исчезают с наступлением подросткового возраста (Tuchman, 2007; К. Ю. Мухин, 2011).

На ЭЭГ при АЭР в большинстве случаев характер эпилептиформной активности соответствует доброкачественным эпилептиформным паттернам детства (ДЭПД). ДЭПД имеют специфическую морфологию — напоминают зубцы QRS на ЭКГ, представляя собой высокоамплитудный пятиточечный электрический диполь (К. Ю. Мухин, 2004; Doose, 2003). Типично наличие региональной, мультирегиональной эпилептиформной активности типа ДЭПД или коротких, диффузных, различной степени синхронизации эпилептиформных изменений. В ряде случаев эпилептиформная активность в бодрствовании не выявляется (Tuchman & Rapin, 1997). Во сне отмечается резкое нарастание индекса эпилептиформной активности типа ДЭПД, в большинстве в виде мультирегиональных эпилептиформных изменений высоким индексом представленности (К. Ю. Мухин и соавт, 2005). Формирование “электрического эпилептического статуса в ФМС при АЭР наблюдается редко (Tuchman, 2007). Характерна локализация эпилептиформной активности при АЭР — в лобно-височных и центрально-височных областях (Duarte и соавт., 2007), битемпорально (Tuchman, 2007), а также в затылочных отделах (Nass и соавт., 1998).

При проведении нейровизуализации при АЭР характерно отсутствие локальных структурных изменений в головном мозге, возможно выявление диффузных атрофических изменений, вызванных перинатальным гипоксически-ишемическим поражением.

В практике врача диагностика АЭР может быть чрезвычайно сложной. Известно, что до 30% детей с аутизмом без эпилептических приступов имеют на ЭЭГ эпилептиформные изменения (Kagan-Kushnir T. и соавт., 2005). С другой стороны, эпилептиформная активность типа ДЭПД, лежащая в основе развития АЭР, имеет генетически детерминированный характер и встречается в общей популяции здоровых детей в 1,4–5% случаев (Ноговицын В. Ю. и соавт., 2004; Savazzuti G. B. и соавт., 1980; Doose H., 1989). В случае обнаружения эпилептиформной активности на ЭЭГ у пациентов с аутизмом перед врачом возникает два вопроса: оказывает ли данная эпилептиформная активность влияние на развитие или усугубление аутических симптомов или данная эпилептиформная активность у ребенка с аутизмом является генетически детерминированным ЭЭГ-маркером незрелости головного мозга? Ответы на эти вопросы радикально меняют терапевтические подходы. В первом

случае назначение антиэпилептического лечения крайне важно с целью блокирования постоянной продолженной эпилептиформной активности на ЭЭГ и, тем самым, опосредованного достижения улучшения коммуникативных и поведенческих функций ребенка (Л. Р. Зенков, 2004; К. Ю. Мухин и соавт., 2005; Duarte и соавт., 2007). Тогда как во втором случае назначение антиэпилептических препаратов бессмысленно в связи с отсутствием причинно-следственной связи между клиникой и картиной ЭЭГ. В случае обнаружения у ребенка с аутизмом без эпилептических приступов эпилептиформной активности на ЭЭГ типа ДЭПД врач должен уточнить семейный анамнез пробанда, провести тщательный неврологический осмотр и видео-ЭЭГ мониторинг сна. При доказанном отсутствии эпилептических приступов и отсутствии неврологических нарушений врач должен наблюдать за пациентом, периодически проводя ЭЭГ исследование со сном, но не ставить диагноз аутистический эпилептиформный регресс или эпилепсия и не назначать лечение. Требуется динамическое наблюдение за психическим состоянием ребенка, его неврологическим статусом, проведение в динамике видео-ЭЭГ мониторинга с обязательным включением сна. Однако при нарастании психических нарушений в сочетании с увеличением индекса эпилептиформной активности (до 85–100%) и/или развитии эпилептических приступов при наблюдении в динамике следует назначать антиэпилептическую терапию.

АЭР следует дифференцировать с широким спектром различных эпилептических синдромов, сочетающихся с аутистическими симптомами. В первую очередь с группой эпилептических энцефалопатий детского возраста (эпилепсия с электрическим эпилептическим статусом в фазу медленного сна (ФМС), приобретенная эпилептическая афазия (синдром Ландау-Клеффнера), дебютирующие в возрасте 3–6 лет, которые сопровождаются развитием речевых нарушений, нарушениями поведения, в том числе с возможными коммуникативными расстройствами. В большинстве случаев отмечается присоединение эпилептических приступов, и в 100% случаев на ЭЭГ выявляется продолженная региональная и диффузная эпилептиформная активность типа ДЭПД с резким нарастанием индекса в фазу медленного сна (ФМС), занимающие индекс более 85% на пролонгированных эпохах записи (В. А. Карлов, 2010; К. Ю. Мухин, 2011).

Симптоматические фокальные эпилепсии (обычно височной или лобной локализации) с дебютом в младенческом возрасте также могут быть причиной развития аутистических симптомов. Имеются сообщения о детях с опухолью височной доли, гиппокампальным склерозом, фокальной корковой дисплазией (ФКД), у которых возникновение поведенческого регресса аутистического типа коррелировало с началом или ухудшением течения эпилептических приступов и со значительным улучшением поведения на фоне контроля за приступами (Hoop A. H. Jr. и соавт., 1992; Deonna & Roulet-Perez, 2011). В случаях фармако-резистентных форм фокальной эпилепсии проводилось нейрохирургическое лечение в большинстве своем с хорошим терапевтическим эффектом как в отношении приступов, так и в отношении поведенческих расстройств (Danielsson S. и соавт., 2009).

Кроме этого, возможно развитие симптомов аутизма у пациентов с синдромом инфантильных спазмов (синдром Веста) (Taft L. & Cohen H., 1971). У 46% детей с инфантильными спазмами в анамнезе отмечается формирование симптомов аутизма с трудностями обучения (Saemundsen E. и соавт., 2007). Описаны случаи сочетания синдрома Веста и аутистического поведения, ассоциированные с мутациями ARX гена (Aristaless Related Homeobox gene) (Turner G. и соавт., 2002). Предполагается, что главной причиной

появления аутистических признаков является постоянная эпилептиформная активность на ЭЭГ (гипсаритмия), представляющая собой своего рода “когнитивный эпилептический статус” (Deonna & Roulet-Perez, 2011). Наличие постоянной эпилептиформной активности приводит к дисфункции зрительных зон коры головного мозга, что, в свою очередь, может нарушать зрительный гнозис, являющийся существенным фактором эмоционального развития детей раннего возраста (Riikonen, 1996; Nass и соавт., 1998).

Следует помнить, что имеются наследственные синдромы, сопровождающие аутистическими симптомами. Увеличивается количество верификации хромосомных синдромов (таких как, например, синдром хрупкой Х хромосомы, синдром Ретта, синдром Ангельмана, синдром дупликации 15q11-q1, синдром Смит-Магенис) и прогрессирующих наследственных болезней метаболизма, которые часто имеют сочетание картины эпилепсии и аутизма (Gurrieri F. и соавт., 1999; Scheffer G. A. и соавт., 2008; К. Ю. Мухин, 2011). При туберозном склерозе, являющимся наследственным аутосомно-доминантным заболеванием, возникают кортикальные туберсы, которые могут вовлекать определенные структуры, принадлежащие “социальному мозгу” (особенно при локализации туберсов в височной доле) и стать причиной развития аутистических симптомов (Bolton P. F. и соавт., 2002; Adolph R., 2009).

Дифференциальная диагностика АЭР проводится с “истинным” аутизмом — синдромами Каннера и Аспергера, которые также дебютируют в раннем детском возрасте, и ключевым дифференциально-диагностическим критерием является наличие при АЭР продолженной эпилептиформной активности в бодрствовании, с резким нарастанием индекса во сне, достигая 85–100% на пролонгированных эпохах записи у больных с АЭР (К. Ю. Мухин, 2011).

Показаниями к назначению антиэпилептических препаратов при АЭР являются (К. Ю. Мухин, 2011):

- постоянная продолженная эпилептиформная активность на ЭЭГ в сочетании с выраженными поведенческими, коммуникативными и когнитивными нарушениями;
- наличие эпилептических приступов;
- нарастание индекса эпилептиформной активности на ЭЭГ в сочетании с ухудшением психических функций в динамике.

Основная задача антиэпилептической терапии — улучшить коммуникативные функции и уменьшить поведенческие расстройства. При этом косвенной задачей представляется уменьшение или блокирование эпилептиформных изменений на ЭЭГ (К. Ю. Мухин, 2004; Л. Р. Зенков, 2007; Duarte и соавт., 2007).

Стартовым препаратом в лечении АЭР без эпилептических приступов является этосуксимид (суксилеп) в дозе 20–35 мг/кг/сут в 2–3 приема. Показана особенная его эффективность в отношении блокирования диффузной и мультирегиональной эпилептиформной активности типа ДЭПД (Мухин и соавт., 2003).

Следующими наиболее эффективным препаратами при АЭР являются сультам (осполот) (в России не зарегистрирован) в дозе 5–15 мг/кг/сутки (Doose & Baier, 1989) и клобазам (фризиум) (в России не зарегистрирован) в дозе 0,5–1,0 мг/кг/сутки.

При наличии в клинике эпилептических приступов рекомендуется назначение вальпроатов (депакин-хроно, депакин-хроносфера, конвулекс) — 30–60 мг/кг/сутки. Вальпроаты особенно эффективны в отношении эпилептических приступов различных типов, а также

при наличии на ЭЭГ генерализованной эпилептиформной активности (К. Ю. Мухин и соавт., 2006; Л. Р. Зенков, 2007).

Резервными препаратами, особенно эффективными при сочетании АЭР с эпилептическими приступами, являются топирамат (топамакс) и леветирацетам (кеппра). Топирамат назначается в дозе 2–7 мг/кг/сутки. Кеппра применяется в дозе 30–60 мг/кг/сутки.

Препараты группы карбамазепина, окскарбазепин, фенобарбитал и дифенин противопоказаны при АЭР, они вызывают усиление эпилептиформных паттернов на ЭЭГ (В. А. Карлов, 2006; Doose & Baier, 1989).

В резистентных случаях, особенно при продолжающемся нарастании эпилептиформной активности в фазу медленного сна (эпилептиформная активность достигает на пролонгированных эпохах записи 100%), в сочетании с усилением психических нарушений рекомендуется назначение кортикостероидов. Значительный терапевтический эффект кортикостероидов основан на увеличении созревания головного мозга у пациентов с “врожденным нарушением созревания головного мозга” (Doose и соавт., 2000; К. Ю. Мухин, 2011). Предлагается несколько схем проведения терапии кортикостероидами. Особенно эффективны схемы назначения гидрокортизона, предложенной O. Dulac, дексаметазона, предложенной H. Holthausen, и преднизолон, предложенной M. Mikati, перорально длительно (К. Ю. Мухин, 2011).

Гидрокортизон назначается по следующей схеме. У детей до 4-х лет: стартовая доза 10 мг/кг/сутки в течение 2-х недель, далее 8 мг/кг/сутки еще 2 недели, далее 6 мг/кг/сутки 2 недели, далее 4 мг/кг/сутки 2 недели, затем поддерживающая доза 2 мг/кг/сутки в течение 3–6 месяцев. У детей старше 4-х лет стартовая доза составляет 8 мг/кг/сутки, с последующим уменьшением примерно на 2 мг/кг каждые 2 недели с выходом на поддерживающую дозу 2 мг/кг/сутки в течение 3–6 месяцев. *Дексаметазон* применяется по схеме: 2 мг/кг/сутки в течение 1 недели, затем 1 мг/кг/сутки 2 недели, далее 0,5 мг/кг/сутки через 1 день в течение 3–6 недель. Преднизолон назначается в стартовой дозе 2 мг/кг/сутки (но не более 60 мг/кг/сутки) — в течение 1 месяца, затем 1,5 мг/кг/сутки — еще 1 месяц, затем 1 мг/кг/сутки в течение 1 месяца, затем 0,75 мг/кг/сутки — 1 месяц, далее 0,5 мг/кг/сутки 1–3 месяца. Кортикостероиды назначаются три раза в день, в первую половину дня: в 6–7 часов утра, затем в 9–10 часов утра и в 12 часов дня.

Ограничивает широкое применение кортикостероидов высокая частота серьезных побочных эффектов. К основным побочным эффектам кортикостероидов относятся: бессонница, повышенная возбудимость или адинамия, присоединение инфекций, развитие пневмоний, артериальной гипертензии, кардиомиопатии, внутримозговые кровоизлияния, желудочно-кишечные кровотечения, синдром Кушинга, синдром острой надпочечниковой недостаточности, задержка роста, сахарный диабет, остеопороз, электролитный дисбаланс (такие как задержка жидкости, натрия, хлора в организме), имеется риск развития синдрома внезапной смерти (SUDEP — sudden unexpected death in epileptic patients) и др. (Arzimanoglou A. и соавт., 2004; К. Ю. Мухин, 2011).

Приводим историю болезни пациента с аутистическим эпилептиформным регрессом. Р. А., мальчик, 6 лет 11 месяцев

Родители обратились с жалобами на отставание в психическом развитии, нечеткость речи, нарушения поведения, повышенную двигательную активность, трудности контак-

тирования с окружающими; ребенок совершает навязчивые движения: похлопывания в ладоши, топтание на месте; предпочитает стереотипные игры — открывать и закрывать двери. Не удерживается в детском коллективе.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза в первом триместре, гипертонуса матки на протяжении всей беременности, роды в срок, оценка по Апгар 7/8. Раннее развитие моторных, психических и речевых навыков соответствовало возрасту: голову держит с 2 месяцев, переворачивается с 4 месяцев, сидит с 8 месяцев, самостоятельно ходит с 1 года. К 1 году говорил слова — мама, папа, дай, баба и др., до 1,5 года — отдельные слова. В грудном возрасте был эмоциональным, гулил, отмечался комплекс оживления, знал свое имя. По мнению родителей, до 1,5 года ребенок особо не отличался от других детей.

Анамнез болезни. С 1,5 года родители обратили внимание, что ребенок не набирает словарный запас, стал раздражительным, сильно кричал без повода, плохо засыпал. К 2-м годам появились двигательные стереотипии в виде похлопываний в ладоши, топтания на месте, предпочитал стереотипные игры — открывать и закрывать двери, переливать воду; повышенная двигательная активность. К 3 годам появились отдельные простые фразы, преимущественно из двух слов. Предпочитал, чтобы его кормили из ложки, навыки опрятности не сформировались, отмечалась избирательность в еде. Не играл со сверстниками, взрослых боялся и сильно плакал; когда кто-то из посторонних пытался с ним общаться, переставал реагировать на обращение к себе. По поводу изменения в поведении родители в 3,5 года обратились к психиатру. При проведении ЭЭГ обнаружена региональная эпилептиформная активность. Был установлен диагноз атипичный аутизм. Назначенную терапию психотропными препаратами родители отказались принимать. В 4 года была проведена ЭЭГ в динамике уже с записью ЭЭГ во сне, на которой была выявлена эпилептиформная активность высоким индексом представленности как в бодрствовании, так и во сне. В 4 года, учитывая высокий индекс эпилептиформной активности в бодрствовании и во сне, ребенку был назначен препарат вальпроевой кислоты в дозе 600 мг/сутки (концентрация в крови = 95 мкг/мл) — индекс эпилептиформной активности уменьшился до 70% без изменений со стороны психических функций. Через 6 месяцев на ЭЭГ во сне вновь отмечалось повышение индекса эпилептиформной активности до 85%. В связи с этим к вальпроату был добавлен этосуксимид в дозе 500 мг/сутки (30 мг/кг), отмечалось уменьшение индекса эпилептиформной активности до 50%. Родители обратили внимание, что ребенок стал более спокойным, появились навыки опрятности, начал больше интересоваться окружающим, стал пополняться словарный запас. Однако поведенческие нарушения сохранялись выраженные. Вальпроат был заменен на левитирацетам в дозе 750 мг/сутки (31 мг/кг) — отмечалось усиление возбудимости. В 6 лет была проведена замена левитирацетама на сультиам в дозе 150 мг/сутки (7 мг/кг). На фоне приема комбинированной терапии этосуксимид 500 мг/сутки + сультиам 150 мг/сутки у мальчика отмечалось существенное улучшение поведенческих функций, он стал более усидчивым, начал посещать специализированный детский сад, оставаясь один, без родителей, в детском коллективе в течение 3–4 часов, уменьшились стереотипии, на ЭЭГ — существенное улучшение.

При осмотре 4 года в неврологическом статусе: гиперактивный, внимание не привлекается, простые инструкции не выполняет, негативно (сильным криком, вырывается

из рук родителей) реагирует на осмотр врачом, говорит простыми фразами из 2–3 слов, речь нечеткая. Контакт “глаза в глаза” устанавливает кратковременно. Парезов и нарушений чувствительности нет, отмечается умеренная диффузная мышечная гипотония, равномерная сухожильная гиперрефлексия. Моторно неловкий.

При осмотре в неврологическом статусе в 6 лет 11 месяцев: умеренная гиперактивность, зрительный контакт неустойчивый, выполняет инструкции, но быстро истощается, дает себя осмотреть, речь фразовая, но нечеткая. Парезов и нарушений чувствительности нет, сохраняется умеренная диффузная мышечная гипотония и равномерная сухожильная гиперрефлексия. Уверенно берет предметы. Координаторных нарушений нет.

Заключение психиатра (6 лет 11 месяцев): психическое состояние определяется недоразвитием познавательной деятельности на уровне легкой умственной отсталости с нарушением социального взаимодействия, моторными и речевыми стереотипиями, своеобразием эмоционально-волевой сферы.

МРТ головного мозга — без патологии.

Медико-генетическое обследование — данных за наследственную патологию нет.

Видео-ЭЭГ мониторинг в 4 года. ЭЭГ бодрствования: основной ритм в пределах возрастной нормы 7 Гц. Устойчиво регистрируются региональные эпилептиформные изменения типа доброкачественных эпилептиформных паттернов детства (ДЭПД) в виде сгруппированных комплексов пик-медленная волна типа в правой лобно-центрально-височной области с устойчивым вовлечением вертексного региона центральной области (Cz) и реже независимо в левой центрально-височной области. ЭЭГ сна: индекс региональных ДЭПД существенно нарастает в правой центрально-височной области с распространением на лобную область правого полушария и независимо в левой центрально-височной области. Индекс эпилептиформной активности высокий и составляет в среднем около 85%, на отдельных эпохах записи достигая 100%.

Видео-ЭЭГ мониторинг в возрасте 6 лет 9 месяцев. ЭЭГ сна: регистрируются единичные низкоамплитудные региональные независимые ДЭПД в левой центральной и правой центральной областях с вовлечением вертексного региона.

В данном наблюдении обращает на себя внимание, что психо-эмоциональное, речевое развитие ребенка на первом году жизни соответствовало возрасту. С 1,5 года имелся регресс коммуникативных, познавательных функций ребенка на фоне нарастающего индекса эпилептиформной активности в виде паттерна продолженной эпилептиформной активности в фазу медленного сна (ПЭМС), без эпилептических приступов в клинике. Учитывая клиническую картину и данные исследований, был установлен диагноз аутистический эпилептиформный регресс и принято решение о назначении антиэпилептического лечения. Подбор антиэпилептических препаратов проводился около 2-х лет. Максимальный эффект оказали два АЭП — этосуксимид и сультиам. Огромное значение имела проводившаяся сначала индивидуальная, а потом и в коллективе коррекционная работа психологов, педагогов-дефектологов, логопедов. Была достигнута основная цель в лечении АЭР — улучшение коммуникативных, поведенческих функций ребенка на фоне блокирования постоянной продолженной эпилептиформной активности на ЭЭГ.

Таким образом, по нашему мнению, аутистический эпилептиформный регресс является возраст-зависимым синдромом, дебютирующим в раннем детском возрасте. Нарушения психических функций в виде расстройств поведения, коммуникации, речи в сочетании

с когнитивными нарушениями у детей максимально преобладают в возрасте 3–8 лет, нередко приводя к школьной и социальной дезадаптации (Tuchman, 2007). Правильная диагностика, адекватное назначение терапии требуют тесного сотрудничества неврологов и психиатров. Своевременное назначение антиэпилептической терапии, в том числе кортикостероидов, может способствовать существенному уменьшению выраженности психических нарушений, которые, как было сказано, при АЭР возникают вследствие постоянной продолженной “бомбардировки” эпилептиформной активностью центров высших психических функций головного мозга.

Глава 12. Анималотерапия.

Иппотерапия

Анималотерапия во всех цивилизованных странах сегодня занимает прочное место в цепи реабилитационно-восстановительных мероприятий у больных детей и подростков с отклонениями в психоневрологическом развитии и широко используется у детей с аутизмом. Реабилитация детей требует согласованной работы специалистов разных направлений: на первом этапе — врачей, коррекционных педагогов, психологов, логопедов, кинезитерапевтов, и на втором этапе лечебно-реабилитационной работы — анималотерапевтов.

Р. Hanus (1998), Л. Н. Кряжева (2000), М. Veleminsky (2007), А. Ф. Федоров и соавт. (2010) и др. выделяют анималотерапию, как самостоятельный метод нетрадиционной медицины, способный оказывать многокомпонентное оздоравливающее действие.

Как метод лечения анималотерапия начала развиваться со второй половины XX века. Этому способствовало развитие современных взглядов и научных методов исследований взаимоотношения человека и животных. Наиболее общим понятием, обозначающим те или иные контакты между человеком и животным, считается понятие “взаимодействие”. Это понятие является ключевым в анималотерапии.

В основу деления анималотерапии на виды положены два критерия. По первому критерию — целенаправленность использования животных и их образов, Н. Л. Кряжева различает ненаправленную анималотерапию (естественную), когда человек просто получает положительный эмоциональный заряд от общения с домашним животным, а также направленную, в которой обученные животные — терапевты работают в тандеме с человеком — специалистом по заранее разработанным лечебным программам.

По мнению R. Berger (1988, 1994) и других ученых, ненаправленная анималотерапия способствует развитию у детей эмпатии, независимости и инициативности, терпения и самоконтроля, чувства собственной значимости и компетентности, а самое главное — развитию чувства доверия через облегчение безусловного принятия любви. Даже ненаправленная анималотерапия (например, канистерапия) в различных возрастных группах оказывает положительный терапевтический эффект примерно в 50–60% случаев. Описываются следующие факторы, от которых зависит положительный эффект при взаимодействии с животным: сложившихся отношений между членами семьи, психологического климата в семье, особенностей психики владельцев (их ценностно-мотивационных установок, ролевых ожиданий от животного, уровня агрессии, уровня эмоциональной лабильности, уровня тревожности, способности адекватно реагировать на нужды животного); от характерологических особенностей животного (мотивации в борьбе за статус, уровня агрессии, пассивно-оборонительного поведения, способности к усвоению принятых в семье норм, дифференцированно реагировать на эмоциональные состояния владельца, вырабатывать различные паттерны поведения по отношению к разным членам семьи, уровня доверия по отношению к владельцам).

Основателем направленной анималотерапии считается психиатр из США Борис Левинсон, который в 1962 г. целенаправленно использовал помощь животных (собак) в ходе лечения психических расстройств у детей.

Выделяют следующие функции анималотерапии:

1. Психофизиологическая функция. Взаимодействие с животными могут снимать стресс, нормализовать работу нервной системы, психики в целом.
2. Психотерапевтическая функция. Взаимодействие с животным может существенным образом способствовать гармонизации межличностных отношений человека и животного.
3. Реабилитационная функция. Контакты с животными являются дополнительным каналом взаимодействия личности с окружающим миром, способствующим как психической, так и социальной ее реабилитации.
4. Функция удовлетворения потребности в компетентности.
5. Функция самореализации. Эта функция удовлетворяется путем выработки умения быть значимым для других.
6. Функция общения. В. Агафоновичев в своей книге "Анималотерапия" считает, что общение с животным на языке эмоций исключает боязнь человека показаться смешным, неловким, что характерно для человеческого общения. По мнению автора, анималотерапия эффективна при психосоматических расстройствах.

В зависимости от того, какой вид живого существа используется в анималотерапии, выделяют дельфинотерапию, иппотерапию, канистерапию, фелинотерапию, апитерапию, гирудотерапию и др.

Наблюдения показывают, что у животных есть мораль, проявляется альтруизм, находчивость, чувство юмора, привязанность и любовь. На этом основан еще один интересный лечебный эффект — общение с животным открывает для детей позитивный мир бескорыстия и заботы.

Животные способны к творчеству, которое проявляется в играх, а также в специфической деятельности, никак не связанной с задачами жизнеобеспечения. У животных есть системы общения и передачи личного опыта, в том числе использующие символы и образы. К. Юнг обнаружил взаимосвязь между образами и психикой, считая, что творчество является одним из способов психологической интеграции, проявляя скрытые интеллектуальные и духовные возможности.

Иппотерапия. Среди других методов анималотерапии иппотерапия, терапия с использованием лошадей, занимает особое место прежде всего из-за ее распространенности. Она популярна в Европе. Множество иппотерапевтических центров создаются частным образом, при этом дети-инвалиды получают эту помощь бесплатно, за счет общин и муниципалитетов. В Украине при конно-спортивных базах существует не менее 25 центров иппотерапии. Стоит вопрос о централизованной подготовке специалистов в этой области.

До настоящего времени не принята единая классификация и терминология в иппотерапии, которая была бы одобрена и утверждена Международной федерацией верховой езды для инвалидов (FRDI). Термин "иппотерапия" является международным. Он обозначает использование общения с лошастью, верховой езды на лошади и в упряжках в качестве средства лечения, реабилитации, воспитания, адаптации и интеграции. Синонимом

термина “иппотерапия” в разных странах служат названия “терапевтическая верховая езда”, “адаптивная (реабилитационная) верховая езда”, “экитерапия”, “верховая езда для инвалидов”, “райттерапия” и др. В настоящее время в 45 странах мира действуют центры лечения верховой ездой, а с 1974 г. проводятся международные иппотерапевтические конгрессы. В Нидерландах, Швеции и Великобритании метод иппотерапии патронируют королевские семьи. Органическое сочетание приемов нейрокинезитерапии и лечебной верховой езды создает эффективную комбинацию высокого качественного уровня. Езда на лошади становится лечебным мероприятием в том случае, если она осуществляется по показаниям и под контролем соответствующего специалиста. Взаимодополняющее влияние иппотерапии и нейрокинезитерапии основано на принципах нейрофизиологии. Именно нейрокинезитерапия позволяет повысить работоспособность и выносливость мышц, ускорить кровоток и лимфоток, облегчить работу сердца, понизить рефлекторную возбудимость мышц с повышенным тонусом, стимулировать работу ослабленных и паретических мышц (А. Г. Смолянинов, 2011).

Первые исследования по иппотерапии были выполнены французским врачом Перроном в конце XIX столетия. Он опубликовал их в работе “Эмоции, вызываемые верховой ездой, гигиена этого занятия”. Он доказывает, что благоприятное влияние верховой езды на организм заключается в активации двигательной, дыхательной систем, а также системы кровообращения. Одним из основоположников современной иппотерапии считается Ю. Лаллери, который в 1960–1970 гг. всесторонне изучал теоретические аспекты воздействия лошади на течение заболеваний у людей.

Взаимоотношения человека и лошади выстраивались тысячелетиями и являются частью истории развития цивилизации. Лошадь является живым существом с уникальными физическими и психическими возможностями, общение с которой снижает чувство психологической усталости, вносит в сознание ощущение равновесия и умиротворенности. Для ребенка общение с лошадью — это эмоциональный подъем и расширение кругозора, а на фоне дефицита общения это еще и приобретение большого сильного друга. В процессе иппотерапевтических занятий у большинства детей увеличивается желание общаться с окружающими и стремление к расширению сферы своих интересов. Находясь в обществе лошади, ребенок получает непередаваемые ощущения пребывания в ее “энергетическом” поле. У ребенка развивается особое кинестетическое чувство — эмоциональный порыв к движению, что создает высокую степень мотивации к занятиям. Занятия иппотерапией можно с большим успехом использовать как средство обучения функциональному языку. Таким образом, иппотерапия способствует формированию ребенка как личности. Эта цель может быть достигнута потому, что животное, не имеющее культурной надстройки, принимает пациента таким, каким он есть, и позволяет установить внушающие уверенность отношения (Харчук Ю., 2007).

Занятия по иппотерапии проводятся психологом-инструктором, который следит за состоянием ребенка-аутиста, дает пациенту посильные задания, предлагает и помогает выполнять различные упражнения, руководит работой коновода и помощника. При этом ребенок не использует средства управления лошадью, но под руководством инструктора по максимуму пользуется набором психоэмоциональных и физических воздействий, которыми располагает лошадь. Этот метод обладает комплексным воздействием на ор-

ганизм и сочетает в себе воздействие двух лечебно-профилактических факторов: биомеханического и психогенного.

Для больного ребенка верховая езда — это целый комплекс психологических переживаний, которые составляют основу действия психогенного фактора. Однако первый этап иппотерапии начинается не с верховой езды, а со знакомства пациента и лошади на расстоянии. Даже обычное наблюдение за движениями лошади несет в себе терапевтическую составляющую. На следующем этапе используют сближающие приемы, такие как “прикосновение” и кормление. Прикасаясь к лошади, больной ребенок чувствует приятное тепло живого тела, пытается контролировать напряжение мышц руки. При этом ребенок учится мотивированному контролю над двигательным актом. Научившись подобным действиям, ребенок переносит это умение в социальную жизнь. Постепенно овладевая самыми простыми навыками общения с лошастью, ребенок начинает верить в свои способности и чувствовать свою индивидуальность. Активное участие в иппотерапевтической команде расширяет двигательное и эмоциональное пространство ребенка, становясь тем благоприятным фоном, который необходим для самоутверждения и способности к сотрудничеству (А. Г. Смолянинов, 2011).

Биомеханический фактор способствует созданию у детей новых рефлексов, развитию равновесия, совершенствует координацию движений. У детей с последствиями органического поражения головного мозга, нередко среди детей, больных аутизмом, иппотерапия компенсирует ограниченность двигательной активности и накапливающийся вследствие этого дефицит афферентной импульсации. В еще большей степени это относится к детям с ДЦП.

Биомеханическую основу иппотерапии исследовали В. Н. Коновальчук, Р. А. Пополитов, Е. В. Архангельская (2010). По данным этих авторов, биомеханический фактор способствует снижению спазма мышц, увеличению объема движений в суставах, силы мышц спины, живота и конечностей. С помощью иппотерапии достигается оптимальная согласованность всадника с движениями лошади, которые во многом идентичны походке здорового человека. Идущая лошадь передает всаднику более ста колебательных импульсов за минуту. При иппотерапии создается возможность многократного повторения движений, что создает условия для формирования и закрепления навыков. В ходе занятий у ребенка вырабатывается умение держаться в седле, что является интуитивным чувством резонансного ритма движения. Область таза всадника, воспринимая разнонаправленные колебательные движения лошади, перемещается в такт движениям животного. Правильное положение таза пациента способствует настраиванию на индивидуальную частоту живого существа, таким образом лошадь становится естественным генератором двигательных резонансных импульсов. Эти компоненты тесно связаны с автоматическими двигательными реакциями тела человека в трех плоскостях: сагиттальной (статика — динамика), фронтальной (смещение центра тяжести), горизонтальной (ротация). У всадника это вызывает ответные мышечные вибрации, которые могут многократно усиливаться. Результатом такого “отклика” является глобальный поток афферентных импульсов, поступающих в мозг ребенка от его собственных мышц. В процессе иппотерапии наступает естественная нейромоторная интеграция образа тела, улучшается подвижность таза и плеч, происходит нормализация тонуса мышц спины и живота. Кинетика верховой езды такова, что позиция “всадник” в значительной мере способствует устранению контрактур

приводящих мышц бедра, а также совершенствованию механизмов удержания позы. Усиливая двигательную активность в процессе реабилитации, мы также добиваемся согласованности действия дыхательных мышц.

Положительное действие иппотерапии усиливается еще и тем, что нормальная температура тела лошади выше человеческой на 1,5–2 градуса. Движения мышц спины идущей лошади разогревают и массируют мышцы ног всадника, усиливая кровоток в конечностях. Регулярные занятия способствуют адаптации организма к физическим нагрузкам. Помимо центральной нервной системы в процессе адаптации большое участие принимает симпато-адреналовая и гипоталамо-гипофизарная системы (гуморальная регуляция). При иппотерапии увеличивается максимальная производительная сила мышц, даже бездействующих, то есть имеется эффект “переноса” тренировочных влияний.

Применение иппотерапии в детской психиатрии пока только начинается. Однако даже первые результаты использования иппотерапии в комплексном лечении детей с аутизмом, задержкой психоречевого развития и умственной отсталостью показывают, что общение, игры, езда на лошади ускоряют достижение положительных сдвигов в развитии детей. Улучшается коммуникативность и социализация этих детей. То, что эти успехи достигаются не за счет фармсредств (родители часто отказываются от них), имеет особую ценность.

Практический опыт свидетельствует, что иппотерапия оказывает заметное влияние на развитие речи. Некоторые типы движений лошади имеют эффект, с помощью которого перекидывается мостик от двигательных реакций к речи. Высокая степень мотивации занятий может послужить импульсом к тому, чтобы ребенок заговорил. Развитию речи также способствует сочетание иппотерапии и музыкотерапии. Езда под музыку может оказывать гармонизирующее влияние на различные нарушения двигательной и психической сфер. Через паузы в мелодии можно развить чувство начала и конца определенных частей занятий. Различные аллюры требуют и различного ритма мелодий. Например, четырехтактные мелодии подходят для езды шагом. Музыка способствует снижению мышечного тонуса и улучшению концентрации внимания. Комфортность занятий для ребенка можно повысить, если проводить их в сопровождении его любимых записей. Пробуждение музыкой высших чувств, гармонизация сознания повышают частоту акустического поля организма. Кроме того, нейроны “моторной коры” головного мозга связаны с дыхательными мышцами в речи и пении. Поэтому включение музыкотерапии в занятия способно закрепить и усилить позитивный эффект лечения.

Этапы иппотерапевтического процесса:

- ознакомление с лошадью;
- посадка на лошадь, самостоятельное спешивание;
- езда с седлом и без седла;
- посыл в шаг и остановки на шагу;
- применение средств управления во время езды шагом (остановки, обороты, изменения направления при езде шагом);
- гимнастические упражнения сначала на неподвижном животном, затем — во время ходьбы;
- применение элементов манежной езды шагом;
- управление без подстраховки (в отдельных случаях со стремянем и езда на корде);

- применение быстрого аллюра лошади — рыси (для старших и уверенных в себе детей).

Упражнения на неподвижном коне:

- укладывание вдоль и поперек лошади (на спину и на живот);
- движения руками (вверх, в сторону, вперед с акцентом на супинацию, пронацию и работу пальцами);
- "Покажи, где у лошади ушки, грива, хвост?"
- повороты в стороны (руки на пояс или в стороны);
- вращательные движения в плечевых, локтевых и лучезапястных суставах;
- подъемы плеч поочередно и вместе;
- упражнения с фиксацией рук в положении "за голову" и на поясице (наклоны и повороты из этих исходных положений);
- наклоны вперед и назад;
- наклоны с касанием пальцами руки области голеностопного сустава противоположной нижней конечности;
- разгибание в голеностопных суставах — подъемы на стременах;
- дыхательные упражнения (проводятся и во время других элементов комплекса и согласуются с ним);
- выполнение упражнений с асимметричной посадкой;
- использование элементов подвижных игр — набрасывание кольца, упражнения с мячом.

Когда ребенок хорошо выполняет упражнения на неподвижном животном, предлагается выполнение упражнений во время ходьбы. При этом комплекс дополняется следующими элементами:

- посадка спиной вперед с закрытыми глазами;
- езда, стоя на стременах;
- езда с элементами управления лошадью: посыл в шаг, остановка в шагу, освоение элементов манежной езды шагом;
- наклоны и повороты головы;
- наклоны туловища вперед (с захватом поводьев или гривы коня);
- повороты корпуса (с отведением рук назад и с попыткой касания крупа);
- перенос ноги спереди через холку лошади. Возможно также в положении сидя (с фиксацией сзади за седло и впереди за гриву коня) постепенное перемещение опоры с ягодиц на заднюю поверхность бедра, когда противоположная нога остается относительно неподвижной, — в обе стороны. При выполнении данного упражнения следует контролировать правильность осанки и сохранения равновесия.

Целесообразно акцентировать внимание на следующих моментах:

- адекватная эмоциональная окраска занятия;
- как можно более четкое выполнение ребенком инструкций;
- качество выполнения упражнений на координацию;
- активные движения верхними и нижними конечностями;
- выполнение дыхательных упражнений, которые согласуются с ритмом движения лошади;

- отслеживание фиксированного предмета взглядом с поворотом глаз, головы и корпуса во время движения лошади широким кругом и по более сложным траекториям.

Канистерапия. Как и все другие направления анималотерапии, она является междисциплинарной сферой деятельности, которая сочетает теорию и практику кинологии, медицины, педагогики и психологии.

Большого уважения заслуживает опыт российских специалистов (Фонд "Ордынцы"), которые работают с учащимися школ-интернатов, воспитанниками социально-реабилитационных центров, воспитанниками интернатов системы соцзащиты, пациентами психоневрологических больниц и интернатов. В Фонде "Ордынцы" разработаны и реализуются специальные программы терапевтического взаимодействия детей с собаками в виде реабилитационного курса "Южный кинолог" (Субботин А. В. с соавторами, 2007).

Курс осуществляет следующие задачи: углубление социализации детей и подростков путем терапевтического воздействия на эмоционально-волевую и когнитивную сферы; активизация психомоторики; формирование эколого-гуманистического мировоззрения с усвоением знаний в области ветеринарии и кинологии; формирование умений и навыков воспитания и дрессировки животных. Подобные задачи имеют место и при применении других видов анималотерапии. Курс рассчитан на 24 академических часа (10 занятий) с группой 10–20 детей (подростков) с нарушениями развития. Занятия проводятся в питомнике, имеющем площадку для проведения соревнований. В курсе принимают участие 10 специально обученных собак: среднеазиатская овчарка, немецкая овчарка, ротвейлер, лабрадор, фокстерьер, шелти, карликовый пинчер, ирландский волкодав, боксер, вельш-корги. Дети получают и выполняют домашние задания: раскраски рисунков собак, сочинения, скульптурки из глины и пластилина и др.

Таким образом, неожиданный рост интереса населения и специалистов к анималотерапии, видимо, можно объяснить необходимостью дополнять фармакологические эффекты вспомогательными методами реабилитации. Не стоит ожидать от анималотерапии выздоровления от того или иного заболевания. Но, воздействуя на организм больного многофакторно и интегрирующим образом, анималотерапия способна улучшить его состояние. Думается, пришло время углубленно исследовать показания и противопоказания к различным видам анималотерапии при разных заболеваниях, а также фундаментальные вопросы взаимодействия живых организмов на расстоянии.

Глава 13. Дельфинотерапия

Дельфинотерапия среди методов анималотерапии является вторым после иппотерапии распространенным в Украине методом реабилитации больных разного возраста. Отношение к ней врачей и родителей больных детей колеблется от “веры в чудо” до упреков в отсутствии доказательности ее эффективности. Попытаемся представить объективную картину места дельфинотерапии в реабилитационном процессе при детском аутизме.

В 60-е годы выход в свет книги американского биолога Джона Лилли “Люди и дельфины” привлек внимание мировой общественности. Он доказывал, что дельфины — наши братья по разуму, даже пытался их обучать английскому языку. Эта книга породила особое направление среди защитников живой природы, сторонники которого едва ли не обожествляли дельфинов. Она также позволила сменить утилитарно-прагматическое отношение к этим удивительным животным, стремительно исчезающим в окружающей среде, на более бережное. Только в Черноморском регионе (Болгария, Румыния, Украина, Россия, Турция) в XX столетии было уничтожено 5,5 млн. особей дельфинов, в основном на корм скоту и для пищи (А. Беркин, С. Кривохахин, 2007). В ООН тогда же была принята конвенция, призывающая ввести запрет на охоту на дельфинов. Тем не менее в Турции еще 20 лет их убивали, а в Японии и на островах Фиджи это делают до сих пор. К сожалению, не прямое негативное влияние человека на популяции дельфинов продолжается: применение рыболовецких сетей, опасных для дельфинов; уничтожение кормовой базы за счет чрезмерного вылова рыбы; ухудшение окружающей среды, в том числе и деградация донных биоценозов. Если эти процессы будут продолжаться с такой же скоростью, то к концу века дельфинов придется разводить в искусственных водоемах.

Мысль о том, что общение с дельфинами может быть лечебным, также впервые высказана Джоном Лилли. Она получила развитие и попытку научного обоснования в трудах Д. Натансона. В своих работах (Nathanson D., 1980; 1989) он приводил примеры с восьмью мальчиками, страдающими задержкой психоречевого развития в результате органического поражения головного мозга и олигофрении. У всех пациентов точность речи значительно улучшилась, но наиболее ярко улучшилась речь у ребенка с синдромом Дауна. Эти первые научные исследования породили значительное число подражаний в других дельфинариях мира.

Украина в силу стечения ряда факторов является лидером по количеству дельфинариев и строительству их за рубежом, данный факт является общепризнанным. В 2008 г. в Одессе проходил международный междисциплинарный конгресс “Морские млекопитающие Голарктики”, в котором принимали участие ведущие специалисты Украины, России, Канады, США, Японии, Финляндии, Дании и других стран. Посещение Одесского дельфинария “Немо”, доклады Л. Н. Лукиной (Севастополь), А. П. Чуприкова (Киев), посвященные дельфинотерапии, встретили понимание и одобрение участников конгресса (Б. Журид, 2008). На ежегодном собрании Международной академии экологии (2011) в Киеве был одобрен отчет о деятельности дельфинариев Украины.

В нашей стране приоритет в области использования терапевтических возможностей дельфинов принадлежит педиатру, доктору медицинских наук, профессору Л. Н. Лукиной, которая в течение последних 30 лет проводит исследования в Государственном океанариуме Министерства обороны в Севастополе, где ранее дельфины проходили обучение для участия в военных операциях.

Эффективность дельфинотерапии во многом обусловлена уникальными способностями дельфинов. У них развиты когнитивные способности и любознательность. Они обладают высокой степенью социализации, что проявляется в четкой зооиерархии внутри стаи, распределении ролей при защите от акул и охоте за рыбами. К представителям других видов они относятся дружелюбно, играют с черепахами, другими животными, с человеком.

Известно объяснение доброжелательного отношения дельфинов к человеку А. Я. Супина. Человек не похож ни на одного из естественных врагов дельфинов, ни на объект охоты. То, что человек дышит воздухом, животные определяют без труда. Любый человек с точки зрения дельфина в воде выглядит неуклюже и беспомощно, как больной сородич, которому необходимо оказать помощь: подтолкнуть и удержать на плаву. Редких случаев оказания помощи человеку оказалось достаточно, чтобы молва об этом широко распространилась по миру, перерастая в легенды и мифы.

В своем общении дельфины используют различные виды звуков, напоминающих визг, треск, трель, пощелкивание, хлопок, а иногда рев, стон и вой. Звуки, издаваемые ими, охватывают необычно широкий спектр частотных характеристик — от инфразвуковых до звуковых и ультразвуковых. Их сигналы могут быть импульсными и непрерывными. Считается, что для ориентации дельфины используют более низкие и продолжительные (несколько миллисекунд) сигналы, а для распознавания — сигналы более высокой частоты. Импульсные сигналы сопутствуют эхолокации. Череп и мягкие ткани головы концентрируют звуковые колебания и играют роль акустического прожектора и звуковой линзы. Считается, что способность дельфинов направленно излучать своим сонаром ультразвуковые волны является важной составляющей в лечебном значении дельфинотерапии.

Мозг дельфина, хотя и больший, чем человеческий, но отношение его веса к массе тела дельфина немного меньше такого показателя у человека. Кора имеет более примитивное строение, чем у человека, — в ней меньше слоев клеток. Разум дельфина возник в водной трехмерной среде, где для него основной смыслонесущий образ — это звуковой образ, поэтому мозг дельфина — это идеальная система, прежде всего для воспроизведения и обработки звука. Зрение у них развито хуже. Способность к сложному поведению и устойчивость высшей нервной деятельности сочетаются у дельфинов со значительной инертностью (Дандурьянц О., 2010).

В странах, омываемых теплыми морями, популярны курсы морских купаний в окружении диких или прирученных дельфинов, которые приплывают к берегу из открытого моря. Однако взаимодействие с дельфином в этих случаях трудно управляемо и больше напоминает талассотерапию, т. е. купание в морской воде.

В нашей стране, в Крыму, имеются дельфинарии, работающие в теплое время года, в которых животные содержатся в отгороженной части залива. Но функционируют они строго сезонно и непродолжительно. Кроме того, прибрежные морские воды и

существенно опреснены, и загрязнены сбросами промышленных и бытовых отходов, поэтому для дельфинов они небезопасны.

Содержание дельфинов в искусственно созданной среде позволяет проводить дельфинотерапию круглогодично, соблюдая стандартные условия.

Содержание дельфинов предъявляет большие требования к объему бассейна, химическому составу воды, ее систематическому очищению, высокому качеству морской рыбы, которой они питаются, температурному режиму. Такого рода требования должны отвечать ветеринарным и экологическим стандартам. Не реже одного раза в месяц каждое животное обследует ветеринар.

В дельфинотерапии обычно участвует тренер животных, имеющий опыт в социальной адаптации животных, в их воспитании и тренировке. Медицинский психолог, обладающий знаниями в детской психологии и патопсихологии, как правило, хорошо знаком и с поведением морских животных, умеет ими руководить. Общее руководство дельфинотерапией осуществляет врач со специализацией в области реабилитологии или медицинской психологии.

Тренер совместно с ветеринаром определяет состояние дельфина и его готовность к проведению сеанса дельфинотерапии. В случае преобладания в поведении дельфина мотивов, препятствующих его общению с детьми, например, агрессивное поведение или сексуальное поведение в период гона, животное временно отстраняется от проведения сеансов терапии.

Основные формы взаимодействия дельфина с человеком в дельфинарии можно в общих чертах описать следующим образом.

1. Управляемое взаимодействие. Тренер направляет предварительно обученного дельфина на взаимодействие с пациентом при помощи соответствующих стимулов, подкреплений и жестов. Кормовое подкрепление является основным мотивационным стимулом в процессе установления коммуникационных связей дельфин — человек и поддержания безусловных рефлексов методами подкреплений и жестов.
2. Активное взаимодействие. Оно встречается реже и выглядит так: дельфин проявляет инициативу к взаимодействию с пациентом при отсутствии стимулов и подкреплений. В этом случае пациент или родители маленького пациента сами могут выстраивать свои отношения с дельфином.
3. Смешанный тип взаимодействия. Встречается часто. Выглядит это следующим образом: достаточно небольшой дозы пищи, ласкового поглаживания со стороны человека — и дельфин спешит выполнить и перевыполнить поставленную задачу. К детям дельфины относятся с нежностью и чуткостью и в целом иначе, чем ко взрослым; с женщинами им интереснее, чем с мужчинами. Удивительно бережно относятся дельфины к беременным женщинам. Изредка дельфины демонстрируют свое неприятие отдельных индивидов и плавают с ними с явной неохотой, то есть в управляемое взаимодействие дельфин привносит свое отношение к конкретному человеку.

Осуществить продуктивный контакт дельфина с ребенком — задача медицинского психолога. Опыт работы центра дельфинотерапии “Немо” показывает, что медицинский психолог в этом случае должен использовать методы поведенческой, игровой, телесно ориентированной терапии и арт-терапии. Психолог в бассейне и вне его может стимулировать проявления адаптивного поведения у больного ребенка, закреплять и поощрять

конструктивные модели поведения. Индивидуально подобранный комплекс упражнений обычно направлен на развитие моторной, сенсорной и познавательной сфер ребенка. Упражнения предлагаются в игровой форме и выполняются совместно с дельфином, который активно включается в их выполнение. Водная часть сеанса, включающая тактильный контакт с дельфином во время плавания и выполнения определенных моторных задач, способствует более целостному осознанию ребенком-аутистом своего тела, улучшению ориентировки в пространстве и сенсомоторной коррекции (Чуприков А. П., Василевская Н. Ю. и соавт., 2008).

Когда заходит речь о доказательности терапевтического эффекта дельфинотерапии, то, как правило, цитируют Т.-Л. Хамфрис (2003) или выступление Ф. Брейкс и К. Уильямсон (2007), которые сомневаются в ее лечебной полезности. Надо учесть, что некоторые публикации исходят от “защитников дельфинов”, которые запальчиво требуют “выпустить дельфинов из тюрем” — искусственных бассейнов. Другие авторы, пытаясь критически обобщить публикации о дельфинотерапии, не знакомы с отечественными работами в этом направлении и, прежде всего, с докторской диссертацией (1994) и монографией (2007) Л. Н. Лукиной. Клинические исследования ею проведены на 2500 пациентах разного возраста, страдающих нервно-психическими расстройствами. Контроль составили 315 практически здоровых людей, пользовавшихся так же, как и пациенты, талассотерапией (купаниями в морской воде). Кроме фиксации клинических (в т. ч. клинико-психопатологических) данных, пациенты обследовались психофизиологическими методиками и психологическими тестами. Группы обследованных состояли из лиц с синдромом хронической усталости (80 чел.), детей с невротическими расстройствами (530 чел.), детей с аутизмом (173 чел.), детей и подростков из зон экологического бедствия (357 чел.), детей с последствиями ДЦП (135 чел.) и других групп. Можно сказать, что по объему клинико-лабораторных исследований, полученных данных и убедительности выводов работы Л. Н. Лукиной и сотрудников уникальны и, рассуждая о дельфинотерапии, ими, как нам кажется, нельзя пренебрегать.

В Евпаторийском дельфинарии, который еще с 1999 г. является базой Украинского НИИ детской курортологии и физиотерапии, проведены работы по программе, утвержденной Минздравом Украины, пролечены 256 детей. Явное улучшение состояния здоровья зарегистрировано у 17% детей; заметное улучшение состояния здоровья отмечено более чем у 80%; количество детей, у которых не было отмечено никакого эффекта, составило лишь 2% (Федоров А. Ф., Жбанов А. В., Козунова Р. О., 2010).

В дельфинариях “Немо” по протоколам тренеров и психологов улучшение разной степени колеблется от 75 до 82%. Однако в результате обработки методом контент-анализа дневников наблюдения за детьми во время и после сеансов дельфинотерапии, которые вели не сотрудники дельфинария, а родители детей, доля положительных эффектов уменьшалась на 12–14%, что, на наш взгляд, отражает психологию родителей и их высокие ожидания от проводимой терапии. Родители отмечали, что улучшение коммуникации наблюдалось у 60% детей. При этом почти у трети детей родителями отмечено появление новых звуков, слогов, слов и словосочетаний. Ребенок начинает инициировать контакт с другими детьми, проявляет желание поиграть с ними. Также улучшается понимание обращенной речи. Многие дети лучше спали ночью, а некоторые впервые стали засыпать днем.

Г. В. Манжосова (2008) в Институте мозга человека РАН провела психофизиологическое обследование у детей после плавания с дельфинами. Оказалось, что у 54% детей отмечалось улучшение внимания, у 52% снижалась тревожность, почти у всех наблюдалось повышение уровня телесного комфорта. В ходе сеанса спадало возбуждение, дети успокаивались.

Так как у специалистов разных дельфинариев имели место близкие по психопатологическому содержанию результаты в лечении разных клинических состояний, то они были обобщены в информационном письме Минздрава Украины "Дельфинотерапия в детской психиатрии" (2009).

В силу того, что самые распространенные стандарты лечения часто дают при детском аутизме небольшие результаты, купание с дельфинами среди родителей больных детей весьма популярно прежде всего в силу очевидности позитивных сдвигов в поведении ребенка после завершения курса лечения. На первых занятиях часты протестные формы поведения как на помосте, так и вне его. В большинстве случаев они завершаются к 3–4 посещению и ребенок активно вовлекается в игру и плавание с дельфином. Замечено, что бурные протестные реакции (крики, плач, убежание) коррелируют с продвижениями в развитии речевой активности, вплоть до появления новых слов или предложений. Самым удивительным для родителей является появление так называемого "глазного контакта", когда ребенок, ранее избегавший смотреть в глаза, перестает избегать этого, смотрит в глаза окружающих открытым взглядом. Это означает существенный позитивный сдвиг в коммуникации с внешним миром, восприятия разнообразной информации, от которой ребенок был отгорожен стеной неприятия. Как правило, дети становятся спокойнее, дружелюбнее, у них улучшается невербальная коммуникация, а также аппетит, они впервые начинают спать днем, глубже и дольше спят ночью. В ряде случаев позитивный эффект появляется лишь после второго курса лечения.

При сочетании детского аутизма с гиперактивностью и дефицитом внимания дети становятся спокойнее, уменьшается импульсивность, появляются элементы усидчивости и сосредоточенности на игровой деятельности.

У детей-аутистов с интеллектуально-когнитивной недостаточностью, близкой к умственной отсталости, успехи от дельфинотерапии не так заметны, но тем не менее заметно возрастает способность к социализации. Сходные результаты получены у детей, страдающих синдромом Дауна и другими хромосомно обусловленными страданиями психики. При этом дети с преобладанием в поведении апатии, истощаемости и астении становятся живее, энергичнее и активнее. Дети с некоторой эректильностью и чрезмерной подвижностью становятся спокойнее, а их поведение — более упорядоченным. Дети с легкой степенью умственной отсталости демонстрируют большие успехи, чем дети с более глубокими формами умственной отсталости.

Дельфинотерапия может проводиться на фоне ранее подобранного фармакологического лечения, может сочетаться с пневмомассажем, игровой психотерапией. Однако в некоторых дельфинариях специалисты настаивают на полной отмене приема психотропных препаратов, что в некоторых случаях ухудшает поведение больных детей и уменьшает их способность адаптироваться к условиям дельфинария.

Противопоказанием для дельфинотерапии является осложнение детского аутизма дезинтегративным психическим расстройством с нелепым, неуравновешенным поведением.

Другим противопоказанием для дельфинотерапии является наличие у ребенка эпилепсии или эпилептиформных состояний. Это связано не только с опасностью купания таких детей в воде, но и с тем, что дельфинотерапия, как психостимулирующий фактор, способна усиливать судорожную готовность и изредка провоцировать приступы. Можно лишь приветствовать то, что в некоторых дельфинариях дети допускаются к плаванию с дельфинами при наличии данных электроэнцефалографии.

Стоимость курса сеансов дельфинотерапии высока и для многих семей в Украине неподъемна. Хотя, к слову, в США стоимость в 10–15 раз выше и поэтому также доступна не всем американцам. Выход из создавшегося положения может быть только один — общество должно оплачивать купание детей-инвалидов, примером чему может быть Москва, где данное мероприятие в течение ряда лет финансировалось мэрией. В Донецке часть стоимости купания берут на себя благотворительные фонды. Дельфинарии “Немо” (Киев — Харьков — Одесса — Донецк) практикуют 20% снижение цены с ноября по апрель.

О рекламе дельфинотерапии. В интернете встречаются объявления о чудодейственных последствиях купания с дельфинами — вплоть до излечения от аутизма и рака. Это, на наш взгляд, пример недобросовестной рекламы, которую не позволяют себе те коллективы, кому их авторитет дорог. Здесь надо сказать, что отдельные выступления в СМИ с требованиями запретить содержание дельфинов в искусственных бассейнах и купание в них больных детей, т. е. антиреклама, приводят к обратному эффекту: популярность этого вида реабилитации растет, а очереди в дельфинарии увеличиваются. Кроме того, среди защитников природы нет полного единодушия в данном вопросе. Недавно сообщалось, что посол ЕТН, одной из самых крупных европейских зоозащитных организаций, ее королевское высочество принцесса Майя фон Гогенцоллерн (Германия), опекающая программу для онкобольных детей “Исполни последнее желание безнадежно больного ребенка”, возила группу больных детей в Испанию, где они проходили курс дельфинотерапии (ZN.UA № 43 от 26.11.2011).

За рубежом в последние 15 лет публикуются сообщения о возможности использования эффективных и экономически оправданных альтернатив дельфинотерапии (Лукина Л. Н., 2007). Предлагается использовать в бассейне импульсные ультразвуковые генераторы с воспроизведением действия биосонара дельфина или формы, имитирующей более широкий спектр сенсорных впечатлений от дельфинотерапии (S. Birch, 2001; и др.). Б. Натансон (1989) предлагает использовать гидронеирофон со звуками дельфинов для глухих и слепых пациентов. Надо сказать, что среди лиц, пользовавшихся подобного рода приспособлениям, те, кто ранее имел опыт общения с живыми дельфинами, позитивно отзываются о своем настроении и самочувствии; те же, кто не имел такого опыта, говорили лишь об ощущении расслабления. Сегодня во многих детских больницах в Украине имеются т. наз. “сенсорные комнаты”, в которых ребенок получает красочные визуальные, акустические, осязательные и обонятельные впечатления. Наш опыт использования в сенсорной комнате записей звуков дельфинов для детей-дошкольников показал, что это не может быть полной альтернативой посещению дельфинария, но, тем не менее, обогащает новым действенным фактором сенсорную комнату, а детей успокаивает. Матери детей, присутствовавших в сенсорных комнатах, отмечали некоторую релаксацию после завершения сеанса. Так что вполне возможно, что по мере совершенствования излуча-

телей записей звуков китообразных можно ожидать их распространение и внедрение в реабилитационную практику.

Таким образом, дельфинотерапия сегодня является распространенным в мире видом анималотерапии, по поводу которого порой вспыхивают дискуссии. При бережном и доброжелательном отношении к дельфинам, которые являются краснокнижными животными, в искусственных водоемах они живут долго и размножаются. Последнее является свидетельством их нервно-телесного комфорта. Если нам удастся использовать их способности для восстановления здоровья детей, то это, на наш взгляд, оправдывает те неудобства, которые животные испытывают. В силу популярности сеансов дельфинотерапии и других видов анималотерапии среди родителей больных детей назрела необходимость интеграции медицинской науки и практики с этой областью знаний. Сегодня оптимальным был бы вариант, когда врач возглавляет центр дельфинотерапии или является его консультантом, в таком случае этот вид реабилитации предстает одним из компонентов комплекса мер по восстановлению нормального процесса нервно-психического развития ребенка.

Глава 14. Общие принципы психокоррекции аутизма

Психотерапия при расстройствах спектра аутизма направлена как на самого ребенка, так и на его родных. В первом случае целью является коррекция поведенческих расстройств и снятие у ребенка тревожности и страхов, во втором — смягчение эмоциональной напряженности и тревоги у родителей, привлечение их к повседневной работе с ребенком после ознакомления с приемами обучения и особенностями воспитания.

На предварительном этапе в коррекционных программах на основе простейших тактильных, пантомимических и других видов контактов с ребенком в условиях свободного выбора поведения проводится оценка уровня его развития, запаса знаний и поведенческих навыков специалистами разного профиля. Эта оценка является основой для разработки индивидуального плана лечебно-коррекционных мероприятий.

В большинстве случаев к периоду начала работы с детьми с РСА их уровень знаний и характер игровой деятельности отстают примерно на 2–3 возрастных порядка. У них преобладает манипулятивная игра, отсутствует партнерство, нет соотношения игры с истинным назначением игрушек, не возникает ориентировочной реакции на новые игрушки и лица, участвующие в игре, нет реакций подражания.

На первых этапах работы с ребенком отрабатывается реакция оживления и наблюдения, формируется зрительно-моторный комплекс. Далее в процессе манипуляций с предметами развивают тактильное, зрительно-тактильное, кинестатическое, мышечное восприятие. Одновременно вырабатываются связи между определенными частями тела, их словесными обозначениями и видами движений. Все это дает возможность сформировать у ребенка представление о собственном теле (его части, правой и левой стороне). Затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания, участия в элементарной целенаправленной деятельности.

На следующем этапе задача усложняется переходом от манипулятивной игры к сюжетной. Важнейшим направлением работы остается побуждение к деятельности, многократное повторение одних и тех же игр, формирование игровых штампов с постоянным использованием зрительно-моторного комплекса. Постепенно осуществляется переход от совсем простых к более сложным формам игр и другим видам моторной деятельности. Конкретно, последовательно, многократно демонстрируется и отыгрывается порядок всех игровых действий. Словесные комментарии даются в максимально короткой, однообразной форме.

Сугубо педагогические программы направлены на увеличение словарного запаса, обучение счету, определение временных категорий, углубление ориентирования в форме предметов и в пространстве. Дети с РСА испытывают трудности при переходе от одного вида движений к другому, не подражают, не воспроизводят последовательную цепь действий, особенно моторных, сопряженных с речевыми ответами. Им трудно по требованию воспроизводить недавно усвоенные знания и особенно знания из долго-

временной памяти (но такие знания могут легко проявляться аутохтонно, вне связи с контекстом занятий).

Любые задачи надо по возможности предлагать в наглядной форме. Речевые объяснения должны быть всегда простыми, одинаково выраженными, повторяющимися неоднократно, в одной и той же последовательности, голосом разной громкости (от тихого до громкого) и тональности. После усвоения определенных программ деятельность ребенка начинает постепенно видоизменяться и иногда скачкообразно может перейти на более высокий уровень. В этом случае дети переходят от пассивного к осознанному овладению некоторыми навыками, у них формируются осознание "Я" и способность к отмежеванию себя от других лиц. Задачей следующих этапов коррекционной работы является постепенное усложнение деятельности с переходом от индивидуальных к групповым занятиям, к сложным играм и упражнениям в группах из 3–5 детей.

Логопедическая работа после определения характера речевой патологии должна быть направлена на развитие слухового внимания, фонематического и речевого слуха. Осуществляются постановка звуков, их автоматизация, вводятся дыхательные, голосовые упражнения. Особенно важными являются задачи расширения словарного запаса, развития способности к составлению предложений по рисункам и по сериям картинок, работа над текстом, состоящая из бесед, переводов, проигрывания, "драматизации" разных тем, воспроизведения стихов и пр. При оценке эффективности логопедической работы нужно иметь в виду, что речь, как самая молодая функция, нарушается в первую очередь и восстанавливается постепенно, позже других функций.

Психологическая коррекция также начинается с диагностики проявлений психического дизонтогенеза ребенка в условиях общей и игровой деятельности. Основной задачей такой коррекции является вовлечение детей с аутистическими расстройствами в разные виды индивидуальной и групповой деятельности, формирование способности к регуляции поведения. В этом случае используются игры с жесткой последовательностью событий и действий, их многократное проигрывание. Усвоение системы игровых штампов способствует формированию у этих детей памяти, внимания, восприятия. В процессе таких занятий создается возможность переноса усвоенного в игровой ситуации на предметно-практическое ориентирование в окружающем.

Коррекционная работа в целом может рассматриваться как **коррекционная реабилитация**. Такая реабилитация обычно охватывает физиологически благоприятные для развития ребенка сроки — возраст 2–7 лет. Но систематические коррекционные занятия в течение месяцев и лет необходимо продолжать также в последующие годы (8–18 лет), потому что только в этом случае может быть достигнута социальная адаптация личности с РСА.

Психотерапия. Сама постановка вопроса о психотерапии аутизма часто оценивается скептически по той причине, что аутистический барьер, который она призвана разрушить, порожден сложным комплексом преимущественно биологических факторов и делает весьма затруднительным психотерапевтический контакт. Однако практикующий психотерапевт или врач-психиатр, вынужденный ежедневно решать проблему терапии аутизма у детей, знает, что вне психотерапевтического контекста, вне психотерапевтической стратегии и психотерапевтических методов успешное лечение вряд ли возможно. Трудности в работе с аутичным ребенком возникают у специалиста уже при первом

знакомстве. Обычным оказывается состояние, когда ребенок или не обращает внимания на присутствие нового взрослого, или становится напряженным и агрессивным. К такой реакции необходимо быть готовым заранее. При этом следует четко представлять психологические причины подобного поведения — появление нового незнакомого человека привносит в жизнь аутичного ребенка элемент неизвестности, который вызывает у него чувство дискомфорта и страха. Ему потребуется время, чтобы освоиться в новых условиях, привыкнуть к новому объекту.

В России и Украине психотерапия аутичных детей проводится в виде **игровой психотерапии**. Игротерапия включает несложные манипуляции со светом, звуком, цветом, простые действия с яркими игрушками, впоследствии — ритмические игры и танцы. Навязанный ребенку во время игр определенный двигательный ритм и стереотип не только вызывает положительные эмоции, но и оказывает благоприятное влияние на имеющиеся у ребенка двигательные стереотипы, то есть новый игровой ритм организует двигательную сферу ребенка. Как правило, психотерапевт использует любой момент концентрации внимания ребенка на каком-либо объекте таким образом, чтобы сразу же включить его в содержание импровизированной сказки. В процессе игры ребенку прививается уверенность в том, что его страхи и неудачи преодолены, подчеркиваются положительные качества, которые были проявлены им во время игры. Конечной целью игротерапии является выработка у ребенка личной активности.

На этапе установления контакта с ребенком рекомендуется настаивать на проведении конкретных игр, выполнении определенных задач. Следует быть чутким к реакциям ребенка, действовать в зависимости от ситуации, его желаний и настроения. Часто он сам предлагает ту форму возможного взаимодействия, которая в данный момент для него наиболее комфортна. Иногда, особенно на начальных этапах работы, следует принять такое предложение ребенка (не забывая, конечно, о целях работы). Все, что происходит на занятии, должно сопровождаться эмоциональным комментарием, в ходе которого взрослый проговаривает все действия и ситуации.

Поведение ребенка во время занятия может быть различным. Если он вышел из состояния равновесия, следует сохранять спокойствие, не ругать, а понять, чего ребенок хочет в данный конкретный момент, и постараться помочь ему выйти из состояния дискомфорта. Нужно быть готовым к тому, что реакция на одну и ту же игру, ситуацию у разных детей с РСА может быть разной: то, на что один ребенок отреагировал вполне дружелюбно, у другого может вызвать резко негативную реакцию. Мало того, один и тот же ребенок может вести себя совершенно по-разному в сходных ситуациях. Здесь можно посоветовать не бояться пробовать и экспериментировать. В случае, если ребенок принял предложенное, постараться развивать ситуацию, если же возникла реакция отчуждения, следует остановить игру. Это требует от психотерапевта или психолога гибкости, умения действовать в зависимости от развития событий.

Наличие стереотипной игры ставит аутичного ребенка в особый ряд, сразу же выделяет его среди других детей. Его странные действия вызывают интерес окружающих, что часто ранит близких ребенка. Однако стереотипная игра аутичного ребенка в начале терапевтической работы станет основой построения взаимодействия с ним, поскольку для самого ребенка это — комфортная ситуация, внутри которой он спокоен.

Во время знакомства с ребенком психотерапевт или психолог сначала лишь наблюдает за его стереотипной игрой. Цель такого наблюдения — постараться проникнуть в структуру стереотипной игры: выделить цикл повторяющихся действий, конкретные звукосочетания, слова и словосочетания в бормотании ребенка во время игры. Такие наблюдения и выводы помогут в дальнейшем, подскажут, каким образом можно принять участие в игре ребенка.

Когда ребенок привыкнет к присутствию психотерапевта, можно начинать осторожно пробовать подключаться к его играм, причем делать это нужно тактично и ненавязчиво. Не нужно много говорить, совершать активные действия. Стоит начать с того, что в нужный момент (ведь психотерапевт запомнил порядок действий ребенка) предоставить ему необходимую деталь и этим привлечь его внимание к своему присутствию. Можно негромко повторить за ребенком его слова.

Не стоит торопить взаимодействие, цель — дать ребенку понять, что ему не помешают играть (как всегда бывает) и что от этого человека может быть польза. На данном этапе все усилия должны быть направлены на то, чтобы завоевать доверие ребенка, а это требует времени и терпения. Ситуация, когда психотерапевт приходит, а ребенок в это время занят своей стереотипной игрой и не обращает на его приход никакого внимания, является обычной в начале занятий с аутичным ребенком. Но если действовать терпеливо и настойчиво, обязательно наступит момент, когда ребенок доверится терапевту, ведь он станет для него тем человеком, от которого он ждет понимания и помощи. И однажды, наконец, ребенок примет предложение поиграть немножко по-другому.

Сенсорной интеграцией детей с проблемами развития за рубежом занимаются специалисты с непривычными для нас названиями: детские эрготерапевты, остеопаты, специалисты по кранио-сакральной терапии и др. Известный детский эрготерапевт Э. Джин Айрес начала заниматься “терапией, основанной на сенсорной интеграции (сенсорно-интегративной терапией)” еще в 50-х годах прошлого века. Ее успехи в помощи детям и взрослым с нарушениями развития, а также с неврологическими проблемами привлекли внимание и подтолкнули к творческому поиску других специалистов. Именно оттуда берут начало Бобат-терапия и другие нейроразвивающие методики, Войта-терапия и кондуктивная педагогика А. Пете. Множество ранее высказанных идей о работе головного мозга, принципах восстановления его функций, принципов помощи детям с нарушениями развития остаются актуальными и в настоящее время (Клочкова Е., 2009). В Украине методики сенсорной интеграции прижились прежде всего в неврологической помощи детям с ДЦП.

Мы (Чуприков А. П., Черная Т. В., Зайцев Д. В., Таршинов И. В., 2012) предложили свой вариант сенсорной интеграции. Поскольку в его содержании преобладает терапия активным движением, мы назвали его комплексной игровой кинезитерапией (КИКТ). Метод может включать также пальцевый массаж, игру на батуте, в отдельных случаях пневмомассаж, т. е. его содержание может меняться в зависимости от многих особенностей ребенка.

Однако у детей с аутизмом и чертами аутизма осуществление методики кинезитерапии практически наталкивается на существенные препятствия. Такие дети боятся незнакомых людей, прикосновений к своему телу и особенно к голове, предпочитают уединяться. При попытке провести массаж или кинезитерапию они отвечают “реакциями протеста” в виде криков, плача, физического сопротивления и при этом долго не успокаиваются.

Метод комплексной игровой кинезитерапии опробован в ходе комплексного лечения 96 детей (66 мальчиков и 30 девочек) в возрасте от 1,5 до 7 лет. Он осуществляется следующим образом: вначале специалист по игровой кинезитерапии подготавливает помещение. Если кинезитерапия проводится в больнице, то комната должна содержать много игрушек, детской мебели; если в доме родителей — то это может быть обычная игровая детская комната с ковром на полу. Ни в коем случае кинезитерапевт не должен носить белый халат, отпугивающий ребенка, лучше спортивный костюм.

На первом этапе специалист знакомится с семьей, договаривается о взаимодействии в ходе терапии с родителями, наблюдает за поведением ребенка и его игрой, готовится к “встраиванию в игру ребенка”. Ребенок, страдающий аутизмом, предоставленный самому себе, может долго играть в однообразные игры (например, вращать колесико у машин-игрушки, завязывать и развязывать веревку); играть неигровыми предметами: выстраивать в ряд всю обувь, что есть в доме; подолгу и сосредоточенно смотреть на отражение солнечного луча и т. д. Специалист в данном случае в спокойной манере, с ласковыми словами начинает вместе с ребенком или вращать колесико, или завязывать веревку, или с помощью зеркала ловить солнечный луч. При этом специалист не возвышается над ребенком, а лежит вместе с ним на полу. Если в этом случае психологический контакт между ним и ребенком не возникает, то можно затеять игру с родителями (например, весело катать большой мяч); ребенок, наблюдая за взрослыми, сам включается в игру.

Первый этап может занять от 15 до 20 минут.

На втором этапе в ходе игры специалист начинает осторожно, применяя элементы техники восточного массажа, массировать ножку ребенка, начиная с пальчиков ступни. Как правило, это позволяет заинтересовать ребенка и, постепенно увеличивая объем массажа, переходить к кинезитерапевтическим упражнениям (в том числе на большом мяче), включая на поздних сеансах и элементы краниосакральной терапии. Все в целом позволяет добиться улучшения поведения ребенка. При детском аутизме и других отклонениях в развитии предпочтительны техники успокаивающего массажа, при задержках развития речи на фоне признаков умственной отсталости более предпочтительна техника активирующего массажа. Общее количество процедур — от 10 до 14.

У детей, подвергшихся игровой кинезитерапии, не менее чем в 90% были отмечены позитивные сдвиги, столь необходимые для поступательного преодоления негативных признаков психического онтогенеза. Они заключались в улучшении контактов с родителями и сверстниками, в успокоении и уменьшении реакций протеста, улучшении речи, увеличении словарного запаса, улучшении игровой деятельности. Многие дети в ходе сеанса массажа засыпали, хотя большая часть из них ранее не спала днем.

В качестве примера приведем следующее наблюдение (психолог-кинезитерапевт Т. В. Черная): Девочка В., 6 лет, с диагнозом детский аутизм и социальная дезадаптация, чуралась сверстников, не обращала внимания на родителей, пытавшихся привлечь ее внимание, порой предпочитала ходить по квартире голой, сопротивлялась одеванию, тщательно следила за порядком на своем столике. Вместе с тем овладела компьютером и с удовольствием подолгу просматривала мультфильмы. В момент прихода специалиста она сидела за компьютером и никак не реагировала на его появление. Контакт начался с того, что специалист опустилась под стол и, поглаживая ступни ног ребенка, стала читать детский стишок, затем перешла к легкому массажу. При второй встрече девочка встречала

специалиста у двери, а на третьей встрече сидела у нее на коленях, что очень удивило ее родителей, т. к. этого раньше никогда не было. Каждый сеанс включал в себя массаж и упражнения на большом мяче ("полеты космонавта"), а также осторожную проработку зоны крестца, позвоночника, шеи и головы. После 12 сеансов родители отмечали успокоение и упорядочение поведения ребенка, она стала более послушной и доверчивой, появился дневной сон, раньше стала засыпать вечером. У девочки увеличился запас слов, она чаще стала изъясняться короткими фразами. Потряхивания руками (стереотипии) остались, хотя и уменьшились. Спустя 3 месяца родители сообщили врачам, что появившиеся изменения в поведении ребенка сохраняются.

Таким образом, КИКТ является целенаправленным альтернативным методом улучшения поведения ребенка с отклонениями в психическом развитии. Метод запатентован.

Целесообразность проведения с аутичным ребенком любых сенсорных игр (со зрительными, слуховыми, тактильными, двигательными, обонятельными, вкусовыми ощущениями) основывается на положении о том, что сенсорный компонент мира приобретает для такого ребенка особую значимость. Поэтому проведение сенсорных игр является своеобразным "искусением" ребенка. А если удастся связать приятное переживание, которое возникает у аутичного ребенка при получении нового сенсорного ощущения, с образом конкретного человека, ребенок переполняется доверием к взрослому, который играет с ним, начинает видеть в нем союзника. В этом случае можно говорить об установлении эмоционального контакта.

Виды сенсорных игр: игры с красками; игры с водой, игры со светом и тенями; игры с пластическими материалами (пластилин, тестом, глиной), игры с движениями и тактильными ощущениями.

Глава 15. Комплексная психолого-педагогическая коррекция развития ребенка с расстройством спектра аутизма

Общие характеристики и принципы построения

Официальная педагогика признает очевидность факта, что для детей с аутизмом (и вообще — с нарушением общения независимо от этиологии) традиционные формы и методы педагогического воздействия или непригодны вообще, или требуют модификации. Вместе с тем, за последние годы уже практически доказано, что при адекватных коррекционно-педагогических мероприятиях у таких детей наблюдается существенная положительная динамика, и непредоставление детям с аутизмом и их семьям соответствующей профессиональной помощи является нарушением права детей на образование.

В то время, как тифло-, сурдо-, олигофренопедагогика имеют в своем арсенале устойчивые, общепризнанные и проверенные временем инструментари педагогической диагностики; принципы, приемы, методики и технологии коррекционной работы, а введение нового обусловлено, в основном, появлением современных технических средств обучения и коррекции, то психолого-педагогическая коррекция аутизма является предметом острых дискуссий ученых и практиков. Это — одна из наименее определенных отраслей современной коррекционной психологии и педагогики.

Аутизм является полиэтиологическим состоянием, содержащим группу клинических диагнозов (по МКБ-10). В нашей практике типичной является ситуация, когда ребенок в течение жизни постоянно получает разные диагнозы (как аутичного спектра, так и другие). Даже дети с одинаковым диагнозом демонстрируют огромное многообразие клинических проявлений, большинство из которых не являются вполне специфическими именно для аутизма. Что касается психолого-педагогических особенностей, то каждый ребенок с аутистическим типом развития является уникальным. В настоящее время очевидным является отсутствие четкой зависимости между клиническим диагнозом и даже стратегией медикаментозной поддержки ребенка с аутизмом, не говоря уже о путях психолого-педагогической коррекции, общей стратегии социализации и увеличении жизненной компетенции ребенка с аутизмом. Поэтому многократно возрастает значение адекватной психолого-педагогической диагностики, и именно она должна давать ориентиры для коррекционной работы.

Современные исследователи считают, что при изучении аутизма целесообразно выделять три уровня: биологический, когнитивный и поведенческий (Ф. Аппе). Когнитивный уровень анализа понимается не как “противоположный аффективному” и касается не только мышления, но и всех аспектов работы психики, с выделением такой ее части, как поведение, на отдельный уровень. Frith, Leslie, Baron-Cohen (1985), предложив так называ-

емую “theory of mind” (теорию сознания), описывали врожденный когнитивный механизм, позволяющий воспринимать переживания других людей с целью объяснения и прогнозирования поведения. При аутизме этот механизм не работает должным образом.

Итак, по теории Morton и Frith (1994), аутизм является дизонтогенезом, имеющим многочисленные биологические причины и различные поведенческие проявления, но единственный когнитивный дефект. Вообще, цель когнитивных теорий — с помощью гипотез, касающихся психических механизмов, преодолеть разрыв между поведением и биологией, между действием и мозгом.

Анализ современной литературы и практического опыта работы различных учреждений разных стран, осуществляющих психолого-педагогическую коррекцию детей с аутизмом, приводит к выводам об огромной дифференциации подходов к пониманию природы аутизма, которая, соответственно, влечет за собой дифференциацию подходов к диагностике и коррекции, к разработке и внедрению **коррекционной стратегии** (цели и способов ее достижения). Таким образом, есть основание говорить о том, что в мире существуют и успешно используются многочисленные специальные **коррекционные технологии** развития и обучения детей с аутизмом.

Так, известные нам коррекционные технологии могут быть классифицированы: а) по уровню коррекционного воздействия (биологический, когнитивный и поведенческий), б) по научной теории, на которую опирается технология (технология является научно обоснованным решением педагогической проблемы), в) по основному объекту коррекции и выбранной коррекционной стратегии. Результат такой классификации представлен в Таблице 8 Приложения 4.

Итак, комплексная технология коррекции развития ребенка с аутизмом основывается на следующих **принципах**:

1. Ориентация на формирование и развитие жизненной компетентности.
2. Семейно-центрированный подход.
3. Индивидуальный подход к диагностике и коррекции.
4. Опора на активные проявления и потенциальные возможности ребенка и семьи.
5. Комплексность коррекционно-педагогического воздействия.

Особенности психолого-педагогической диагностики детей с аутизмом и создания индивидуальных коррекционных программ

Количественные и качественные параметры коррекционной работы обусловлены насущными потребностями и возможностями ребенка, которые проявляются во время психолого-педагогической диагностики и находят свое отражение в **индивидуальной коррекционной программе**. Основным исполнителем программы является семья ребенка с аутистическим типом развития. В семье, как правило, выделяется один человек, который преимущественно является основным агентом коррекционного воздействия, через которого команда специалистов взаимодействует с семьей.

Каждый ребенок с аутизмом имеет свой особый набор психолого-педагогических параметров, в частности — набор особых способностей, дефицитов и поведенческих проблем. Поэтому актуальным становится вопрос об **адекватной психолого-педагогической диагностике**, которая служит созданию индивидуальной коррекционной программы и реализации этой программы с соответствующим мониторингом.

Определяя понятие психолого-педагогической диагностики, О. Шпек указывает, что главным является то, что ребенок рассматривается как целостность, включая его социальную ситуацию. При этом выясняются шансы его развития и способы помощи, дифференцированно определяются его возможности в обучении с целью планирования и реализации адекватных педагогических мероприятий. Таким образом, педагогическая диагностика не является оценкой, ориентированной на норму, которая измеряет отклонения от стандарта и фиксирует дефекты, она представляет собой выявление **исходных точек в построении процесса обучения и развития**. То есть она должна быть “диагностикой для поддержки развития” (Bundschuh, 1985). Речь идет о педагогически ориентированном подходе, цель которого не столько “классификация” ребенка и его нарушений развития, сколько выяснение, какие педагогические меры могут быть индивидуально подходящими для этого ребенка, с учетом особенностей его социальной ситуации (в первую очередь — семьи). В современной коррекционной педагогике все более актуальным становится семейно-центрированный подход, который характеризуется расширением фокуса внимания от отдельных проблем развития ребенка — к семье и биопсихосоциальным реалиям его жизни, а также — коренным изменением модели отношений между специалистами и родителями: от патернализма к полноценному партнерству и сотрудничеству в интересах ребенка. Этот подход предполагает, помимо прочего, соответствующее планирование и осуществление диагностического процесса.

Следовательно, встает вопрос о необходимости именно такого диагностического инструментария, который был бы удобен в использовании в повседневной психолого-педагогической работе с аутичным ребенком и его семьей. Стандартизированные диагностические шкалы, построенные на количественной оценке сфер развития — CARS, PEP-R, VABS (адаптивного поведения Вайнленда), которые широко применяются в мировой клинической практике, являются, во-первых, громоздкими и неудобными для использования в педагогической работе (например, PEP-R содержит 131 пробу в 7 областях), во-вторых, они просто недоступны отечественным педагогам и психологам.

Подытожив свой практический опыт, мы (А. М. Хворова) разработали **“Диагностическую панель комплексного психолого-педагогического исследования развития ребенка”**, разделы которой качественно оценивают проблемные сферы развития ребенка с аутизмом, по каждой такой сфере формулируются актуальные цели коррекционной работы. Диагностическая панель представляет собой опросник-анкету, созданную на основе субъективного подхода к диагностике (диагностика осуществляется на основе данных, сообщенных родителями).

Информация для заполнения диагностической панели собирается во время беседы с родителями и наблюдения за ребенком. На основе заполненной диагностической панели разрабатывается **индивидуальная коррекционная программа** на определенный срок, по истечении которого оценивается ее выполнение и создается новая программа. Программа содержит следующие разделы:

1. Первичные потребности, навыки самообслуживания.
2. Нормализация двигательной чувствительности и тонической регуляции.
3. Сенсорная интеграция и сенсорное развитие.
4. Развитие моторики, координации, пространственных представлений.
5. Развитие артикуляционного аппарата.

6. Развитие внимания.
7. Формирование и развитие действия.
8. Речевые и коммуникативные навыки.
9. Академические навыки.
10. Игровая деятельность.
11. Социальное развитие.

Такая программа может быть успешно выполнена только при условии семейно-центрированного подхода к психолого-педагогической коррекции аутизма, а также — партнерства и сотрудничества родителей со специалистами. Важными условиями налаживания партнерских отношений являются определенные черты и характеристики, которым должны отвечать специалисты, а именно:

- личная заинтересованность в получении специальных профессиональных знаний;
- *позитивное отношение* к родителям и детям: умение видеть сильные, а не слабые стороны; ресурсы, а не проблемы;
- способность к *эмпатии*, умение чувствовать и понимать проблемы детей и семьи;
- *“теплота в общении”* — этот термин встречается в специальной литературе, но не имеет четкого определения. Однако на практике разница между “теплыми” и “холодными” специалистами ощутимо заметна;
- умение мыслить в духе *семейно-центрированного подхода*, видеть не отдельные проблемы ребенка, а всю семейную ситуацию в целом;
- умение наладить взаимодействие и эффективную коммуникацию с родителями, говорить с ними доступно, без использования лишних терминов; находить способ “быть услышанным”.

Эффективность взаимодействия коррекционных педагогов с родителями, ожидания родителей и приемы общения с ними существенно зависят от того, на какой психологической стадии находится семья по отношению к аутизму ребенка: отрицание, соглашение, гнев, депрессия, принятие (E. Kubler-Ross, 1969). Как правило, это несложно определить по поведению родителей и их требованиям к специалистам, по отношению к рекомендациям. По нашему опыту, эффективное взаимодействие и совместная реализация индивидуальной коррекционной программы возможны с родителями, которые уже дошли до стадии принятия. На стадии соглашения родители могут быть активными и “усердными”, но эта активность преимущественно неконструктивная, она производит впечатление хаотичного поиска “золотой таблетки” или “волшебной методики”. Некоторые родители очень быстро приходят к принятию, а некоторые никогда его не достигают. Большинство людей для наименее травматического перехода к стадии принятия нуждаются в квалифицированной психологической помощи. Характерным признаком того, что человек находится на конструктивной стадии, является готовность воспринимать объективную и практически направленную информацию об особенностях развития ребенка, приемах его обучения, путях увеличения его жизненной компетенции. При общении с членами семьи ребенка с аутичным типом развития специалистам следует иметь в виду:

- человек, который уже научился адекватно воспринимать ситуацию и действовать конструктивно, при неблагоприятных обстоятельствах может демонстрировать признаки предыдущих стадий, к чему надо относиться с пониманием и быть готовым в любой момент оказать “скорую психологическую помощь”;

- распространенной является ситуация, когда некоторые члены семьи находятся на стадии принятия и настойчиво преодолевают трудности повседневной жизни, учебы, лечения и увеличения жизненной компетенции ребенка, а остальные члены семьи остаются на ранних стадиях, все время внося деструктив. Такая ситуация является постоянным источником семейных конфликтов, о чем следует помнить специалистам.

Программы психолого-педагогической коррекции расстройств спектра аутизма

При программировании психолого-педагогической помощи детям с аутизмом и их семьям основополагающим является то, что не создается программа в обычном понимании этого термина. То есть — четкая последовательность действий во времени и пространстве, поскольку излишняя формализация невозможна и неуместна в коррекционной работе с детьми с аутичным типом развития, так же как и в случае многих других сложных нарушений. Причина этого, как указывают педагоги-практики (Ю. Краснов), — нестабильность состава группы и количества помощников (адаптеров), изменения настроения, психического состояния, работоспособности детей. Каждое занятие носит импровизационный характер. Поэтому при программировании каждого вида групповых (микрогрупповых, индивидуальных) занятий мы прописываем общий подход и определяем цели, задачи и ожидаемые результаты коррекционной работы. Каждый вид занятий имеет *терапевтические* результаты (уменьшение страхов и агрессии, коррекция сенсорной и моторной сферы, улучшение внимания и т. д.) и *учебные* результаты (усвоение необходимых навыков). Также такая программа содержит описание конкретных методов, приемов и видов деятельности, которые должны привести к результатам. При этом, порой одни и те же приемы и виды деятельности используются на различных видах занятий и дают ряд результатов. Например, совместный с педагогом поиск скрытого в помещении источника приятных звуков (лучше использовать мобильный телефон, который играет любимую мелодию) служит развитию слухового восприятия и пространственных представлений, а также способствует эмоциональному и коммуникативному развитию.

Программа коррекции активности детей с аутизмом с опорой на уровни построения движений Н. А. Бернштейна в первую очередь направлена на психомоторную сферу ребенка с аутизмом, но применение ее элементов обеспечивает коррекцию всех без исключения проблемных сфер ребенка. Эта программа реализуется на занятиях по кинезотерапии, но элементы из нее уместны на всех занятиях и в повседневной жизни, общении, играх.

Коррекция игрового взаимодействия занимает особое место в комплексной технологии, поскольку из-за того, что игра является ведущей деятельностью ребенка дошкольного возраста, нарушение формирования и развития игровых навыков приводит к дальнейшему искажению психического развития ребенка. “Мы не потому играем, что мы дети, но для того дано нам детство, чтобы мы играли” (К. Гросс). Программа может использоваться для коррекционной работы с детьми 2–15 лет с разным уровнем психического развития. Из этой общей программы педагог (или родители) выбирает игры для каждого занятия (и корректирует во время занятия, ориентируясь на ситуацию) в зависимости от задач, которые он перед собой ставит, а также — в зависимости от возраста, возможностей, интересов детей и наличия на занятии помощников-адаптеров. Игровая коррекция может способствовать решению следующих задач:

- учебных (получение и развитие навыков — моторных, речевых, коммуникативных, социальных, академических);
- коррекционных (развитие внимания, памяти и т. д., развитие пространственных представлений);
- терапевтических (преодоление тревожности, агрессии, страхов и т. д.).

Программа условно состоит из 6 разделов, в которых игры сочетаются по форме, содержанию, коррекционным задачам. При этом игра из одного раздела может содержать элементы другого раздела (пример — для сюжетных игр используются элементы сенсорных игр). Значительное место занимает раздел фольклорных игр — в коррекционных целях используются шедевры *этнопедагогики*, которые имеют огромный энергетический посыл.

Современная научно-педагогическая мысль имеет в своем распоряжении данные фольклористических и музыковедческих исследований украинского фольклора (В. Гошовский, Н. Гринченко, А. Завальнюк, А. Иваницкий, К. Квитка, Ф. Колесса и др.). В работах этих ученых фольклор рассматривается как самоценный культурный факт и разновидность искусства. Для нашего исследования имеет особое значение педагогический потенциал фольклора в контексте возможностей его применения в коррекционной работе. Вопрос педагогического воздействия фольклора исследовали такие ученые, как М. Стельмахович, Ю. Руденко, В. Струминский, Е. Сявакко и др.

Древнейшими являются хороводные драматические игры, которые когда-то были частью календарных обрядов. Они, в основном, раскрывают тему земледельческого труда через объединение в единое целое музыки, хореографических движений, пантомимы, слова. Естественный интерес детей ко всему живому способствовал популярности среди них игр, основными персонажами которых являются птицы и звери. Эти игры, в которых действия, движения сочетаются с хорошо развитым диалогом, часто воспроизводят острые моменты борьбы сильного и слабого. Среди народных игровых моментов много сугубо подвижных игр, в которых драматизация сочетается с соревновательными элементами — бегом вдогонку, наперегонки, поиском, прорывом круга. Немало таких игр сопровождается своеобразными поэтическими и музыкальными вставками, которые имеют различное назначение, — предупреждают о начале игры или каком-то ее этапе, комментируют происходящие события. Отдельные игры создают целые сюжетные действия, своеобразные детские спектакли под открытым небом, среди природы. Они являются не только формой досуга, в них сочетаются ловкость и физическая закалка, сноровка и сообразительность, гибкость и изобретательность, настойчивость и выносливость. Они развивают память, внимание, сосредоточенность, закаляют волю, формируют чувство коллективизма и взаимовыручки.

Таким образом, фольклорные игры целесообразно использовать для коррекции психических процессов у детей с аутизмом. Например, пестушки и потешки, которые издавна использовались с детьми первого года жизни и служили своеобразными “методиками раннего развития”, с детьми с аутизмом сохраняют свою актуальность до четвертого-пятого года жизни, а иногда и позже. Являясь мощным стимулом коррекции и развития всех проблемных сфер ребенка, эти игры уменьшают негативное влияние нарушения перцептивных схем (У. Найссер) на дальнейшее развитие ребенка. Проиллюстрируем конкретными примерами.

Во время игр мать (или педагог) держит ребенка на коленях лицом к себе. Стишок проговаривается на эмоциональном подъеме, глядя в глаза ребенку, поощряя его к совместному выполнению действий, звукоподражанию. Очень тщательно выполняем потягивания, осуществляя коррекцию тонической регуляции:

Ототушки-тутушки!
На котика потягушки,
А на Васеньку растушки.
Ой, тошки, тототушки!
Чтобы подросли немножко.

Хлопки в ладоши вместе со взрослым тренируют навык имитации, готовят руки к предметным действиям:

- *Ладушки-ладушки, где были?*
- *У бабушки!*
- *Что ели?*
- *Кашку!*
- *Что пили?*
- *Бражку!*
- *Шу-у, полетели, на головку сели...*

(хлопаем в ладошки)
Петушок, петушок,
Золотой гребешок,
Выгляни в окошко,
Дам тебе горошка.

Петушок, петушок,
Золотой гребешок,
Масляна головушка,
Шелкова бородушка,
Что ты рано встаешь,
Голосисто поешь,
Ване спать не даешь?

Красивые, певучие стихи надо говорить совершенно определенно, поощряя ребенка подражать:

Потягуни — потягушечки,
От носочков до макушечки,
Мы потянемся-потянемся,
Маленькими не останемся.
Вот уже растем,
Растем,
Растем!

Гуси-лебеди летели,
В чисто поле залетели,
В поле баньку отыскали,
Лебеденка искупали.

Ой, лады, лады,
Не боимся мы воды,
Чисто умываемся,
Маме улыбаемся.

Шел старик дорогою,
Шел старик дорогою,
Дорогою, дорогою,
Нашел козу безрогую,
Безрогую, безрогую.
Давай, коза, попрыгаем,
Попрыгаем, попрыгаем,
Да ножками подрыгаем
Подрыгаем, подрыгаем.
А коза бодается,
Бодается, бодается,
А старик ругается,
Ругается, ругается.

Идет коза рогатая,
Идет коза бодатая,
Ножками топ-топ,
Глазками хлоп-хлоп.
Кто каши не ест,
Молока не пьет —
Забодает, забодает, забодает!

(Щекотка, пальцами пробегаем от пяточек к шейке или под ручки)
Бежала мышшка, несла коврижку, не знала, где сесть, коврижку съесть
А тут-тут села — коврижку съела!

Ехал пан, пан, пан,
Ехал сам, сам, сам
По ровной дорожке, по ровной дорожке,
По кочкам, по кочкам —
Бух в ямку!

Ехала барыня
По ровненькой дорожке,
По кочкам, по кочкам —
Да бух!

Ехали, ехали,
К бабе за орехами,
В ямку — бух!
А там — петух.

Водичка, водичка,
Умой мое личико,
Чтоб кусался зубок,
Чтоб смеялся роток.

В украинском и русском фольклоре немало игр, которые позволяют дать ребенку первые навыки взаимодействия в группе:

(Становимся в хоровод, бежим все быстрее)
Еле-еле закружились карусели,
А потом, потом, потом... все бегом, бегом, бегом.
Тише-тише, не кружите,
Карусель остановите
Раз — два, раз — два, закружилась голова

Сеем-сеем муку, сеем-сеем муку *(показываем руками)*
Месим-месим тесто.
Дуйся-дуйся, пузырь,
Раздувайся большой
(Хоровод расходится, потом все быстро бегут друг к другу)
Оставайся такой да не лопайся. П-ш-ш...
(Потом из пар "ребенок-взрослый" с поднятыми руками — вроде игры в "ручеек" — образуется "печка", через которую пробегают дети-"пирожки", а взрослые хлопают их по спине, чтобы они "лучше пропеклись")

Редечка

(Дети садятся друг за другом, держа руками друг друга, — делают "грядку". Один взрослый — "бабушка" у грядки, двое пришли и обращаются к нему):

" — Бабушка-бабушка, дай редечки"

" — Нету!" "Ну дай!!" "Берите"

(Двое тянут первого ребенка, другие пытаются его удержать)

" — И раз! И два!! И-и три! Выдернули!"

" — Несем в хранилище"

Паучок-паучок, тоненькие ножки, красные сапожки.
Мы тебя растили, мы тебя поили, мы тебя кормили,
На ноги поставили, танцевать заставили (*все поднимают ребенка, сидящего в середине хоровода*).

Танцуй, сколько хочешь, — выбирай, кого захочешь.
Поклониться не забудь — выбирай кого-нибудь.

Как у нашего Дрихмана семеро детей,
Семь, семь, все семь сыновей.
Они не пили, не ели, друг на друга смотрели, делали так...

А шел козел по лесу, по лесу, по лесу,
Искал свою принцессу, принцессу.
Давай, коза, попрыгаем, попрыгаем, попрыгаем
И ножками подрыгаем, подрыгаем, подрыгаем.
Давай, коза, потопаем, потопаем, потопаем
И ручками похлопаем.

Ребенок старшего возраста получает стимулы для нормального моторного развития, развития пространственных представлений, получения необходимых социальных и коммуникативных навыков через коллективные подвижные игры (хороводные, игры с правилами), идущие из древности, — “Мышка и кот”, “Самовары-чайнички”, “Перстень”.

При создании программы **“Коррекция активности средствами искусства и творческое развитие”** использовались наработки специалистов-практиков, работающих с детьми с различными нарушениями развития (Ю. Краснов, Ю. В. Липес и др.). Принципы, которыми мы руководствуемся при создании и реализации программы:

- творческий процесс благодаря постоянному обращению к личному опыту ребенка;
- во время любой деятельности акцент делается не на продукт (результат работы), а на процесс, в ходе которого решается целый ряд учебных, коррекционных, терапевтических задач.

Программа состоит из следующих частей:

- I. Работа с краской и рисование.
- II. Работа с бумагой.
- III. Работа с пластилином, пластиком и глиной; керамика.

Учебные задачи:

- приобретение и совершенствование навыков обучения: сидеть за столом, слушать инструкцию;
- приобретение и совершенствование многочисленных навыков, необходимых для рисования, лепки, работы с бумагой;
- приобретение навыков совместной деятельности;
- изучение цветов, форм, размеров, строения тела человека и животных.

Коррекционные задачи:

- развитие и коррекция сенсорной сферы: зрительной и тактильной чувствительности;
- развитие мелкой моторики;
- развитие и концентрация внимания;
- развитие воображения, памяти;
- увеличение коммуникативных возможностей;
- развитие зрительно-моторной координации и пространственных представлений;
- организация продуктивной деятельности;
- закрепление обучающего поведения.

Терапевтические задачи:

- улучшение работы головного мозга, в частности — межполушарного взаимодействия (благодаря работе обеими руками одновременно);
- уменьшение агрессии;
- уменьшение тревожности;
- закрепление обучающего поведения.

Во всех трех разделах на начальных этапах работы с аутичным ребенком мы используем похожие приемы: спонтанная лепка, рисование, спонтанные действия с бумагой. Целесообразность этого связана с тем, что ребенок с выраженными аутичными проявлениями первоначально неспособен осуществлять продуктивную деятельность. Аутичное нарушение и незрелость нервной системы порождают целый ряд проблем, каждая из которых сама по себе мешает ребенку сесть за стол и выполнить задачу, а именно: недостаток мотивации, сенсорная дезинтеграция, недостаточное понимание речи, недостаток внимания, недостаточное развитие мелкой моторики, нарушения функции программирования и контроля. Все вместе эти проблемы образуют замкнутый круг. Именно этот симптомокомплекс, если его не преодолеть, на практике делает невозможным посещение сада и школьное обучение.

При этом разные авторы (Ю. Липес, И. Захарова, О. Никольская, О. Шпек, М. Пишчек и др.) подчеркивают необходимость формирования у детей с аутизмом продуктивной деятельности, а также — важность их постепенного введения в творческую активность. Спонтанные приемы дают возможность нивелировать негативное влияние некоторых отдельных дефицитов в психических процессах, преодолеть стереотипы ребенка, создать ситуацию успеха и у ребенка, и у его семьи.

Общий принцип этой микротехнологии таков: ребенок создает продукт жизнедеятельности (“каракули” на бумаге, скомканная бумага, смятая глина или пластик), который потом вместе с педагогом “узнается”, т. е. определяется, на что это похоже, и дорабатывается (дорисовываются детали, смятая бумага приклеивается на лист и т. д.). При таких условиях создать готовое, завершенное изделие способен почти любой аутичный ребенок.

Все авторы-практики (Л. Нуриева, Е. Янушко, И. Захарова и др.) предлагают следующий алгоритм ввода аутичного ребенка в микротехнологию:

Установление контакта (педагог подключается к активности самого ребенка, постепенно вводя в его стереотипную деятельность все новые элементы, приучая ребенка к взаимодействию) — **элементарная продуктивная деятельность**, выполнение задач, упражнений и т. п. в индивидуальном режиме — **введение ребенка в группу** для соответствующего занятия (игровое, музыкальное, спортивное, творческое и т. д.).

Целевая группа программы: дети с аутичным типом развития 2–10 лет, как с родителями, так и без них. Залогом максимальной производительности ребенка на занятии, достижения всех поставленных коррекционных целей является удачное решение относительно присутствия или отсутствия родителей на занятии. Как правило, для ребенка младше 5–6 лет мама на занятиях нужна — она организует ребенка, помогает ему раскрыться, ободряет и успокаивает. У ребенка старшего возраста присутствие на занятии родных, наоборот, тормозит активность или вызывает непроизводительное возбуждение. Мать, сама не осознавая этого, может навязывать ребенку бесполезные для его развития стереотипы, блокировать социальную, речевую, коммуникативную активность.

Программа **“Коррекция активности средствами музыки”**. Традиционные методы психолого-педагогической коррекции используют слово в качестве главного инструмента воздействия речи. Ребенок с аутизмом, как правило, требует иных подходов, поскольку недостаточно владеет речью и недостаточно использует ее для коммуникации, имеет низкий уровень психического развития. В таких случаях психолог и педагог должны использовать невербальные средства коммуникации.

Человек от рождения наделен способностью воспринимать музыку и реагировать на нее. Такая способность нередко сохраняется (и даже усиливается) при различных нарушениях и заболеваниях, и аутизм — не исключение. Влияние музыки на людей, имеющих трудности при вербальном общении или вообще лишенных такой возможности, может быть использовано при оказании психолого-педагогической помощи детям с аутизмом.

Музыкальная терапия, как одно из возможных невербальных средств терапевтического воздействия, стала применяться 40 лет назад. Прежде всего музыка необходима нам как средство эмоционального воздействия на ребенка, также она дает ребенку дополнительные возможности для познания мира и невербальной коммуникации. Для некоторых детей с нарушением психического развития музыка вообще становится сверхценным интересом и длительное время остается единственной “линией связи” с окружающим миром.

Цель программы **“Коррекция активности средствами музыки”** — наладить и (или) усовершенствовать двухстороннюю коммуникацию. Педагог стремится создать ситуацию, комфортную и безопасную для ребенка, и пытается в такие моменты получить положительные и осознанные его реакции. Такая работа нацелена на выстраивание гибких и разнообразных взаимоотношений между педагогом и ребенком, между ребенком и звуками, между звуками музыкальных инструментов и голосом ребенка. Через музыкальный опыт углубляются и начинают активно использоваться для взаимодействия с окружающим миром слуховое, зрительное и тактильное восприятие, а также двигательный контроль и произвольность, способность усваивать пространство. Это способствует активизации многих психических и когнитивных процессов, эмоциональному развитию. “Мир музыки выводит ребенка из одиночества” (Дж. Алвин).

Музыкальные занятия, развитие средствами музыки занимают значительное место во многих педагогических технологиях и системах. О важности и положительном влиянии музыки на развитие человеческой психики известно с давних времен (это подчеркивали еще Пифагор и Аристотель). Современная мировая педагогика также имеет специальные исследования, направленные на выявление возможного влияния занятий музыкой на общее

развитие и успешность обучения. Такие широкомасштабные лонгитюдные исследования были проведены в Берлине под руководством профессора Г. Г. Бастиана. Исследования были проведены в 90-х годах прошлого века на базе пяти средних школ; они показали, что расширенное музыкальное воспитание оказывает существенное положительное влияние на детей младшего и среднего школьного возраста. Внедрение в школе специальной музыкальной программы привело к значительному улучшению социальной компетенции учащихся, повышению мотивации к обучению и достижениям, существенному росту коэффициента интеллекта (IQ), увеличению концентрации внимания, повышению креативности, улучшению эмоционального самочувствия, уменьшению чувства страха и, наконец, — повышению общего уровня школьной успеваемости, несмотря на увеличение нагрузки. Таким образом, это исследование указывает на положительное влияние музыкальных занятий на сферы, являющиеся наиболее проблемными у детей с аутизмом.

Анализ научных источников (О. М. Котишева, Г. Л. Битова и др.) определил, что под музыкальной терапией понимается подконтрольное использование музыки в лечении, реабилитации, образовании и воспитании детей и взрослых, страдающих от соматических и психических заболеваний. Ее суть видится в способности вызвать у ребенка с нарушением развития положительные эмоции, оказывающие лечебное воздействие на психосоматические и психоэмоциональные процессы, мобилизуя резервные силы ребенка. Мы считаем такой подход, так же как и термин “музыкотерапия”, несколько ограниченным, поскольку он предусматривает только терапевтическое, лечебное воздействие музыки на ребенка, а именно — терапевтический, коррекционный и учебный. Поэтому мы предлагаем использовать термин “коррекция активности средствами музыки”.

Многочисленные методики предусматривают не только целостное и изолированное использование музыки как главного ведущего фактора влияния, но и дополнение музыкальным сопровождением других коррекционных методов с целью усиления их влияния.

Существует множество различных подходов, направленных на коррекцию нарушений развития средствами музыки. Музыкальная терапия считается одним из видов арт-терапии (синтез нескольких областей научного знания: искусства, медицины и психологии), рассматривается как совокупность методик, построенных на применении различных видов музыкальной деятельности. Большинство исследователей разделяет подход Карла Кенинга к использованию музыки в лечебной педагогике: для того, чтобы достичь глубокого влияния музыки на организм, ребенок должен сам активно действовать — петь, играть на музыкальных инструментах, воплощать музыку в движениях.

Ни одна из существующих методик музыкальной терапии в полном объеме не подходит для организации и проведения эффективных занятий по коррекции средствами музыки в рамках комплексной технологии коррекции развития активности детей с аутизмом. Это, в первую очередь, связано с необходимостью проведения занятий в микрогруппах и группах, неоднородных как по возрастному составу, так и по психолого-педагогическим параметрам детей с аутизмом. Нами (А. М. Хворова) была разработана специальная программа, в которой прописаны, согласно общей макротехнологии, терапевтические, коррекционные и учебные цели. Программа содержит наиболее целесообразные приемы, методы, формы работы с детьми с аутизмом в рамках коррекции средствами музы-

ки. В основу программы был положен опыт специалистов разных стран, занимающихся коррекцией нарушений развития средствами музыки (Ж. Некту, Ж. Македа (Франция), Г. Битова, И. Захарова, С. Хатуцкая, А. Виноградов, Т. Степанова (г. Москва), С. Стангрит (г. Петрозаводск), А. Черкасская, А. Котишева (г. Санкт-Петербург)).

О. Котишева считает, что в музыкотерапии не стоит делать акцент на целенаправленное обучение и овладение навыками и умениями музыкальной деятельности (т. е. не имеют место разучивание музыкальных произведений, занятия по сольфеджио, вокалу и т. д.). Цель и содержание коррекционных, реабилитационных занятий формулируются, исходя из физических, психических, умственных возможностей детей. Поэтому на индивидуальных и групповых занятиях музыкотерапией не ставится целью развитие чисто музыкальных способностей, основные элементы занятий направлены не на исполнение музыкальных задач, а на смягчение значимых для развития ребенка психолого-педагогических проблем. Также подчеркивается создание на занятиях безоценочной атмосферы, особенно доверительных отношений, которые позволяют быть принятым окружающими при любых условиях. В целом соглашаясь с такими принципами, мы подчеркиваем целесообразность индивидуального подхода в психолого-педагогической работе с детьми с аутизмом — то есть не может быть универсальных подходов ко всем детям и к любой ситуации. В частности, нецелесообразно заранее отказываться от обучения детей с аутизмом средствами музыки, то есть от получения детьми полезных навыков в пользу этих занятий, поскольку такие дети на определенных этапах своего развития имеют большие проблемы с обучаемостью, и поэтому следует использовать все возможности для этого. На музыкальных занятиях возможно приобретение новых коммуникативно-речевых и академических навыков (счета, понятия "право-лево" и др.). Относительно целенаправленного обучения игре на музыкальных инструментах, то, по нашим наблюдениям, для многих детей с выраженными аутическими нарушениями это вполне возможно, и отдельные аутичные дети оказываются очень способными и успешными в этом деле. В таком случае занятия музыкой могут стать мощным средством увеличения социальной и жизненной компетенции и даже открыть путь к будущей профессии.

Что касается безоценочной атмосферы, то она должна содержать и подкрепление желаемого поведения — иначе ребенок с аутизмом не будет иметь никаких ориентиров и должной мотивации к занятиям.

О. Котишева предлагает для достижения оптимальных результатов групповых занятий музыкотерапией строить их, равномерно распределяя психофизическую нагрузку, и проводить по следующей схеме:

1. Приветствие.
2. Ритмическая разминка.
3. Упражнения для развития тонких движений пальцев рук, упражнения для развития речевых и мимических движений.
4. Пение.
5. Слушание музыки и игра на детских музыкальных инструментах.
6. Танцы, хороводы.
7. Музыкальные игры.
8. Прощание.

При необходимости на занятии присутствуют родители (для помощи в передвижении по залу при трудностях ориентирования в пространстве, для выполнения задания вместе с ребенком — “рука-в-руке”, при предварительной длительной социальной депривации, при знакомстве с новым музыкальным материалом, для усвоения родителями приемов взаимодействия с ребенком, для наблюдения за динамикой его развития и т. п.). Один и тот же музыкальный материал используется многократно, чтобы дети в своем индивидуальном темпе смогли его усвоить и постепенно научиться выполнять вместе с педагогом и другими детьми. После определенного периода адаптации дети постепенно начинают самостоятельно выполнять несложные движения под музыку, осваивать песенный репертуар. Они становятся способными не только пассивно слушать музыку, но и создавать ее — петь, танцевать, играть на музыкальных инструментах. Главным коррекционным эффектом является то, что они проявляют желание и способность взаимодействовать друг с другом и со взрослыми, которые их окружают.

Дети от природы музыкальны, не случайно голосовые проявления младенца характеризуются как напевное гуление, вокализации, трели. В литературе описаны случаи, когда трех-, четырехмесячные малыши точно интонировали мелодию, которую слышали от матери. По мнению И. А. Выродовой, базой для развития ребенка раннего возраста средствами музыки являются игры, которые может использовать мать, общаясь с ребенком. В основе музыкальных игр — пение, исполнение различных мелодий на детских музыкальных инструментах, короткие пьесы и музыкальные фрагменты из классических произведений как в записи, так и в непосредственном исполнении (на фортепиано, гитаре и т. д.).

Материнское пение занимает особое место в развитии ребенка. Ее голос — это главный и уникальный “музыкальный инструмент”. Пение матери является для ребенка сильным эмоциональным стимулом, на который он реагирует активными действиями. Если мать поет от души и с удовольствием, ребенок раннего возраста “подхватывает” ее пение вокализациями; более взрослый ребенок повторяет и подпевает отдельные слоги, слова, короткие фразы. Такие реакции характерны для детей без нарушений психического развития и, как свидетельствует наша практика, они присущи также детям с аутизмом (иногда они даже более выражены из-за склонности этих детей к эхолалии) и могут дать значительный толчок их речевому развитию. Такие моменты взаимодействия и единения благодаря музыке развивают чувство взаимного доверия, позволяют малышу почувствовать себя любимым, единственным и защищенным. Что касается музыкального материала для занятий с ребенком, то как для детей раннего возраста без нарушений развития, так и для детей с аутизмом благоприятными являются народные мелодии и песни. Они разнообразны по характеру (лирические, плясовые и др.), ритму, темпу. Их музыка выразительна, доступна для исполнения и восприятия, она создает большие возможности для импровизации, а текст песен содержит позитивную информацию об окружающем мире. Много детских песен, написанных известными авторами, также подходят для музыкальных игр и занятий для детей с аутизмом. Важное значение имеют колыбельные песни, они существенно гармонизируют центральную нервную систему ребенка, уравнивают процессы возбуждения и торможения.

Одним из ведущих направлений в коррекции активности ребенка средствами музыки является развитие ее восприятия. Дети раннего возраста, так же как и неврологически

незрелые вследствие нарушения развития, воспринимают музыку как сложный акустический стимул, еще не выделяя отдельные средства музыкальной выразительности, — то есть реагируют в основном на ее характер. Приобщение маленького ребенка к музыке, особенно классической, происходит постепенно, вследствие эмоционального общения со взрослыми. Для того чтобы музыкальное слуховое восприятие развивалось, музыка должна быть интересной ребенку, достаточно разнообразной по характеру, ладу, темпу, тембру, должна быть яркой, художественной, запоминаться. Занимаясь с аутичным ребенком, следует учитывать склонность таких детей к стереотипам, которыми могут очень быстро становиться определенные мелодии, звуки, игры и т. д. Но если такое произошло и ребенок все время “застревает” на одних и тех же элементах, требует их повторения, следует не бороться с этим, а использовать их в качестве подкрепления, поощрения.

При подборе музыкального материала для занятий с аутичным ребенком необходимо избегать громких звуков, резких динамических темповых контрастов, жалостных интонаций, незаконченных музыкальных фраз, навязчивых ритмов. Лучше всего подходит музыка, которая дает ребенку положительное эмоциональное переживание. Надо помнить, что музыка не должна быть фоном для самостоятельной игры ребенка. В лучшем случае ребенок ее не услышит, в худшем — такая “музыкальная нагрузка” вызовет у ребенка переутомление, что отразится на его поведении. Для развития слухового восприятия средствами музыки лучше использовать небольшие завершенные музыкальные фрагменты из произведений украинских, русских и европейских классиков, короткие пьесы, народную музыку, песни в исполнении детского хора. Музыкальный фрагмент на начальном этапе обучения может состоять буквально из нескольких фраз, которые звучат 20–30 секунд.

Для того, чтобы ребенок мог сосредоточить свое внимание на музыке, надо подготовить для этого место, убрать из поля зрения все, что отвлекает. Педагог или мать сосредоточивает ребенка словами: “Сейчас будет музыка. Красивая!”. Музыка должна звучать негромко. Во время прослушивания фрагмента не стоит разговаривать с ребенком, лучше общаться мимикой, взглядом, ритмичными движениями, демонстрируя свое отношение к музыке. Как правило, ребенок не может длительное время сдерживать свою двигательную активность, поэтому для того, чтобы продлить период восприятия музыки, стоит включать в игру движения, соответствующие ее характеру. Это может быть раскачивание, потряхивание, поглаживание ребенка, движения рук и корпуса как с предметами, так и без них. Слушать музыку стоит, пока у ребенка сохраняется внимание.

В психолого-педагогической работе с детьми с аутизмом и их родителями музыка может использоваться следующим образом:

1. Музыкальная терапия как способ стимуляции психического развития — при такой работе важен подбор музыкальных материалов; надо помнить, что чрезмерная музыкальная стимуляция может усилить двигательную расторможенность ребенка и даже спровоцировать на музыкальном занятии эпилептический припадок у ребенка с эпи-статусом.
2. Музыкальная терапия как средство коррекции темпа деятельности — для заторможенных детей применяются танцы, маршировка с ускорениями, чередование темпа музыки, что требует изменения движений; для гиперактивных детей музыка является элементом регуляции, они учатся останавливаться по соответствующему сигналу; для

гиперсензитивных детей разработаны специальные релаксационные упражнения, что немного уменьшают тревожность.

3. Решение терапевтических задач: снижение тревожности, напряжения, страха — через создание приятной, знакомой ситуации, которая все время повторяется.
4. Решение коррекционных задач: развитие двигательной сферы, слухового внимания, активной и пассивной речи.

На протяжении всего занятия педагог играет на разных инструментах: фортепиано, гитаре, флейте, а также поет. Ребенку предлагаются различные детские музыкальные инструменты: маракасы, колокольчики, бубен, барабаны, ложки, флейты и другое. Во время выполнения различных заданий и игр ребенок слышит разные звуки и видит, какие инструменты их выдают. Постепенно он начинает различать различные инструменты по звучанию, у него появляются любимые инструменты. У многих детей развивается способность угадать, на каком инструменте играет педагог, ориентируясь по слуху. Также ребенок приучается ориентироваться в пространстве, реагируя на звуки и на память, запоминая, где какие инструменты находятся. Таким образом, с помощью музыкальных средств ребенок учится различать неречевые звуки, локализовать звук в пространстве, определять источник звука, соотносить инструмент и его звучание. Развитие неречевого слухового восприятия часто является одной из первых задач, которую ставит перед собой логопед, начиная работать с ребенком.

Путем совместного пения и музыкальных игр специалисты стимулируют и активную речь ребенка. При этом произвольный характер занятия и заинтересованная включенность в процесс пения всех его участников позволяют снизить контроль над речью, что мешает начать говорить многим детям, которые понимают, что это у них не получается. Так, часто именно на музыкальных занятиях дети начинают петь или проговаривать простые слова припева любимой песни, и с этого момента на занятиях по развитию речи появляется возможность работать с ребенком на новом уровне. Также во время пения ведется работа по развитию речевого и певческого дыхания, а также голоса, интонации.

Музыка помогает развитию чувства ритма, ритмичности движений, речи. На отличие музыкального ритма от любого другого (трудового, поэтического и т. п.) указывал Б. М. Теплов. По его мнению, ритм музыкального произведения влияет на эмоциональную сферу слушателя, а его восприятие сопровождается своеобразной двигательной активностью. Таким образом, способность уловить ритм музыки и начать свое движение, синхронизировав его с этим ритмом, качественно отличается, например, от простого выполнения физического упражнения под счет тренера — участие в такой деятельности как двигательной, так и эмоциональной сферы делает ее для многих детей легче и интереснее. Так, на музыкальных занятиях у детей развивается музыкально-ритмическое чувство, что, в свою очередь, влияет на двигательную, эмоциональную, познавательную сферы.

Музыкальное влияние стимулирует собственную активность ребенка. Заражаясь эмоцией, которую несет музыка, ребенок легче включается в общую деятельность, начинает петь или танцевать вместе со всеми или, если такие сложные виды деятельности для него пока невозможны, то хотя бы более внимательно наблюдает за окружающими взрослыми и детьми. Так, благодаря эмоциональному заряду, педагоги “втягивают” ребенка в свою деятельность. Игра на разных музыкальных инструментах, музыкальные игры и танцы спо-

способствуют развитию координации движений, общей и мелкой моторики, формированию у ребенка внутреннего контроля над своими действиями. Если на первых этапах ребенок с нарушениями двигательной сферы может играть только на простых инструментах (маракас или колокольчики, которые крепятся к руке на браслете), то в ходе занятий ребенку становится доступнее все большее количество разнообразных инструментов, многие из которых требуют от него более развитой моторики и координации движений — ребенок начинает не просто трясти игрушкой, а стучать, попадая палочкой по барабану. Со временем ребенок учится оперировать инструментами, которые требуют активного участия двух рук, навыков тонкой моторики (ложки, треугольник, кастаньеты и др.). Усложняются и общие движения, в которых участвует все тело ребенка. На первых занятиях дети учатся просто ходить под музыку и останавливаться, когда музыка замолкает. Репертуар доступных детям движений со временем расширяется: они ходят под медленную музыку и бегают — под быструю, машут “крылышками”, как птички, и переваливаются с ноги на ногу, как медвежата, прыгают и кружатся на месте и т. д. Эти упражнения требуют от детей определенного представления о своем теле и его возможностях. Кроме того, дети учатся двигаться рядом с другими, не мешая им. Движение в пространстве музыкального зала во время танца способствует развитию пространственных представлений. Сначала ребенок хаотично передвигается по помещению, отвлекаясь на все предметы, которые привлекают его внимание. Когда ребенок освоился в пространстве зала, он начинает двигаться так, как предлагает педагог: чередует ходьбу и бег, садится на стул в определенном месте, ложится на пол и т. п. В ходе занятий усложняются и танцы, которые составляют обязательную часть группового занятия. Сначала детям доступно только движение по кругу, каждого ребенка держит за руку помощник педагога, не давая ему уйти из круга или начать движение в неправильном направлении. Постепенно необходимое количество адаптеров уменьшается, поскольку некоторые дети уже могут сами удерживаться в кругу; сами танцы усложняются, появляются движения руками, повороты, прыжки, ходьба с разной скоростью в разных направлениях.

Такие музыкальные занятия в определенной степени напоминают занятия, которые проводятся в детских садах, однако в коррекции активности средствами музыки педагоги ставят совсем другие задачи. Если музыкальные руководители детских садов стремятся учить детей выполнять довольно сложные движения, то в работе с детьми, имеющими нарушения развития, задачи другие. Так, многие дети с выраженными аутичными нарушениями развития имеют такие серьезные проблемы, что не могут даже освоить программу младшей группы детского сада. Даже работая с детьми, которые могут делать то, что выполняют дети в детских садах, специалисты не просто учат их тому, чем, согласно программе, должны овладеть дети определенного возраста. Эти упражнения используют как средство для достижения терапевтических, коррекционных и учебных целей, соответствующих психолого-педагогическим параметрам каждого конкретного ребенка. Если ребенок не смог в полной мере научиться выполнять движения танца или петь песню, которую поет ее группа, — в этом случае в его состоянии все равно происходят позитивные изменения.

Медицинские исследования показывают, что под воздействием музыки у людей изменяются скорость дыхания, пульс, некоторые ритмы электрической активности мозга (В. Н. Мясищев). Таким образом, при правильном подборе музыки, можно влиять на

психофизиологический уровень активности организма. Поэтому музыкальные занятия иногда оказывают на ребенка лечебное воздействие, подобное действию стимуляторов или нейролептиков.

Что касается родителей, принимающих участие в занятиях по коррекции активности средствами музыки, то, как показывает наша практика, это не только помогает им освоить новые эффективные способы взаимодействия с ребенком, но и оказывает на них огромное психотерапевтическое воздействие.

Глава 16. Интенсивная психолого-педагогическая коррекция в условиях летнего лагеря

Реабилитационный летний лагерь — это комплекс занятий и совместных мероприятий, содержание которых приведено в следующей таблице (Таблица 5).

Таблица 5. Ориентировочное расписание одного дня

№	Занятия	Продолжительность	Содержание
1	Игровая утренняя гимнастика	20 мин.	Игровые упражнения, направленные на физическое, эмоциональное развитие детей, повышение уровня овладения социально-коммуникативными навыками
2	Круг	20 мин.	Обсуждение событий дня, планы, итоги, объявления
3	Коррекция игрового взаимодействия	30 мин.	Групповые фольклорные игры (хороводы, пестушки). Двигательные игры по правилам. Сюжетно-ролевые игры
4	Коррекция активности средствами искусства	45 мин.	Рисование разными красками и техниками, аппликации. Лепка из пластика и глины, изготовление картин и лепка из пластилина
5	Занятия с песком и водой	30 мин.	Игры с песком и водой в естественных условиях
6	Коррекция активности средствами музыки	30 мин.	Прослушивание музыки, пение, игра на инструментах, пластическое самовыражение
7	Кинезотерапия (коррекция двигательной активности)	1 час	Совместное перемещение за пределами лагеря, преодоление препятствий, физические упражнения
8	Иппотерапия	15 мин. для одного ребенка	Специальные игры и упражнения на коне
9	Театральная деятельность	20 мин.	Проведение интерактивных сказок

Указанные составляющие системы занятий включаются в режим дня таким образом: игровая утренняя гимнастика и "Круг" осуществляются до завтрака для всех участников лагеря, далее, до обеда, занятия чередуются: музыкальное занятие, изостудия, сюжетно-ролевая игра, игровая терапия, занятия с песком и водой, мастерская — каждая из трех

групп поочередно посещает все эти разновидности занятий. После дневного отдыха проводится кинезотерапия (скаутской поход) и иппотерапия, после ужина — сказка (спектакль, подготовка и проведение которого является занятием по театральной деятельности).

Игровая утренняя гимнастика

Ежедневный коррекционно-развивающий процесс в лагере следует начинать с игровой утренней гимнастики, задачей которой является положительный эмоциональный заряд детей и взрослых, настройка на продуктивную работу в течение дня. Утренняя зарядка (так же, как и все другие групповые и индивидуальные занятия) способствует моторному, сенсорному, коммуникативному и эмоциональному развитию детей с аутизмом.

Приятная ритмичная музыка пробуждает родителей, детей и педагогов и сообщает о начале “рабочего дня”. В основу каждой утренней зарядки можно положить определенный сюжет, например, “Путешествие к морю”, “Поход в джунгли”, “Работа на ферме”, “Веселье садоводы” и другие. При этом все упражнения могут отвечать требованиям классической утренней зарядки, однако подаются с помощью игровых приемов и сравнений с ситуациями, близкими к опыту детей.

Задачи утренних комплексов упражнений:

- ✓ развивать ощущение движения и собственного тела;
- ✓ развивать способность выполнять целенаправленные действия;
- ✓ развивать психические процессы, в частности внимание, двигательную и зрительную память, воображение, образное мышление;
- ✓ расширять представления детей об окружающей среде;
- ✓ стимулировать физическую и психическую активность;
- ✓ прививать навыки имитации движений;
- ✓ учить ориентироваться в пространстве;
- ✓ учить соблюдать режим дня;
- ✓ вызвать интерес к общению, прививать навыки взаимодействия.

Коррекция игрового взаимодействия

Коррекция игрового взаимодействия направлена на получение детьми навыков игровой деятельности, максимально приближенных к возрастной норме, кроме того, это — особый способ взаимодействия с ребенком, в процессе которого ребенок получает новый опыт эмоционального переживания, телесного проявления и имеет возможность расширить свои познавательные возможности. Группа создает условия для установления многочисленных отношений, что не является возможным при индивидуальной терапии. При этом дети идентифицируют себя с другими членами группы.

Игровые занятия в условиях лагеря желательно проводить на свежем воздухе. При этом сразу появляется такой фактор усложнения, как отсутствие пространственных границ. Это обуславливает необходимость ассистента для ребенка. Таким образом, первое назначение ассистента — обеспечивать физическое присутствие ребенка на занятии. Вторая функция — помогать ребенку выполнять действия, придерживаясь инструкций ведущего. Здесь речь идет, прежде всего, о необходимости имитировать определенные движения, что является проблематичным для ребенка с аутизмом.

Начало и окончание игрового занятия происходит обязательно в кругу, при этом дети и взрослые держатся за руки.

Ведущий говорит текст, который одновременно сопровождается выразительными соответствующими движениями. Дети хором (по мере возможностей) повторяют его полностью или отдельные его части. Если ребенок не повторяет текст, ведущий все равно побуждает его к этому, при этом ассистент руками ребенка осуществляет необходимые движения.

Присутствие других детей уменьшает напряжение, стимулирует активность и участие в общегрупповом процессе. Группа пробуждает у детей спонтанность, они начинают с большей готовностью общаться с другими детьми и взрослыми.

Занятия в лагере проводились с использованием программы, приведенной в Приложениях.

Занятия с песком и водой

Игры с песком известны с давних времен как процесс развития самосознания ребенка и его спонтанная “самотерапия”. Податливость песка вызывает желание создать из него миниатюру реального мира. Здесь человек выступает как творец, который не особенно обеспокоен результатами своего труда: на собственную композицию (например, крепость из песка или корабль) можно некоторое время посмотреть, показать другим, а потом волна (если это происходит на берегу моря), другой человек или сам создатель разрушит ее. Главное действие песочной терапии направлено на понимание человеком собственных внутренних процессов как разрушительного, так и творческого характера.

Работа с песком в контексте арт-терапии представляет собой невербальную форму психотерапии. Но, несмотря на “невербальность” этого вида терапии, при правильной позиции терапевта через песок можно наладить подлинное общение с ребенком.

Во время работы с песком особенно задействуется тактильная чувствительность, “мануальный интеллект” ребенка: использование песка как материала изобразительной деятельности предполагает определенный “диалог” рук с песком и водой, создание конкретных визуальных образов — продуктов творческой деятельности.

В песочной терапии применяются следующие манипуляции:

- пересыпание песка, переливание воды;
- увлажнение песка, смешивание “теста”;
- лепка из песка;
- литье формочек;
- оттиски ладоней, ступней;
- закапывание ладоней, ступней;
- создание картин с использованием предметов;
- разыгрывание игры “праздник с чаем и тортом”.

Таким образом, работа с песком как оригинальный вид арт-терапии создает условия для снятия внутреннего напряжения у ребенка с аутизмом, активизирует его воображение, способствует преодолению привычки стереотипно воспроизводить одни и те же последовательности и т. п.

Кинезитерапия (скаутские походы)

Кинезитерапия, или коррекция психомоторной сферы, в условиях лагеря традиционно проводится в виде "скаутских походов", которые позволяют решать коррекционные задачи (а именно — развитие чувства собственного тела, осознание его пределов и возможностей, обогащение сенсорного опыта и моторного репертуара) в интересной для детей и родителей форме.

Ведущий заранее готовит в лесу "трассу" с помощью веревок, резинок, натянутых между деревьями в различных направлениях, на разных расстояниях и под разными углами. Так же, как и на спортивной площадке, ведущий демонстрирует каждый этап прохождения "трассы", за ним участники выполняют это по очереди. Приведем примеры применяемых нами упражнений:

- передвижение вдоль веревки с наклоном туловища вперед (веревки расположены между ногами и над головой);
- ходьба под веревкой впрыскаду;
- перешагивание через веревки в разных направлениях и на разной высоте;
- пролезания между плотно расположенными веревками ("паутина") в определенном месте;
- пролезание между плотно переплетенными резинками в любом месте;
- проползание под веревкой;
- пролезание через цепь обручей, расположенных на определенном расстоянии друг от друга;
- ход змейкой, держась за руки, между деревьями, близко расположенными друг к другу.

Упражнения на несколько действий:

- различные варианты перешагивания через веревки с последующими пролезаниями между ними;
- бросание шишки в коробку с последующим пролезанием между веревками;
- пролезание в обруч, закрепленный между деревьями, с последующим проползанием под ним в обратном направлении и т. п.

Приведенные упражнения способствуют развитию таких психомоторных, координационных и адаптивных функций ребенка, как:

- двигательные навыки и умения;
- гибкость, ловкость, выносливость;
- ощущение собственного тела;
- навыки ориентирования в пространстве;
- кинестезическая память;
- имитация движений;
- умение придерживаться определенного направления и последовательности;
- способность выбирать вариант решения задачи.

После передвижения в лесу с преодолением препятствий "цепочка" из детей и взрослых выходит на открытое пространство и разделяется на две команды. Затем команды выстраиваются в две линии одна напротив другой на расстоянии 15–20 метров. Члены каждой команды держатся за руки и растягиваются вширь. По свистку ведущего команды одновременно начинают бежать друг к другу и резко останавливаются при встрече.

Подобным образом выполняется бег с вытянутыми вперед руками; при столкновении те, кто встречается друг с другом (оказываются напротив), выполняют приветствие ладонями. Эта игра развивает умение вовремя остановиться (воздействие на тормозные процессы), быстро реагировать, а также прививает интерес к взаимодействию.

Необходим заключительный элемент занятия — круг. Участники держатся за руки и вместе подводят итоги похода. Руководитель спрашивает, а все хором отвечают. Например:

- Мы, взявшись за руки, ходили?
- Ходили! (Хором)
- Мы между веревками лазили?
- Лазили! (Хором)
- Мы через обручи ползали?
- Ползали! (Хором)
- Мы навстречу бегали?
- Бегали! (Хором)
- Кто мы?
- Молодцы! Молодцы! Молодцы! (Хором)

Театральная деятельность

Театральная деятельность в работе с детьми с особенностями развития сама по себе является интегральной реабилитационной технологией. Это и занятия по рисованию, музыке, конструированию; продукты занятий создаются с определенной целью, в определенном контексте (создание костюмов, декораций, музыкального сопровождения спектаклей). Во время подготовки и проведения представлений создаются прекрасные условия для совершенствования навыков совместной деятельности, развития активной и пассивной речи, изучаются и отыгрываются социальные связи, развивается эмпатия. Все это обуславливает мощное и всестороннее терапевтическое воздействие как на детей, так и на родителей.

Подготовка и осуществление спектаклей по сказочным сюжетам имеет не только коррекционно-развивающий, но и терапевтический эффект. Сказкотерапия использует сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, совершенствования взаимодействия с окружающим миром. Сказки вызывают интенсивную эмоциональную реакцию. Сказочные образы обращаются одновременно к сознанию и к подсознанию. Сказка позволяет выйти за рамки обычной жизни, в доступной форме изучать мир чувств и переживаний, идентифицировать себя с определенным персонажем. Привлекательность сказки как средства педагогического воздействия для ребенка обусловлена ее свойствами:

- отсутствие прямых наставлений, поучений, события сказочной истории логические, естественно продолжают друг друга, что позволяет ребенку усваивать причинно-следственные связи и опираться на них;
- традиционная для сказки победа добра помогает ребенку почувствовать психологическую защищенность. Ребенок усваивает, что испытания способствуют внутреннему росту человека;

- отсутствие фиксации имени главного героя и места событий; главный герой — это образ, с которым ребенок может идентифицировать себя;
- интересный сюжет, наполненный загадками, волшебством, неожиданными превращениями героев, обеспечивает активное восприятие и усвоение информации.

Коррекционные функции сказки:

- психологическая подготовка к напряженным эмоциональным ситуациям;
- символическое отреагирование физиологических и эмоциональных стрессов;
- осознание и принятие содержания собственной активности.

Существует целый ряд подходов к внедрению театральной деятельности в коррекционную работу с детьми с особенностями развития и их родителями и бесконечное количество средств реализации этих подходов, использующих в зависимости от конкретных организационно-педагогических условий. При реализации нами комплексной технологии коррекции развития активности ребенка с аутизмом нами использовались следующие **приемы коррекции средствами театрального искусства:**

1. Использование отдельных элементов театральной деятельности в повседневной коррекционно-педагогической работе (во время разных игр и занятий как взрослые, так и дети берут на себя многочисленные роли, изображающие определенных персонажей, например, ребенку предлагается изобразить медведя, корову и т. д.). Часто при этом используются необходимые атрибуты (маски, шляпы и т. д.).
2. Театрализованные представления, приуроченные к традиционным ежегодным событиям (Новый год, 8 Марта, Праздник осени и т. д.). Эта форма работы очень популярна в государственных детских учреждениях. Ей присущи следующие признаки: жесткий сценарий, длительные репетиции, привлечение значительных ресурсов (дорогие костюмы). Родителям при этом отводится роль зрителей. Как правило, дети с аутизмом, посещающие детские сады, редко берут полноценное участие в таких спектаклях. При подготовке и проведении таких праздников в центрах главной проблемой является то, что в городских условиях (в противовес условиям лагеря) трудно собрать всех детей для репетиции, поскольку все одновременно дети Центр не посещают. Но следует отметить, что такие праздники имеют огромное психотерапевтическое значение именно для родителей, ведь мы видели, насколько важен для них тот факт, что ребенок принимает участие в новогоднем празднике (на что они и не надеялись).
3. Вечерняя сказка в лагере. По нашим наблюдениям, чтобы обеспечить вечером полноценную сказку, нужно приложить много усилий, но к этому надо стремиться, поскольку это имеет огромное терапевтическое значение. Существуют многочисленные способы реализации данного подхода:
 - Команда педагогов (или родителей) ставит сказку, дети выступают (в случае необходимости — поощряются) в роли зрителей. Как правило, это знакомая сказка, которая ставится средствами кукольного театра.
 - В команде педагогов есть “главный сказочник” (режиссер), который ежедневно создает интерактивную сказку, в которой поочередно принимают участие все дети, родители и педагоги лагеря. Выбор сюжета и персонажей объясняется событиями лагерной жизни, психологическим климатом в коллективе, особенностями конкретных детей и т. п. Таким образом, можно создать сказку о жадности и щедрости, о дружбе, взаимопомощи и др. Подготовка к сказке происходит следующим образом. Режиссер и его помощники

в течение дня отбирают участников сегодняшней сказки и предупреждают, что вечером они будут привлечены. Сразу после ужина команда педагогов, занимающихся сказкой, отбирает костюмы в костюмерной (кое-что подшивается, рисуется и клеится на ходу, при необходимости привлекаются родители как помощники). Дети-актеры по очереди вызываются в костюмерную, их одевают, раскрашивают лицо и в это время им объясняют их роли. Особенностью проведения таких сказок является то, что они происходят вообще без репетиций, и поэтому даже высокофункциональные дети (и вообще — дети без особенностей развития) могут не исполнить свою партию, хотя детям все время подсказывают и всячески их поощряют. Тогда ведущий говорит за них таким образом, например: “И в это время из леса появился тигренок”. Ребенок выходит, если необходимо — по подсказке и при помощи взрослого. Делается пауза, чтобы дать возможность ребенку сказать свою реплику, если ребенок растерялся (или вообще — невербален), ведущий говорит: “Привет, мишка! Что ты здесь делаешь? — сказал тигренок”. Особенностью проведения таких представлений является то, что все они интерактивные, т. е. сопровождаются активным общением и взаимодействием между “сценой” и “залом зрителей”. Как правило, каждый спектакль заканчивается тем, что каждый ребенок “в зале” получает какой-то материальный атрибут — цветок, корабль, солнышко и др.

Каждый отряд (состоящий из родителей и детей) по очереди готовит сказку по своему усмотрению. Другие два отряда и педагоги выступают как зрители (при необходимости — помощники). По такому принципу ставились вечерние сказки в нашем реабилитационном лагере. В первый год наши отряды выбирали классические общеизвестные сказки (“Репка”, “Ярмарка”, “Теремок”, “Лисичка-сестричка и волчок-братик” и т. д.). Первая сказка (“Репка”) была показана уже на второй день нашего пребывания в лагере.

Во втором и третьем лагерном сезоне родители с детьми самостоятельно создавали сказки, иногда используя общеизвестные сюжеты. Следует отметить следующие положительные моменты:

- родители готовили сказки самостоятельно, почти без помощи педагогов;
 - в сказках привлекались и имели определенные роли все дети без исключения, в т. ч. невербальные дети с очень проблемным поведением, таким детям помогала вся команда, нестандартные поведенческие проявления очень умело обыгрывались родителями;
 - несмотря на то, что сказки ставились почти без подготовки и репетиций, каждая сказка имела множество очень удачных креативных решений. Например, в “Репке” приняли участие два ребенка с одинаковыми атрибутами на голове — “репка маленькая” росла и вместо нее выходила “репка большая”.
4. Итоговые большие спектакли в лагере, созданные силами родителей и педагогов, где роли исполняют дети (при необходимости — с адаптерами).

Подготовка к крупным лагерным спектаклям начинается во второй половине смены, когда все участники уже хорошо знают друг друга и уже сформирован коллектив. Такое представление является одним из центральных событий лагеря, оно занимает значительное место в воспоминаниях о лагере и играют роль “психологической подпитки” для родителей и педагогов в течение года. Большое психотерапевтическое значение имеет даже не сам спектакль, а подготовка к нему, во время которой раскрываются разнообразные

творческие способности всех участников, завязываются и укрепляются межличностные отношения, которые потом продолжают за пределами лагеря.

Подготовка спектакля включает следующие этапы:

- формирование основного состава труппы, т. е. коллектива, который работает над спектаклем (определенные изменения в труппе возможны в течение всего подготовительного периода и даже перед самим представлением);
- определение лица, которое будет режиссером;
- подбор пьесы (решение принимается коллективно);
- создание сценария (над ним работают один-два человека);
- подбор актеров на роли (на добровольных началах; в случае, если кто-то из членов труппы не уверен в своих силах, а творческий коллектив видит его в какой-то роли — стоит попробовать убедить его);
- репетиции;
- подготовка костюмов и реквизита;
- подбор и подготовка музыкального сопровождения;
- генеральная репетиция в костюмах и с музыкой;
- создание афиши.

Занятия по **коррекции активности средствами искусства и творческого развития** и по **коррекции активности средствами музыки** проводились в соответствии с программами, приведенными в Приложениях.

Глава 17. Оптимизация взаимодействия родителей с детьми с аутизмом как необходимое условие психолого-педагогической помощи

Генезис роли семьи в коррекционном процессе: от теории “холодных матерей” к семейно-центрированному подходу

Анализ психологических теорий возникновения и коррекции аутизма позволяет сделать вывод, что никакая теория и подход за всю историю изучения аутизма так и не стали основой для создания комплексной и универсальной (пригодной для всех) модели психолого-педагогической коррекции, которая бы давала ощутимое положительное воздействие на все проблемные сферы ребенка с аутизмом и создавала условия для достижения им максимально возможного уровня жизненной компетенции. По нашему мнению, главная причина в том, что во всех подходах ребенок рассматривается изолированно от той среды, которая в любом случае оказывает на него наибольшее влияние, в которой он проводит больше всего времени, — от своей семьи в целом и ее отдельных членов, наиболее значимых для развития этого ребенка. Влияние этой среды может быть как отрицательным, так и положительным! Все методики, доселе известные в мире, или работают с ребенком отдельно, либо используют его родителей как “инструменты”, которые просто выполняют распоряжения специалистов. А между тем родители как никто другой заинтересованы в успехе коррекционно-педагогической работы. Будущее ребенка целиком и полностью зависит от их умения определять приоритеты, ставить реальные и адекватные цели и быть способными их достигать.

Социализация ребенка с аутизмом, построение продуктивных взаимоотношений с окружающим миром берет свое начало от его продуктивных взаимоотношений с матерью, которые создают условия для развития обеих сторон.

По нашему мнению, родители должны стать не просто полноправными участниками коррекционно-педагогического процесса, “коллегами и партнерами”, а по своим личностным качествам и уровню компетентности быть способными выполнять в нем доминирующую функцию, выстраивать продуктивное взаимодействие со всеми специалистами. Такая позиция вполне в мейнстриме современной мировой коррекционной педагогики и специальной психологии. Сейчас интерес специалистов не ограничивается методическими вопросами формирования у детей тех или иных знаний и навыков. Акцент коррекционного воздействия перемещается на семью ребенка с нарушением развития, констатируется необходимость изучения всего спектра проблем такой семьи. Более того, в комплекс реабилитационных мероприятий, которые используются с аутичными детьми, согласно В. М. Башиной, как один из компонентов входит “коррекция и укрепление семьи, привлечение родителей к коррекционной работе с ребенком, обучение средствам работы

с ним". М. М. Либлинг определяет, что семьи, имеющие ребенка с аутизмом, сталкиваются с экстраординарными проблемами, испытывают хронический стресс, тяжесть которого зависит от возраста и степени нарушения развития ребенка. При этом стресс в большей степени проявляется у матерей, которые, помимо прочего, демонстрируют пониженную самооценку. Влияние хронического стресса вызывает у них депрессию, раздражительность, эмоциональную напряженность.

С самого начала исследований по проблеме детского аутизма распространенной была так называемая "теория эмоциональной холодности", ее сторонниками являются представители психоаналитического направления. Согласно этой теории, в формировании РСА значительная роль принадлежит хронической психотравмирующей ситуации, вызванной нарушением аффективной связи ребенка с матерью, ее холодностью и деспотическим давлением, что парализует эмоциональную сферу и активность ребенка. Но существует и другая точка зрения на проблему эмоционального контакта детей с аутичным типом развития и их родителей. Согласно этой теории, слабая эмоциональная взаимоподдержка вызывается тем, что "замкнутый", "закрытый" ребенок с аутизмом с рождения не проявляет привязанности к матери и вследствие этого не запускает у нее специфические материнские программы. Таким образом, описанные черты матери ребенка с аутизмом возникают вторично (И. И. Мамайчук). Несмотря на то, что два вышеуказанных взгляда по-разному трактуют имеющиеся факты, они имеют общий компонент — это признание того, что проблемы эмоционального контакта в паре "аутичный ребенок — мать" (или вообще — родители) существуют как с одной, так и с другой стороны. Это указывает на целесообразность изучения эмоционального контакта с ребенком и преобладающего типа межличностных взаимоотношений родителей детей с аутизмом. Такого типа исследования проводились, в частности, Д. Е. Жуковым. Инструментом исследования были выбраны следующие методики: методика исследования родительских отношений PARI и методика диагностики межличностных взаимоотношений Т. Лири. Авторы PARI (parental attitude research instrument) — Е. Шефер и Р. Белл (адаптированная Т. Нецшерет). Эта методика предназначена для изучения различных сторон отношений родителей (прежде всего — матерей) к детям. Исследователь ставил задачу отследить связь между особенностями эмоционального контакта матери и ребенка и наличием или отсутствием положительной динамики в состоянии ребенка с аутизмом. Было доказано, что наличие глубокого эмоционального контакта у матери с ребенком является одним из существенных факторов, определяющих успешность психолого-педагогической коррекции ребенка с аутизмом, которая отражается в положительной динамике его состояния. Более того, для успешной коррекционной работы с аутичным ребенком и достижения им максимально возможного уровня жизненной компетенции недостаточно иметь контакт ребенка с матерью в пределах статистической нормы — он, очевидно, должен быть значительно глубже. Обследование по методике Т. Лири, предназначенное для выявления преобладающего типа отношения к людям, было одновременно выполнено на той же самой выборке. Анализ результатов обследования показал отсутствие связи между типом отношения матери к окружающим и наличием/отсутствием положительной динамики у ребенка — соотношение типов внутри каждой из групп оказалось примерно одинаковым.

Суммируя вышеприведенные результаты обследований матерей детей с аутизмом по методикам PARI и Т. Лири, исследователь (Д. Е. Жуков) утверждает, что вне зависимос-

ти от типа межличностных отношений, преобладающего у матери ребенка с аутизмом, условием наличия у ребенка положительной динамики является повышенная степень и глубина эмоционального контакта с матерью. Учитывая симбиотичность пары “мать — аутичный ребенок”, можно предположить, что ребенку с аутизмом измениться вслед за матерью проще, чем сделать это самостоятельно. Это свидетельствует о том, что в психотерапевтических мероприятиях и привлечении к психолого-педагогической коррекции нуждаются члены семей детей с аутизмом и в первую очередь — матери. Кроме того, на эффективность коррекционной работы существенно влияет возможность координации действий родителей, врачей, психологов и педагогов (К. С. Лебединская, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская).

Такие выводы подтверждаются также нашими наблюдениями из собственной практики. Бывают случаи, когда дети, почти одинаковые по возрасту, уровню развития, степени выявления аутичной симптоматики, наличию повседневных проблем (еда, сон, поведение и др.), имели совершенно разную динамику психолого-педагогической коррекции в зависимости от степени принятия родителями (в первую очередь — матерью) ребенка и его проблем, от готовности к труду и сотрудничеству со специалистами, к признанию самого факта, что они являются родителями ребенка с аутизмом и это в корне меняет жизнь. Например, крайняя форма “неприятия” в одном из случаев отразилась в решении отказаться от ребенка “ради спокойствия других детей”.

Стоит отметить, что взаимоотношения специалистов по аутизму (ученых и практиков) с родителями детей с аутичным типом развития имеют довольно драматическую историю. Центральным вопросом этих взаимоотношений является роль родителей, их личностных качеств и поведения в возникновении и преодолении аутизма. И такая ситуация является уникальной, поскольку за всю историю тифло-, сурдо- и олигофренопедагогики ни один исследователь из этих областей никогда “не обвинял” родителей в нарушениях развития у детей.

Как известно, Л. Каннер, первый исследователь аутизма, сначала выдвинул гипотезу о том, что такое нарушение развития, как правило, встречается в интеллигентных семьях с высоким уровнем доходов. Позже он сам опроверг эту гипотезу. В 60-е годы Б. Беттельгейм, объясняя возникновение аутизма с точки зрения психоаналитической теории, впервые выдвинул предположение о нарушении отношений с матерью — как его причины. Именно из этой гипотезы получили начало довольно многочисленные теории и терапевтические подходы, которые так или иначе рассматривали мать как причину аутизма у ребенка. Данные теории постоянно конкурировали с принципиально другими теориями и подходами (например, бихевиоральными). Этот процесс очень наглядно показан в автобиографической книге, написанной К. Моррис, матерью аутичного ребенка, которой удалось помочь ребенку преодолеть нарушения развития. Представленный там материал имеет большую ценность для исследователей из-за того, что показывает изнутри психологические механизмы в семье, отношение родителей к тем или иным теориям, реакцию на события.

Известно, что, согласно позиции психоаналитической теории, ранний детский аутизм является следствием конфликта между ребенком и окружающим миром, прежде всего — между ребенком и матерью. По наблюдениям психоаналитиков, мать ребенка с аутизмом отличается доминированием, жесткостью, эмоциональной холодностью, подавляет разви-

тие собственной активности ребенка. Кроме того, ими было выдвинуто предположение, что замкнутые и холодные родители передают эти особенности детям по наследству, что затрудняет процесс их воспитания (Krevelen, 1963). То есть аутизм считается следствием раннего психогенного воздействия, обусловленного специфическим нарушением отношений родителей и детей, что приводит к патологическому развитию личности.

Вот что по этому поводу пишет К. Моррис: “Через несколько месяцев после прочтения этой книги (Б. Беттельгейма. — *Прим. авт.*) я познакомилась с одной женщиной. Ее дочери было около 20 лет, она жила в специальной больнице. У нее выявили аутизм во времена наибольшей славы и влияния Беттельгейма... тогда абсолютно все верили ему. Родители верили тому, что им говорили профессионалы, а профессионалы верили Беттельгейму. Психиатр приказал ей приводить дочь пять раз в неделю для “анализа”. Матери не разрешалось сидеть даже в приемной, так “любезны” с ней были помощники врача. Они никогда не смотрели на мать, не здоровались и не прощались. Она — причина такого ужасного состояния ребенка и не заслуживает человеческого отношения”.

Психоаналитический подход к терапии детей с аутизмом подвергался критике еще с 50-х годов прошлого столетия, и постепенно “теория холодных матерей” была признана ошибочной и отменена. Но правопреемницей Б. Беттельгейма в 80-е годы в США становится М. Уэлч, чья “терапия объятий” получает бешеную популярность. “Никто не обвиняет матерей, — говорит Уэлч. — Но я чувствую, что мать — это наиболее подходящая личность, чтобы избавить ребенка от аутизма”. Мы считаем, что семье, а особенно — матери принадлежит главная роль в комплексной коррекции аутичных нарушений развития у ребенка. Но с позиции современных исследователей теория Уэлч выглядит наивной и ограниченной, а практические подходы — весьма спекулятивными (по К. Моррис). Уэлч, равно как и ее единомышленники, этологи Н. Тинберген и Е. Тинберген, придерживается психогенной теории (отрицая нейробиологическую дефицитарность, которая в настоящее время уже научно доказана) и исходит из предположения, что аутизм является следствием “ошибки” матери, нарушения контакта с ребенком, “неправильных взаимоотношений”. Аутичного ребенка, по ее мнению, возможно вылечить материнской любовью, налаживанием отношений не только между матерью и ребенком, но и между всеми членами семьи — “все обнимают друг друга”. На практике сеансы терапии выглядят как принудительное удерживание ребенка в объятиях, которое длится несколько часов, в течение которых мать говорит о своей любви к ребенку и рассказывает о своих чувствах и проблемах (исходя из предпосылки, что ребенок “все понимает”) и даже — высказывает свой гнев и обиду на самого ребенка. Главной целью этих процедур является достижение “решения” — ребенок должен начать смотреть на мать, гладить ее, разговаривать с ней. После этого развитие ребенка быстро нормализуется. М. Уэлч и ее последователи практиковали групповые сеансы, которые выглядели драматично и фактически были тяжелым стрессом для матерей и детей. “Эпизод был связан с трехлетним мальчиком Сином. Его случай был самым тяжелым в Материнском центре. Он постоянно двигался, танцуя на цыпочках, хлопая в ладоши, визжа, мотая головой, подпрыгивая. Его мать беспокоила меня еще больше — я едва могла смотреть на нее. Она была совершенно истощена своим горем. Она и ее муж пытались заниматься терапией объятий с Сином. Ничего. Ни зрительного контакта, ни прерывания визга и тряски, ни знака, что он признает их. Это повторялось снова и снова: “Син, посмотри на меня. Пожалуйста.

Пожалуйста, Син"... "Я не могу добиться этого чертового решения", — воскликнула мать и начала плакать... Я сердито спрашивала саму себя: "Как может кто-то позволить этой женщине думать, что весь груз заботы о ребенке с такими сложными нарушениями должен пасть только на ее плечи? Я начинала понимать, что идея о способности матери вылечить своего ребенка не менее пагубна, чем идея о том, что мать является причиной аутизма. На уже согнутую от горя спину мамы старались возложить ответственность за прогресс сына и еще заставляли добиваться "решения". (К. Моррис).

Но, при всей абсурдности "терапии объятий", во время этих сеансов был интуитивно сделан шаг к **продуктивному взаимодействию с ребенком**. Еще одним весомым вкладом психоаналитического подхода является положение о том, что поведение ребенка всегда что-то значит, что ему нужно искать объяснение. Это же положение лежит в основе функционального анализа поведения, который используется в поведенческой терапии (хотя эти подходы и считаются абсолютно противоположными!). Но, конечно, объяснения, интерпретации поведения детей с аутизмом с точки зрения психоанализа и бихевиоральной теории даются совершенно разные.

"Терапия объятий", позднее получившая название "холдинг-терапия", была модифицирована российским психологом М. Либлинг и стала первым терапевтическим методом, основной целью которого является налаживание взаимодействия между родителями и ребенком.

Главным достижением российской модификации холдинга является методика обучения родителей средствам эмоционального взаимодействия с ребенком. В то время, когда смягчается и исчезает сопротивление ребенка, большую часть времени холдинга начинают занимать игры, сказки, песни. Главным ограничением подхода является то, что такое эмоциональное взаимодействие происходит только в комнате, на руках у мамы, с обязательным участием папы.

Говоря о месте и роли семьи в коррекции аутизма, невозможно не упомянуть о том, что развитие практических направлений, появление новых заведений, обучение специалистов во многом происходит именно благодаря активности родителей. Родители, которые были специалистами, самостоятельно открывали заведения и развивали научно-практические направления (Б. Римланд, Л. Винг — США, семья Морозовых — Россия). Известны случаи, когда родители-специалисты создавали собственные системы коррекции, благодаря которым удалось "преодолеть аутизм" или как минимум существенно скорректировать нарушения развития своего ребенка (к сожалению, такой опыт очень трудно транслировать и воспроизводить); пример — семья Кауфман. Негосударственные организации и родительские объединения во многих странах мира отстаивали права лиц с аутизмом на образование и развитие согласно их возможностям и буквально заставляли государство тратить ресурсы на реализацию этих прав. В нашей стране такой процесс только начинается.

В разработанной нами комплексной психолого-педагогической технологии коррекции развития активности ребенка с аутизмом именно формирование взаимодействия родителей с детьми занимает центральное место.

Принципы формирования взаимодействия родителей с детьми с аутизмом:

1. Аутизм не является следствием негативного психогенного влияния, он имеет нейробиологическую природу. Но нарушение продуктивного взаимодействия со средой,

которое возникло вследствие биологической дефицитарности определенных структур мозга, имеет особое значение для формирования этого типа дизонтогенеза, всех его проявлений — сенсорных, моторных, эмоциональных, речевых, когнитивных нарушений. Нарушение взаимодействия не только влечет за собой эти нарушения, но и затрудняет коррекцию, развитие проблемных сфер ребенка с аутизмом.

2. Для формирования взаимодействия с детьми с аутизмом родителей надо научить:
 - понимать логику психического развития ребенка и определять приоритеты;
 - анализировать причины поведенческих проявлений ребенка;
 - учить ребенка навыкам, актуальным для каждого возрастного периода, к тому же процесс обучения ребенка должен стать психотерапевтическим для них.

Методика оптимизации взаимодействия родителей с детьми с аутизмом в условиях летнего лагеря. Экспериментальное исследование родительского отношения к детям с аутизмом

Весьма плодотворной является работа по формированию взаимодействия родителей с детьми в условиях летнего лагеря, который проводится ежегодно в течение 18 дней. Вся система психолого-педагогической работы и образ жизни в лагере, направленные на построение и развитие эффективного взаимодействия между родителями, детьми и педагогами, неуклонно приводят к увеличению жизненной компетенции детей. День в лагере начинается с утренней гимнастики, в которой дети принимают участие вместе с родителями. Упражнения гимнастики разработаны и проводятся таким образом, что они «заставляют» родителей и детей взаимодействовать между собой, с педагогами, с другими детьми. После завтрака проводятся занятия в небольших группах (4–6 детей). Младшие дети (2–9 лет) посещают занятия по арт-терапии, работают в мастерских, занимаются музыкальной терапией, психомоторикой, песочной терапией, участвуют в игровых занятиях — группы детей с адаптерами переходят с одного занятия на другое. Старшие (10–16 лет), высокофункциональные дети требуют иного формата: группа детей с двумя педагогами чередуют адекватные возрасту и уровню развития виды деятельности — скаутские походы (преодоление препятствий, лазание, переправы и т. д.), занятие фотографией, издание лагерной газеты, спортивные тренировки, интегрированные занятия по арт-терапии: театр, музыка, живопись. Во второй половине дня проводятся скаутский поход для младших детей, репетиции и постановки сказочных спектаклей, где актерами являются дети, которым помогают родители, а также — репетиции заключительного спектакля, где играют взрослые.

Организаторы летнего лагеря способствуют расширению функциональных обязанностей других участников с помощью следующих приемов:

1. Важно с самого начала всем вместе ознакомиться с территорией, где разместились участники интеграционной группы, закрепить за определенными отрядами конкретные территории для уборки, места для каждого вида терапевтических занятий. Родителей следует привлекать к обустройству лагеря, созданию необходимого для занятий оборудования. Активизация действенной позиции родителей с самого начала пребывания в лагере способствует формированию ответственного отношения к лагерной жизни и пониманию важности собственного влияния на успех общего дела. Полезным является приобщение родителей к разбору и упорядочению дидактического материала,

наполнение им участков учебного пространства. Занимаясь этой подготовительной работой, родители сразу же становятся настоящими помощниками педагогов, осведомленными о существующих средствах обучения и коррекционной работы, местах их расположения. Если организаторы интеграционного лагеря привозят с собой палатки, их с разрешения директора лагеря можно поставить на территории. Большая светлая палатка может служить отдельной уютной комнатой для определенных занятий, частью декораций во время спектаклей. На ее стенах с внешней и внутренней сторон можно размещать информационные материалы или детские работы. Процесс размещения на территории лагеря такой палатки является очень веселым и интересным занятием для педагогов, родителей и старших детей, что способствует установлению доверительных дружеских отношений между ними.

2. Родителей целесообразно также привлекать как ассистентов “перекрестным” способом, когда помогают не своему ребенку (или брату, сестре), а другому. Уместность применения именно такого приема обусловлена известным фактом, что в системе “родитель — ребенок” складывается устойчивая модель взаимодействия. При этом, если такое взаимодействие не является гармоничным (по разным причинам, например, родители проявляют непродуктивный стиль воспитания, или при осложнениях в развитии ребенка), то сложившиеся стереотипы не позволяют оптимальным образом выполнять новые упражнения даже в других условиях. Когда при общении с другими взрослыми разрушается привычная для ребенка последовательность: “действия ребенка — реакция взрослых — действия ребенка...”, появляется возможность выйти за пределы стереотипного поведения, расширить собственные проявления и научиться новому.
3. Активными участниками коррекционно-развивающего процесса являются дети с нормальным типом развития и старшие дети с менее выраженными аутическими нарушениями. Для них чувство ответственности, собственной необходимости является мощным развивающим средством. Этот принцип может быть воплощен, в частности, в модели “шефства” (ребенок отвечает за то, чтобы его “подшефный” вовремя пришел на занятия и хорошо себя вел).

Эта лагерная жизнь органически включала целенаправленную работу с родителями, которая имела целью формирование их адекватного взаимодействия с детьми и педагогами. На второй день пребывания в лагере была проведена “Школа адаптеров”, цель которой — повышение компетенции родителей в качестве помощников детей в их развитии и коррекции (адаптер — помощник ребенка и педагога, помогающий ребенку принять полноценное участие в занятии). Эти меры, кроме информативной части, имели трениговую часть, во время которой родители получили уникальный жизненный опыт — они почувствовали, что значит быть ребенком, с которым проводится психолого-педагогическая работа. Родители работали парами — один из них был “ребенком”, другой — “адаптером”. “Ребенок” должен выполнить определенное задание (рисование, бросание мяча), “адаптер”, взрослый, помогал ему. Во время этого упражнения внимание родителей обращалось на то, что главным в такой работе является не результат (нарисованный рисунок, брошенный мяч), а полезные навыки, которые получил и ребенок, и его помощник. Интересны и показательны комментарии, которые предоставляли родители в отношении своих “помощников”: положительные — “смог убедить, что мяч не страшен,

нечего бояться”, “пытается остановить негативное поведение”, “ведет себя терпеливо, но настойчиво”, “уверена в своих действиях”, “мне было неинтересно, но он сделал так, чтобы стало интересно”, “нашел чем поддержать интерес”, “дал почувствовать, что существует внешний мир”, “позволила нарисовать так, как я хотел, а не так, как сказали”, “смог установить контакт и зафиксировать внимание на мяче”; так и негативные — “мы так и не выполнили задания”, “мне не хватало контакта”, “не люблю, когда меня водят за руку”, “не дали возможность самому догадаться”, “не хватало настойчивости”, “не может успокоить, насильно привлекает к игре”, “не дают покоя”, “много суеты”. Таким образом, родители получили подготовку к активной работе адаптером не только для собственного ребенка, но и для других. Такая деятельность в лагере обогатила их опыт, положительно повлияла на личностные качества и значительно увеличила педагогический потенциал.

Одновременно с занятиями для детей ежедневно проводились семинары и психологические тренинги для родителей. Их по очереди проводили все специалисты, работавшие в лагере. Половина родителей работала на своих занятиях, вторая половина закреплялась за теми из детей, которые не могли эффективно работать без адаптера. Таким образом, к концу пребывания в лагере и у детей, и у родителей накопился богатый опыт взаимодействия в паре “взрослый — ребенок”. Во время работы родителей адаптерами и во время посещения родителями семинаров и тренингов нами проводилась видеосъемка, материалы которой анализировались и использовались при обсуждении детей в педагогическом коллективе, при заключительных консультациях с родителями и выдаче рекомендаций.

Во время работы в лагере в 2007 и в 2008 годах проводились исследования, которые позволили оценить эффективность нашей работы **по оптимизации взаимодействия детей с аутизмом с родителями**. Исследования охватывали различные аспекты развития активности ребенка, различные проблемы, с которыми сталкивается семья на этом пути. Для исследования нами использовались следующие методики: тест-опросник родительского отношения (А. Я. Варга, В. В. Столин) — исследование межличностных отношений ребенка и родителей; метод экспертной оценки уровня социально-коммуникативной компетенции ребенка (методика “Профиль социального развития ребенка” (В. П. Аверьянов, А. М. Козленко) — экспертами для каждого ребенка выступали родители и один из педагогов; и специально разработанный нами опрос, касающийся различных аспектов жизни семьи, воспитывающей ребенка с аутизмом, — личностные проблемы родителей, семейные и социальные отношения, обучение и реабилитация ребенка.

Таким образом, после участия родителей в реабилитационном лагере появилась тенденция к изменению их отношения к ребенку и стилю воспитания. Так, снижается неприятие ребенка родителями, авторитарное (директивное) отношение к ребенку, направленность на инфантилизацию (инвалидизацию) ребенка родителями, наряду с этим повышается его принятие, стремление родителей к кооперации с ребенком, совместной деятельности с ним. Определенные изменения являются статистически значимыми на уровнях значимости α от 0,05 до 0,001.

Во время заполнения опросников родители делали заметки, в которых указывали на особенности своего отношения к ребенку и своего поведения по отношению к нему, которые, по их мнению, существуют из-за того, что ребенок имеет нарушения развития:

- ребенок получает больше внимания, больше защиты и жалости;

- родители не всегда могут вовремя “отпустить” ребенка, ребенок более зависим от родителей, чем он в этом нуждается;
- вмешательство родителей в отношения ребенка с другими людьми (в частности, со сверстниками).

Методом экспертной оценки уровня социально-коммуникативной компетенции оценивалось 36 детей разного возраста и степени интеллектуальных, коммуникативных, поведенческих нарушений. У 30 детей, по мнению эксперта — одного из родителей, наблюдалась выраженная положительная динамика, 5 детей остались без изменений, у одного ребенка, по мнению папы и мамы, произошел регресс (эксперты-педагоги с этим не согласны). Педагоги существенно не согласны с родителями в 3-х случаях (двух детей оценивают позитивнее, чем родители, и одного ребенка — негативнее). Пятеро детей в лагере имели обоих родителей, из них одного ребенка мать оценила негативнее, чем папа (при этом эксперт-педагог оценил ребенка более позитивно, чем родители), одного ребенка мать оценила позитивнее, чем папа (эксперт-педагог оценил ребенка более негативно, чем родители), и один папа всячески уклонялся от участия в любых опросах. В общем, при оценке уровня социально-коммуникативной компетенции из 36 исследуемых детей с аутизмом у 20 детей выявлен ее низкий уровень, у 16 детей — средний уровень (у восьми из них — приблизился к высокому в конце пребывания в лагере).

Глава 18. Образование ребенка с аутизмом: мировой опыт, педагогическая практика

Когда речь идет об обучении ребенка с расстройством спектра аутизма, перед нами встают два вопроса:

1. Как учить? (Проблему создают: непосредственно сам аутизм, сенсорные особенности (гипер- и гипочувствительность) и многочисленные поведенческие проблемы).
2. Чему учить? (То есть — содержание образования).

Относительно первого вопроса, то ответ на него дает теория и практика поведенческого подхода (прикладной анализ поведения). Это вполне уместно для ребенка раннего возраста. Чем старше он становится, тем больше методы педагогического воздействия и мотивации постепенно приближаются к общечеловеческим — ребенок (взрослый) стремится к признанию, любви, стремится быть успешным и самостоятельным, берет в пример сверстников, братьев и сестер, или родителей.

Что касается содержания обучения ребенка с расстройствами спектра аутизма — от раннего и до взрослого возраста, то все теоретико-методологические достижения вместе с мировой и отечественной (в частности — нашей собственной) педагогической практикой сходятся в следующем:

1. Ребенка необходимо с возможно более раннего возраста целенаправленно обучать навыкам самообслуживания. Без них он не имеет будущего. Методика формирования и развития всех этих навыков путем применения поведенческой терапии подробно изложена С. С. Морозовой (2007).
2. У ребенка необходимо, начиная с 4–5-летнего возраста, формировать учебное поведение (умение спокойно сидеть за столом, не шуметь, не мешать другим), выполнять задания (сначала элементарные, но по инструкции взрослого).
3. Для ребенка, который к началу школьного возраста не овладел коммуникативной речью и имеет выраженную интеллектуальную недостаточность, предлагается обучение по ТЕАССН-программе с обязательным овладением альтернативной коммуникацией (к сожалению, в Украине это не может обеспечить ни одно государственное учреждение).
4. Ребенка, который имеет расстройство спектра аутизма и при этом его невербальный интеллект не меньше 50 баллов по Векслеру, с 5-летнего возраста целесообразно обучать начальным школьным навыкам с последующим вводом в государственную систему образования — в школу, которая отвечает его познавательным возможностям (массовая программа, для задержки психического развития, для детей с интеллектуальной недостаточностью (вспомогательная)) и находится ближе всего к месту проживания семьи.

В некоторых странах работают специальные образовательные учреждения (детские сады, школы) для детей с РСА. О них можно сказать, что колоссальные материальные за-

траты на их обеспечение и изоляция детей от неаутичных сверстников оправдывается созданием условий для полной реализации специальных методов и программ, позволяющих вывести ребенка на оптимальный уровень жизненной компетенции.

Психолого-педагогическая коррекция аутизма методом поведенческой терапии ABC School (Калифорния, США)

Applied Behavior Consultants (ABC) (Калифорния, США) оказывает услуги по различным направлениям с помощью анализа поведения с 1987 года. Владельцами агентства являются Joe Moggow, PhD и Brenda Terzich, M. A. ABC специализируется на психолого-педагогической коррекции аутизма с 1990 года. ABC School, одно из структурных подразделений ABC, осуществляет психолого-педагогическую коррекцию аутизма методом поведенческой терапии с 1994 года. Правительство штата Калифорния финансирует работу ABC School, хотя ABC является негосударственной организацией. Департамент образования направляет в ABC School детей с аутичным типом развития от 2 до 9 лет, решение о приеме ребенка или переводе его в другое заведение принимается администрацией ABC School совместно с Департаментом образования.

Принципы интенсивной терапии, внедряемые ABC:

- Проведение интенсивной поведенческой терапии помогает детям стать более самостоятельными. Данная терапия развивает необходимые навыки у детей и снижает проблемное поведение.
- Основная цель проведения ранней терапии заключается в том, чтобы ребенок смог учиться в обычной школе. В среднем 40% выпускников ABC School адаптируется к массовой школе. Если ребенок поступил в школу, ABC предоставляет 2-летнюю адаптационную/поддерживающую программу. Некоторые дети остаются в ABC School длительное время. Те из них, которые не могут быть адаптированы к массовой или специальной школе, направляются в другие заведения, но удельный вес таких случаев относительно невелик.

Прежде чем ребенок станет посещать школу в режиме "full-time" ("все занятия"), он должен:

• **овладеть базовыми навыками:**

1) выполнение инструкций:

- "Садись".
- "Иди сюда".
- "Посмотри (на меня)";

2) умение работать за подкрепление;

• **иметь систему мер по уменьшению проблемного поведения.**

Каждый ребенок имеет свой индивидуальный журнал, на первых страницах которого содержатся важные сведения о нем. Кроме личных данных и медицинской информации, в нем отражается:

- соблюдает ли ребенок диету (например, БКБГ);
- принимает ли ребенок лекарства, в каком режиме (названия лекарств, как и некоторая другая информация от психиатров, как правило, в школе неизвестна, поскольку такая информация считается конфиденциальной);

- индивидуальные особенности поведения (например, если подойти к ребенку ближе чем на полметра, он может укусть);
- информация о том, что может быть использовано как подкрепление.

Терапевты отражают в журналах продвижение детей по программам. Записи в журналах ведутся **ежедневно**.

Учебная работа в ABC School жестко структурирована во времени и пространстве. Вот так выглядит день в ABC School.

8:30. Муниципальный автобус привозит детей в школу.

8:30–8:45. Подготовка к занятиям (раздеться, переобуться, сложить вещи, помыть руки — все эти действия выполняются методом прямых или обратных цепочек, детей подкрепляют, хвалят за самостоятельность).

8:45–9:00. “Круг” — совместные занятия, содержащие:

- песенные игры, в которых дети с помощью терапевтов вставляют слова, звуковые имитации, выполняют определенные движения (топнуть, похлопать);
- совместное чтение, в течение которого дети с помощью терапевтов выполняют инструкции вроде: “Саша, принеси мне книжку... (название)”, “Денис, переверни страницу”.

9:00–10:15. Уроки (3 стола).

В каждом классе до 10 детей. В классе находится 5 (иногда 6) столов. За каждый стол садится двое детей и один учитель. Еще два педагога ходят между столами. Они выполняют функции супервайзеров и помощников. В их обязанности входит анализировать все, что происходит, приносить попить, в случае необходимости выходить с ребенком на дополнительный перерыв.

В начале занятия каждый ребенок выбирает подкрепление (игрушку) из трех возможных. Пока один ребенок играет, терапевт занимается с другим. Ребенок, который выполнил задание, получает свое подкрепление, другой отдает свое подкрепление, когда терапевт говорит: “Моя очередь” — и получает задание. Каждый ребенок проводит за столом 25 минут. За 5 минут до смены столов супервайзеры предупреждают терапевтов. До перекуса дети проходят 3 стола и 3 стола — после. Столы пронумерованы, у каждого ребенка есть ежедневное индивидуальное расписание, где указано, когда и за какой стол он идет.

1 стол — академические знания (например, упражнения на подбор одинаковых предметов).

2 стол — спикер (развитие речи, например, упражнения на окончание предложений, подбор слов).

3 стол — упражнения на восприятие и понимание речи.

4 стол — игра (учат играть с игрушками, собирать пазлы и др.).

5 стол — упражнения на правильное произношение звуков (логопедические занятия).

6 стол — имитация действий (в том числе — в цепочках).

10:15–10:30. Перерыв на улице.

10:30–10:40. Мытье рук.

10:40–10:55. Перекус.

11:00–12:15. Уроки (3 стола).

12:15–12:35. Ланч.

12:35–12:45. Перерыв.

12:45–12:55. Общий сбор.

В 13:00 дети уезжают домой на автобусе. Во второй половине дня терапевты обрабатывают записи, фиксирующие продвижение детей по программам, готовят учебные материалы и оценочные таблицы на следующий день. Также они посещают семьи учащихся с целью отработки навыков и проведения функционального анализа проблемного поведения в домашних условиях.

Одно из основных условий эффективной и результативной работы ABC School — командная работа с четким структурированием и взаимной поддержкой. Для анализа работы широко используются возможности, которые предоставляет видеосъемка. Руководство и супервайзеры регулярно изучают видеоматериалы и оценочные таблицы и предоставляют терапевтам в случае необходимости дополнительный тренинг.

Команда ABC School выработала особый стиль общения с детьми, который выдерживается в течение всего времени пребывания детей в школе, тот же стиль рекомендуется соблюдать родителям. Ребенка все время учат тем вещам, которым дети с типичным развитием учатся самостоятельно. Например, научить выражать свои просьбы и пожелания. Если невозможно дать ребенку то, о чем он просит, дается ответ: “Сейчас это недоступно”, и ребенку предлагаются на выбор 2–3 вещи, которые, по мнению педагога, могут его удовлетворить. Если ребенок не доволен своим выбором, дается инструкция: “Попробуй еще раз”. Так же отвечают, и когда ребенок неправильно выполнил задание (вместо — “нет”, “неправильно” и проч.). Управлять поведением ребенка гораздо легче, если он в подобных ситуациях слышит одни и те же фразы. Один из важных навыков — отдавать предметы, так же как и выполнять игровые и другие действия по очереди. Этому учат за игровым столом. Инструкция: “Моя очередь”. Если ребенок впервые выполнил какое-то сложное для него действие, то не только терапевт, который сейчас с ним работает, но и все присутствующие педагоги выражают бурную радость (если ребенка это не пугает, а подкрепляет).

Как альтернативный метод коммуникации в ABC School используется PECS, который начинают вводить в тех случаях, когда у ребенка не начинает развиваться вокальная имитация после двух месяцев активной работы в этом направлении. Часто случается, что введение PECS стимулирует развитие активной речи, поскольку у ребенка начинает развиваться коммуникативная функция. Детей, которые пользуются PECS, учат повсюду носить с собой книгу с карточками.

В Кракове (Польша) работает муниципальная специальная школа для детей с аутизмом, куда принимаются дети с расстройствами спектра аутизма, которые не обладают коммуникативной речью и имеют выраженную интеллектуальную недостаточность. Принимаются дети после 8-ми лет (до этого они находятся в специальных и интеграционных садах), до 15–18 лет — начальная школа, до 21 года — специальная гимназия, до 25 лет — “школа, которая готовит к работе”. Основа школы — TEACCH-программа и четко разработанная система альтернативной коммуникации. Считается, что если ребенок до определенного возраста не овладел речью, и специальные тесты показывают, что он ее не воспринимает, то разговаривать в его присутствии вообще вредно, потому что это раздражает ребенка, отвлекает от задач и вызывает проблемное поведение. Взаимодействие между детьми и педагогами никак не подкрепляется и не поощряется.

Учебный план включает занятия по физкультуре, ручному труду, самообслуживанию, музыке, театральной деятельности и религии. Все время подкрепляется навык спокойного поведения во время занятий и массовых мероприятий (например, церковной службы) и навык ожидания. Читать и писать дети (взрослые) не учатся.

В Торонто (Канада) дети с аутизмом являются учениками специального класса (10 человек) в массовой школе. В этом классе учатся дети разного возраста (8–12 лет) и уровня интеллекта. Не существует общей утвержденной программы, учитель определяет содержание образования в индивидуальном режиме, пытается все-таки объединять детей, когда это возможно, например, предлагать подобные задачи, но у каждого свой уровень сложности.

В Германии дети с аутизмом, которые не имеют выраженных интеллектуальных нарушений, обучаются в обычном классе с помощью сопровождающего, которого представляет управление образования.

Сейчас стало очевидным, что школьное обучение детей с аутизмом, которое отвечает потребностям и возможностям детей и их родителей и направлено на увеличение жизненной компетенции, невозможно без соответствующей дошкольной подготовки. Безусловно, вся психолого-педагогическая помощь ребенку и семье от рождения имеет целью в том числе и подготовку к школе, но ребенку желательно посещать специально организованные занятия в подготовительной группе. Лучшей практикой в этом направлении являются группы подготовки к школе, которые проводятся в течение учебного года в Центре лечебной педагогики ЦЛП в **Москве**. Когда такая группа была организована впервые (около 5 лет назад), то педагоги столкнулись с теми же сложностями, которые имеют место всегда, когда речь идет о детях с аутизмом: дети не хотели идти в класс, почти каждому ребенку нужен был педагог за партой рядом с ним. Но в конце года были получены хорошие результаты — дети научились сидеть в классе в течение 30 минут и целенаправленно решать задачи, получили первый опыт общения между собой. Удалось найти школу, которая согласилась принять эту группу, — так был организован первый класс, который содержал 7 детей с расстройствами спектра аутизма. Так в ЦЛП начала развиваться программа подготовки к школе, каждая новая группа была не похожа на предыдущие, перед педагогами возникали новые проблемы, каждый новый год составлялась учебная программа, которая соответствовала возможностям группы. Например, подготовительная группа 2000–2001 гг. получила следующие результаты:

Дети ознакомились с понятиями “буква”, “слово”, “предложение”. Они научились писать почти все буквы, слова из трех-пяти букв; составлять и читать короткие предложения, находить первую и последнюю букву в слове; находить слова на заданную букву. Дети усвоили счет до 10, знали и умели писать все цифры, знали и умели соотносить количество предметов с цифрами. Дети научились сосредотачиваться на уроке: если в начале года они могли выполнять задачи не более 2-х минут, то к окончанию года они работали самостоятельно 15–20 минут, не отвлекаясь и не отбегая от стола; научились работать у доски, слышать и понимать педагога.

Таким образом, есть основания утверждать, что массовая организация таких групп — с дальнейшим сотрудничеством их педагогов с медико-педагогической комиссией и с учителями школ — является актуальным требованием времени.

Для дальнейшего развития образовательных услуг для детей с аутизмом информативным является ответ родителей на вопрос: “Где, по вашему мнению, лучше учить ребенка с нарушением развития аутичного спектра?”. 28 родителей из 36 выбрали ответ: “В массовой или в специальной школе, ближайшей к месту проживания (в соответствии с возможностями ребенка), при этом специалисты по аутизму должны оказывать поддержку учителям и родителям”. Двое родителей выбрали ответ: “В частной школе для детей без нарушений развития”; индивидуальное (надомное) обучение, частную школу для детей с аутизмом, специальную школу (класс) для детей с аутизмом в государственной системе образования — выбрали по одному из родителей. Дети родителей-респондентов в действительности учатся в разных местах, только 50% родителей удовлетворены реальным положением.

Аутизм: что делать? Советы родителям

Итак, аутизм пришел в вашу жизнь и изменил ее.

“Особенностью семей, в которых растет аутичный ребенок, является то, что вся жизнь семьи неизбежно начинает вращаться вокруг него. Часть семей не выдерживает напряжения и распадается, другие, наоборот, объединяются. Кто-то из родителей живет в постоянном кризисе и упадке, другие испытывают кризисы периодически, у третьих кризис усиливается по мере взросления ребенка. Другие дети в семье наделяются ролью “вторых родителей” или учителей. И какие бы решения не принимали и выборы не делали члены семьи, к каким бы последствиям не приводили эти решения — аутизм становится центральным переживанием на долгие годы, иногда на всю жизнь. Все остальные, не связанные с аутизмом интересы, занятия, друзья, — все становится второстепенным: сначала ради лихорадочного поиска информации и помощи, а позже почти все время “съедается” работой с ребенком. Кроме того, аутизм оказывается в центре всей жизни семьи еще и из-за денег. Чтобы воплотить в жизнь регулярную работу по той или иной методике, денег нужно много. Деньги становятся источником тяжелых вопросов: сколько всего понадобится? Потянем ли мы эти расходы? Как? Если нет, то что делать? Куда, к кому мы можем обратиться за помощью? Так аутизм превращается в ось, вокруг которой вращается жизнь всех членов семьи. Работа матери приносится в жертву, карьерные возможности приходится отложить или просто забыть о них. Для того, чтобы с аутичным ребенком занимались квалифицированные специалисты, чтобы реализовать все возможные шансы ребенка на прогресс, семьям нередко приходится или разделяться, или покидать насиженные места с привычным окружением”.

Ш. Коэн

“...Прошло не более месяца со дня визита к врачу Де-Карло, когда она впервые поставила диагноз Анн-Мари, но казалось, что прошло, по меньшей мере, полгода. Каждую ночь мы с Марком без остановки говорили об аутизме. Мы обсуждали поведение Анн-Мари за прошедший день: был ли зрительный контакт с ней, говорила ли она что-нибудь, указывала ли на что-то, подходила ли она к кому-нибудь, играла ли со своими игрушками? Мы вместе читали и короткими фразами пересказывали друг другу содержание прочитанных страниц. Мы оба чувствовали, что надо торопиться, иначе будет поздно. Мы хотели быстрее что-то сделать, чтобы остановить прогрессирование болезни.

...Я была близка к бешенству. Так много людей хотели поддержать, утешить меня. Они и не подозревали, как помочь Анн-Мари, но для того, чтобы все-таки чувствовать себя нужными и значительными, они фокусировались на мне. За прошедшее время, по меньшей мере, десять знакомых посоветовали мне немного отдохнуть, сделать маникюр, съездить куда-нибудь с Марком на выходные и т. п.: “Для себя и для своей семьи ты обязана на время перестать думать об этой проблеме”. Я бы взорвалась, если бы еще раз услышала фразу: “Тебе надо посвятить немного времени себе, Кэтрин”. У меня не было времени. Время ускользало от нас, и никто не мог сказать, как его остановить! Пожалуйста, кто-нибудь, скажите, что мне делать! Я хочу сейчас же знать, как помочь моей дочери, а не как помочь мне. Передо мной вся оставшаяся жизнь, а она падает в пропасть. Неужели вам нечего предложить, кроме этой “родительской лаборатории”? Я сама справлюсь со своим горем и страхом — вы покажите мне, что делать с моей дочерью до того, как она будет окончательно потеряна для нас”.

К. Моррис

Узнаете себя? Итак:

- **Не будьте одиноки и не погружайтесь в отчаяние**

Вы и ваш ребенок не первые и не последние в истории человечества, кто столкнулся с этой проблемой. Возможно, среди ваших знакомых ни у кого нет детей с нарушением развития; возможно — ваш ребенок наиболее проблемный не только в группе, но и во всем детском саду. Это еще не причина чувствовать себя изгоем. Как можно скорее познакомьтесь с другими родителями и общайтесь с ними всеми возможными способами.

- **Не ищите виноватых и не позволяйте делать виноватыми вас**

Ни вы, ни ваш муж (жена), ни ваша свекровь (теща) в принципе не могут быть виновными в том, что у ребенка расстройство спектра аутизма, поскольку аутизм не является однозначным следствием каких-либо причин и поступков.

- **Готовьтесь к долгому пути**

Какую бы современную терапию, в любой стране вы не собирались бы попробовать, примите то, что с аутизмом вам придется жить.

- **Не навредите!**

Умейте видеть потенциальную опасность. Аутизм — непрогредиентное состояние. Подавляющее большинство детей с аутизмом при адекватной медикаментозной поддержке и интенсивной психолого-педагогической работе постепенно выходят на достаточно приличный уровень качества жизни. А если остеопат ломает ребенку шею — он за это даже не будет отвечать. Даже “безобидные” гомеопатия и дельфинотерапия иногда способны спровоцировать манифестацию эпилепсии или обострение шизофренического процесса, который вовремя не распознали. Обязательно проконсультируйтесь с квалифицированным психиатром, а если вы планируете принять решение относительно приема серьезных препаратов (нейролептиков, антидепрессантов) — внимательно слушайте нескольких врачей и получите ответ на вопрос: с какой целью назначен препарат? Какие могут быть побочные эффекты? Что делать, если они возникнут?

- **Знание — сила**

Следует осознать, что от вашей способности “во всем дойти до самой сути” на добрую половину зависит будущее ребенка. В течение нескольких ближайших лет вам придется самостоятельно выстраивать вашу индивидуальную коррекционную и жизненную стратегию, на которую влияют и реальные возможности ребенка (существующие и потенциальные), и возможность (невозможность) привлечь специалистов там, где вы постоянно проживаете, наличие соответствующего сада и школы, ресурсы вашей семьи, как денежные, так и другие: например, наличие помощников, которые готовы работать во имя будущего ребенка вместе с вами (супруг (супруга), родители, братья-сестры и т. д.). Для того, чтобы строить и постоянно корректировать такую стратегию — нужны глубокие знания. Мне, к сожалению, приходилось видеть, как полное нежелание мамы что-то “брать в голову”, ее уход в жалобы, истерики и обвинения в адрес других членов семьи сыграли роковую роль в судьбе ребенка. И наоборот — часто самоотверженная “мама-профессор” делает просто невозможное. Вам нужно изучить психофизиологию ребенка от рождения и до того биологического возраста, в котором сейчас находится ваш ребенок, хорошо понимать логику сенсомоторного, речевого, интеллектуального и коммуникативного развития в норме. Если вы будете все это хорошо знать, то сможете оценить реальные проблемы вашего ребенка. Кроме того, следует внимательно проработать специальную литературу (см. список рекомендованной литературы).

- **Вместе со специалистами проведите психолого-педагогическую диагностику**

Оцените актуальный уровень ребенка во всех сферах развития, составьте индивидуальную программу и занимайтесь по ней каждый день. Как метко заметила одна “мама-профессор”, “секрет успеха методики АВА — не в превосходстве бихевиоральной теории, а в 40 часах в неделю”. Капля, как известно, камень точит. Рано или поздно — количество перейдет в качество. Кроме специально организованных занятий, используйте все жизненные, бытовые, повседневные ситуации для тренировки и закрепления полученных знаний и навыков. Самостоятельно изобретайте собственные “методики”. Например, для развития речевого диалога и пробуждения познавательного интереса очень эффективно самой задавать простые вопросы и самой на них отвечать. Лично у меня эта привычка осталась еще на несколько лет после того, как Андрей научился задавать вопросы и отвечать на них.

- **Посвящайте ребенку и его развитию настолько много времени, насколько это возможно**

Если вы — мама маленького ребенка с расстройством спектра аутизма, вы не можете работать так, как другие люди. Ваш ребенок не должен проводить с няней (даже и с бабушкой) большую часть времени, если вы не хотите, чтобы его состояние год от года ухудшалось. Это — вопрос жизни и смерти. И это не изменят никакие специалисты, которых вы наймете за все золото мира. Работать в обычном режиме (5 дней в неделю) вы сможете, только если ребенок пойдет в садик. А возвращаться каждый день в полночь вы вообще не сможете себе позволить никогда. Это — не для вас.

- **Маме ребенка с аутизмом обязательно надо работать**

Не будьте только мамой, даже если в этом нет материальной необходимости. Ваш путь: полставки, частично удаленная работа, преподавательская, журналистская деятельность.

- **Аутизм — это ваш грандиозный шанс на собственное развитие**, поскольку создает вам мощную мотивацию. Возможно, вы овладеете навыками работы на компьютере, так как вам нужно искать информацию и общаться с другими родителями. Возможно, вы выучите иностранный язык, чтобы быстрее узнавать новые зарубежные терапии. Возможно, вы станете мудрее и будете ценить то, на что другие не обращают внимания. Если вы будете открытыми и позитивными, то непременно обретете новых друзей среди других родителей — вместо тех ваших знакомых, которые не хотят с вами общаться из-за того, что ваш ребенок падает на землю и кричит повсюду, где вы бываете.

- **Забойтесь о себе**

Проводите полдня в неделю именно так, как вам нравится. Несколько раз в год оставляйте ребенка на несколько дней и полностью меняйте обстановку. Если вы не занимались спортом — сейчас отличная возможность начать это делать. Родителям детей с аутизмом и специалистам, которые предоставляют им психолого-педагогическую помощь, нужно быть в прекрасной физической форме. Обязательно бросьте курить!

Возможно, вы считаете, что все эти советы — пустые разговоры, которые не имеют ничего общего с реальной жизнью. Но это не так, и это подтверждает исследование, проведенное нами в реабилитационном лагере, который уже 5 лет проводит Общественная ассоциация поддержки лиц с аутизмом «СОЛНЕЧНЫЙ КРУГ». В опросе по различным аспектам жизни семьи ребенка с аутизмом приняли участие родители 36 детей (половина из детей — до 7 лет). Большинство из них (30 человек, т. е. 84%) на вопрос: «Как на Вас повлиял тот факт, что у ребенка аутизм?» — выбрали ответ: «Многое переосмыслил(а)». Другие предложенные анкетой ответы («это морально меня убило», «распалась семья», «заброшены другие дети», «стал(а) сильнее») выбрало по 2–3 родителей. На вопрос: «Вы можете назвать свою семью счастливой?» — 28 человек (77,8%) дали положительный ответ. Из этого можно сделать вывод, что, несмотря на многочисленные социальные, психологические и педагогические проблемы, такие семьи адаптируются и выполняют свои функции. Значительную роль в способности семьи создавать ребенку с аутизмом необходимые условия для ее развития играет квалифицированная и своевременная помощь специалистов. Главная проблема украинских семей, которые воспитывают ребенка с расстройством спектра аутизма, — полное отсутствие места, куда они могли бы обратиться за комплексной (все психолого-педагогические подходы и формы работы в тесном сотрудничестве с медициной), регулярной, семейно-центрированной помощью. Эту функцию должен взять на себя Центр психолого-педагогической помощи детям с аутизмом (нами разработаны Положение о Центре, Устав и должностные инструкции; см. их содержание в 1-м издании книги).

Основные принципы организации центра психолого-педагогической помощи детям с аутизмом

Все дети, направленные в Центр, поступают сначала в консультативно-диагностический отдел, где уточняется (подтверждается или ставится впервые) диагноз, для чего проводится обследование в необходимом для данного ребенка объеме. В том случае, если психолого-педагогический диагноз совпадает с основным направлением деятельности Центра и нет оговоренных в Уставе Центра противопоказаний, ребенок направляется в одно из коррекционных подразделений или в одну из экспериментальных групп — в зависимости от возраста, особенностей психического состояния, уровня интеллектуального, эмоционального, речевого и социального развития. Для решения этих задач на базе Центра создается специализированная медико-педагогическая комиссия.

Дальнейший образовательный маршрут детей с РСА, которые получают психолого-педагогическую помощь в Центре, определяется текущими результатами коррекционной работы, основной ее целью является инклюзия, т. е. Центр осуществляет подготовку ребенка с РСА к обучению и воспитанию в других типах образовательных учреждений, к самостоятельной и независимой жизни.

Предусматриваются следующие варианты образовательных маршрутов детей с РСА:

Дошкольный возраст

- инклюзия в общий или специальный детский сад (в зависимости от познавательных возможностей и уровня коммуникативной активности ребенка) — с сопровождающим (ассистентом, адаптером) или без него.

Школьный возраст

- индивидуальное обучение или обучение в микроклассах в условиях Центра психолого-педагогической помощи;
- инклюзия в класс общей или специальной школы (в зависимости от познавательных возможностей и уровня коммуникативной активности ребенка) — с сопровождающим (ассистентом, адаптером) или без него;
- обучение в специальном микроклассе общеобразовательной школы.

Обучение в условиях Центра психолого-педагогической помощи детям с РСА предлагается только в случаях динамики развития ребенка, когда существует необходимость его обучения и воспитания в специальных условиях с использованием традиционных для коррекции РСА методов и преимущественно индивидуальных форм работы.

Одной из особенностей учебно-коррекционного процесса в Центре психолого-педагогической помощи детям с РСА является как можно более раннее начало профориентационной работы на основе склонностей, способностей или даже одаренности воспитанников.

В масштабе Киева Центр психолого-педагогической помощи детям с РСА должен стать главной организацией по этому направлению специального образования и при поддержке мэра возглавить:

- проведение диагностической и комплексной коррекционной работы с детьми с РСА;
- подготовку и апробацию методических основ коррекционного процесса в различных структурах системы образования;
- отработку нормативно-правовой базы такой деятельности;
- подготовку кадров по коррекции РСА для других учреждений Киева и Украины путем стажировки на рабочем месте и на курсовой основе;
- создание практической базы для обучения студентов специальности "коррекционная педагогика".

Таким образом, при создании и развитии системы помощи детям с аутизмом и подобными расстройствами, при организации соответствующих специальных (коррекционных) образовательных учреждений целесообразно придерживаться следующих принципов:

- комплексный медико-психолого-педагогический подход к коррекции;
- инклюзивная направленность коррекционного процесса в сочетании со специализированным характером предоставляемой помощи;
- преемственность коррекционной работы на всех возрастных этапах с учетом специфики психических особенностей при РСА;
- определяющая роль интересов аутичного ребенка при выборе методических подходов;
- индивидуальный характер коррекции на начальных его этапах с постепенным переходом к групповым формам работы;
- систематическая активная работа с семьей аутичного ребенка, семейно-центрированный подход.





Литература

- Адаптивная (реабилитационная) верховая езда: учебное пособие Университета Paris-Nord. — М.: МККИ, 2003.
- Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Айрес Э. Дж. [перевод с англ. Ю. Даре, научный редактор Е. Клочкова]. — М.: Теревинф, 2009. — 272 с.
- Аксёнова Л. И. Правовые основы специального образования и социальной защиты детей с отклонениями в развитии / Л. И. Аксёнова // Дефектология. — 1997. — № 5. — С. 24–28.
- Алвин Дж. Музыкальная терапия для детей с аутизмом. / Дж. Алвин Дж., Э. Уорик. — М.: Теревинф, 2004. — 208 с.
- Анохин И. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. — М., 1968. — 547 с.
- Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / Ф. Аппе. — М.: Теревинф, 2006. — 216 с.
- Аршатская О. С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста с тенденцией формирования детского аутизма: совместная работа специалистов и родителей / О. С. Аршатская // Альманах ИКП РАО. — 2003. — № 2. — С. 35–39.
- Атмаджан А. Умственная патология, страдающий индивид и лошадь. — Париж, 1992.
- Бадалян Л. О. Детская неврология. / Л. О. Бадалян — М., 1998. — 576 с.
- Бадалян Л. О. Невропатология: [учебник для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений] / Л. О. Бадалян. — 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр "Академия", 2003. — 368 с.
- Баенская Е. Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет / Е. Р. Баенская // Дефектология. — 1995. — № 5. — С. 76–83.
- Бастун Н. А. Служби раннього втручання в Україні: шлях до інтеграції / Н. А. Бастун. — К., 2005. — 184 с.
- Батуев А. С. Психофизиологические основы формирования системы мать — дитя // Образование от А до Я. — М., 2000. — С. 14–31.
- Башина В. М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Журн. невропат. и психиатр. — 1974. — № 10. — С. 1538–1541.
- Башина В. М. Современное состояние проблемы аутизма в детском возрасте // Психиатрия. — 2003. — № 3 — С. 7–11.
- Башина В. М., Симашкова Н. В. К особенностям коррекции расстройств у больных с ранним детским аутизмом // Альманах „Исцеление”. — М., 1993. — С. 161–165.
- Башина В. М. Аутизм в детстве / В. М. Башина. — М.: Медицина, 1999. — 240 с.
- Башина В. М. Ранний детский аутизм / В. М. Башина // Альманах "Исцеление". — М., 1993. — 250 с.
- Башина В. М. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве / В. М. Башина, А. С. Тигранов // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2005. — № 8. — С. 4–13.
- Бейкер Брюс Л. Путь к независимости: обучение детей с особенностями развития бытовым навыкам / Брюс Л. Бейкер, Алан Дж. Брайтман. — М.: Теревинф, 2000. — 260 с.
- Белоус Т. А. Коррекционная направленность музыкально-ритмических занятий во вспомогательной школе: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. пед. наук: спец. 13.00.03 "Коррекционная педагогика" / Т. А. Белоус. — К., 2000. — 20 с.
- Бернштейн Н. А. Очередные задачи нейрофизиологии в свете современной теории биологической активности / Н. А. Бернштейн // Вопросы психологии. — 1966. — № 4. — С. 30–39.
- Бернштейн Н. А. Физиология движений и активность / Н. А. Бернштейн. — М.: Наука, 1990. — 495 с.
- Бикнелл Д., Хенн Х., Уебб Д. Знакомьтесь — иппотерапия. — М.: МККИ. — 1999.

- Бин Дж. Волшебная дудочка. 78 развивающих музыкальных игр / Дж. Бин, А. Оулдфилд [пер. с англ. О. Ю. Поповой]. — Изд. 2-е. — М.: Теревинф, 2007. — 112 с. — (Особый ребенок).
- Битова А. Л. Специальные занятия музыкой, ориентированные на стимуляцию экспрессивной речи у детей с тяжелыми нарушениями речевого развития / А. Л. Битова, Ю. В. Липес // *Особый ребенок: исследования и опыт помощи*. М., 2001. — Вып. 4. — С. 30–36.
- Битова А. Л. Формирование речи у детей с тяжелыми речевыми нарушениями: начальные этапы работы / Битова А. Л. // *Особый ребенок: исследования и опыт помощи*. — М., 1999. — Вып. 2. — С. 20–25.
- Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика. — Донецк, 1999.
- Большой психологический словарь. — 3-е изд., дополн. и переработ. / [под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко]. Санкт-Петербург: Прайм-ЕВРО ЗНАК, 2006. — С. 328.
- Бондар В. І. Стан спеціальної освіти та динаміка її змін / Бондар В. І. // *Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: [наук.-метод. зб. / ред. кол.: Н. Софій (голова), І. Єрмаков. — К.: Контекст, 2000.*
- Борис Л. М. Диференціація раннього дитячого аутизму від інших порушень розумового розвитку / Борис Л. М. // *Духовні та соціально-психологічні аспекти допомоги дітям із загальними порушеннями розвитку в системі інтеграційної освіти. — Львів: Інститут соціогуманітарних проблем людини ЗНЦ НАН України і МОН України, 2005. — 92 с.*
- Бородина Л. Г. Опыт амбулаторной фармакотерапии детей, больных аутизмом // *Аутизм и нарушения развития. — 2004. — № 3.*
- Букреев В. И., Шеверева В. М. Использование методов электростимуляции в лечении депрессивных состояний: Методические рекомендации МЗ Украины. — Харьков, 1984. — 20 с.
- Булахова Л. О., Саган О. М., Зинченко С. Н., Кузнецов В. Н., Кузнецов И. В., Подкоритов В. С. Детская психоневрология. — К.: Здоров'я, 2001.
- Бурлачук Л. Ф. [и др.]. Основы психотерапии: Учебное пособие для студентов вузов, которые обучаются по специальности "Психология", "Социальная педагогика" / Л. Ф. Бурлачук, А. И. Грабская, А. С. Кочарян. — К.: Ника-Центр; М.: Алетейа, 1999. — 320 с.
- Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика: [учебник для вузов] / Бурлачук Л. Ф. — СПб. Питер, 2007. — 352 с.
- Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. Общая психопатология: пособие для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — Ростов н/Д.: Изд-во ЛРНЦ "Феникс", 2000.
- Вальдорфская педагогика: антология / сост. А. А. Пинский и др.; [под ред. А. А. Пинского]. — М.: Просвещение, 2003. — 494 с.
- Вартанян Г. А., Гальдинов Г. В., Акимова И. М. Организация и модуляция процессов памяти / ФМН СССР. — Л.: Медицина, 1981. — 208 с.
- Веденина М. Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение I / Веденина М. Ю. // *Дефектология. — 1997. — № 2. — С. 31–40.*
- Веденина М. Ю., Окунева О. Н. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение II / Веденина М. Ю. // *Дефектология. — 1997. — № 3. — С. 15–20.*
- Веккер Л. М. Мир психической реальности / Веккер Л. М. — М.: Логос, 2000. — 352 с.
- Веккер Л. М. Психические процессы. Т. 3 / Веккер Л. М. — Л.: Изд-во Ленинградского ун-та, 1982. — 326 с.
- Венгер Л. А. Воспитание сенсорной культуры ребёнка от рождения до 6 лет / Л. А. Венгер. — М., 1988. — 270 с.
- Возрастная и педагогическая психология: [учеб. пособие для студентов пед. ин-тов] / под ред. проф. А. В. Петровского. — М.: Просвещение, 1973. — 285 с.
- Волкова М. Н. Психология субъекта: хрестоматия / Волкова М. Н. — Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2007. — 182 с.

- Воробьева Т. М., Шеверева В. М. Нейрофизиологические механизмы эффектов транскраниальной микрополяризации в норме и при моделировании эмоциональных нарушений // Физиология человека. — Т. 16, № 3. — 1990. — С. 42–49.
- Выготский Л. С. Вопросы детской (возрастной) психологии / Выготский Л. С. Собр. соч.: в 6 т. — М., 1983. — Т. 4.
- Выготский Л. С. Основы дефектологии / Выготский Л. С. Собр. соч. в 6 т. — М., 1983. — Т. 5. — 368 с.
- Выготский Л. С. Педагогическая психология / Выготский Л. С. — М.: Педагогика, 1991. — 480 с.
- Выготский Л. С. Проблемы общей психологии. Мышление и речь / Выготский Л. С. Собр. соч.: в 6 т. — 1982. — Т. 2. — 504 с.
- Выготский Л. С. Проблемы развития психики / Выготский Л. С. Собр. соч.: в 6 т. — М., 1983. — Т. 5.
- Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. — М., 1984. — Т. 4, ч. 2. — С. 243–368.
- Выродова И. А. Музыкальные игры для самых маленьких. Книга для родителей / Выродова И. А. — М.: Школьная Пресса, 2007. — 160 с.
- Гальперин П. Я. Введение в психологию / Гальперин П. Я. — М.: Изд-во Московского ун-та, 1976. — 275 с.
- Гилберт К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберт, Т. Питерс. — СПб., 1998. — 144 с.
- Готсдинер А. Л. Музыкальная психология / Готсдинер А. Л. — М., 1993. — 190 с.
- Грэндин Т. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма / Т. Грэндин, М. М. Скариано. — М.: Центр леч. педагогики, 1999. — 228 с. — (Особый ребенок).
- Де Клерк Х. Мама, это человек или животное? Об аутизме / Де Клерк Х. / [пер. с фр.]. — СПб., 2001. — 175 с.
- Денисенков А., Роберт Н., Шпицберг И. Иппотерапия. Возможности и перспективы реабилитации при детском церебральном параличе. — М.: Геронт, 2002.
- Детская психоневрология / под ред. проф. Л. А. Булаховой. — К.: Здоров'я, 2001. — 496 с.
- Детский аутизм. Хрестоматия: [учебное пособие для студентов] / сост. Л. М. Шипицына. — СПб.: Изд-во „Дидактика Плюс“, 2001. — 368 с.
- Дефектология: Словарь-справочник / под ред. Б. П. Пузанова. — М., 1996. — 250 с.
- Дилигенский Н. Слово сквозь безмолвие / Дилигенский Н. — М.: Центр лечебной педагогики, 2000. — 140 с.
- Дошкольное воспитание аномальных детей / под ред. Л. П. Носковой. — М., 1993. — 178 с.
- Драпкин Б. З. Терапия радостью — сущность детско-подростковой терапии // 7-й Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. — М., 1981. — 250 с.
- Дубровина И. В. Психическое развитие воспитанников детского дома / И. В. Дубровина [и др.]. — М., 1990. С. 3–150.
- Душка А. Л. Особливості зорово-просторового сприйняття в онтогенетичному розвитку суб'єкта в нормі та патології: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук. / ОНУ ім. І. Мечникова. — Одеса, 2009. — 20 с.
- Евтушенко С. К. Постлицензионный опыт применения препарата Цереброкурин R. Цереброкурин в реабилитации детей с психомоторной задержкой развития // Здоровье Украины. — 2002. — № 4. — С. 19.
- Евтушенко С. К., Евтушенко О. С., Лисовский Е. В. [и др.]. Нейропротекторная и нейротрофическая терапия болезни Дауна // Міжнародний неврологічний журнал. — 2008. — № 3 (19). — С. 125–128.
- Енциклопедія педагогічних технологій та інновацій / Н. П. Наволокова. — Х.: Вид. група „Основа“, 2009. — 176 с.
- Життєва компетентність особистості: від теорії до практики: науково-методичний посібник / за ред. І. Г. Єрмакова. — Запоріжжя: Центріон, 2005. — 640 с.
- Жмуров В. А. Психопатология. — М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2002.

- Жуков Д. Е. Некоторые факторы, влияющие на динамику состояния больных с синдромом раннего детского аутизма / Жуков Д. Е. // [Электронный ресурс].— Режим доступа к статье: <http://www.autism.ru/library>.
- Жукова Н. С. Если Ваш ребенок отстает в развитии / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова. — М., 1993. — 189 с.
- Жукова Н. С. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. — М., 1990. — 210 с.
- Журба Л. Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова. — М., 1981. — 167 с.
- Запорожец А. В. Воспитание эмоций и чувств у дошкольников / Запорожец А. В. // Эмоциональное развитие дошкольников. — М., 1985. — 260 с.
- Захарова И. Ю. Нарушения общения и проблемы поведения / Захарова И. Ю. // [Электронный ресурс].— Режим доступа к статье: <http://www.autism.ru/read.asp?id=115&vol=0>.
- Захарова И. Ю. Танцы как метод лечебного воздействия / Захарова И. Ю. // Особый ребенок: исследование и опыт помощи. — М., 2001. — Вып. 4. — С. 50–55.
- Зенков Л. Р. Бессудорожные эпилептические энцефалопатии с психиатрическими коммуникативными и поведенческими расстройствами // Вестник эпилептологии. — 2004. — № 2 — С. 7–11.
- Зенков Л. Р. Непароксизмальные эпилептические расстройства. — М.: МЕДпресс-информ, 2007. — 278 с.
- Зюмалла Р. Обучение и сопровождение людей с аутизмом по программе ТЕАССН / Зюмалла Р. — Минск: Общественное объединение БелАПДИ, 2005. — 55 с.
- Игры и занятия с детьми раннего возраста с психофизическими нарушениями / под ред. Е. А. Стребелевой, Г. А. Мишиной. — 2-е изд. — М.: Экзамен, 2004. — 160 с.
- Инструкция по содействию реализации прав человека для лиц, страдающих психическими расстройствами. — К.: Сфера, 1998. — 153 с.
- Каган В. Е. Детский аутизм и психическое недоразвитие // Проблемы общего психического недоразвития. — Л., 1976. — С. 61–67.
- Каган В. Е. Преодоление: неконтактный ребенок в семье. — СПб., 1996.
- Каган В. Е. Аутизм у детей / Каган В. Е. — Л.: Медицина, 1981. — 157 с.
- Казьмин А. М., Казьмина Л. В. Дневник развития ребенка от рождения до трех лет. — М.: Когито-Центр, 2001. — 74 с.
- Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия: в 2 т. Т. 2 / пер. с англ. — М.: Медицина, 2002. — 528 с.
- Карвасарский Б. Д. Неврозы (руководство). — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
- Карлов В. А. Эпилептическая энцефалопатия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2006. — Т. 106 (2). — С. 4–12.
- Карлов В. А. Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин: руководство для врачей. — М.: ОАО "Изд-во Медицина", 2010. — 720 с.: ил.
- Карпенкова И., Репина М. Игры в гипотерапии. — М.: НФ ЛВЕ ИКС, Наш Солнечный мир, 2005. — 35 с.
- Катаева А. А. Дошкольная олигофренопедагогика / А. А. Катаева, Е. А. Стребелева. — М., 1988. — 182 с.
- Катан Г., Седок Б. Аутизм. Первазивные расстройства // Клиническая психиатрия. — М., 1994. — С. 231–244.
- Кипхард Эрнст Й. Как развивается ваш ребенок / Эрнст Й. Кипхард / [пер. с нем. Л. В. Хариной]. — М.: Теревинф, 2006. — 112 с.
- Клинков В. Н., Загородняя Н. Б. Современные аспекты психотерапевтических методов при детском аутизме // Таврический журнал психиатрии. — Симферополь, 2003. — Т. 7, № 3 (24). — С. 46–48.

- Клюшник Т. П., Лидеман Р. Р. [и др.]. Вклад аутоиммунных механизмов в патогенетически значимые нарушения развития нервной системы // Российск. психиатр. журнал. — 1998. — № 6. — С. 16–19.
- Клюшник Т. П. Аутоантитела к фактору роста нервов при нервно-психических заболеваниях и нарушениях развития нервной системы: Автореф. дис. д-ра мед. наук. — М., 1997.
- Коберник Г. Н. Введение в специальность дефектология / Коберник Г. Н., Синев В. Н.— К.: Вища школа, 1984. — 142 с.
- Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / Изд. 2-е, перераб. и допол. / Ковалев В. В. — М.: — Медицина,— 1995. — 205 с.
- Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста.— М., 1979.
- Козловская Г. В. Особенности психических нарушений у детей с глубокими нарушениями зрения // Журнал невропатологии и психиатрии.— 1971.— № 10.— С. 12–15.
- Козловская Г. В., Проселкова М. Е. Нарушения психического развития у детей-сирот // Журнал невропатологии и психиатрии.— 1995.— № 5.— С. 52–56.
- Колине. О верховой езде и ее действии на организм человека. — М.: МККИ, 2000.
- Колядко С. П. Клініко-психологічне і клініко-фізіологічне дослідження ефективності транскраніальної мікрополяризації мозку і оперантного біоадаптивного управління в лікуванні хворих неврозами: автореф. дис. канд. мед. наук.— Харків, 1997. — 24 с.
- Колядко С. П. Клініко-психопатологічні та нейробіологічні закономірності формування пароксизмальних станів при невротичних розладах. Автореф. дис. докт. мед. наук. Харків. — 2012. — 40 с.
- Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2002.
- Комплексное сопровождение детей дошкольного возраста / под науч. ред. проф. Л. М. Шипицной. — СПб.: Речь, 2003. — 240 с.
- Константинова И. С., Цыганок А. А. Восприятие музыкальных произведений детьми / Константинова И. С., Цыганок А. А.: сб. // Особый ребенок: исследования и опыт помощи.— М., 2001, . Вып. 4.— С. 45–52.
- Костин И. А. Особенности оказания помощи в адаптации в подростковом возрасте. / Костин И. А. [Электронный ресурс].— Режим доступа к статье: <http://www.autism.ru/library.asp?sort=3>.
- Котышева Е. Н. Музыкальная терапия для детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях Центра социальной помощи. Из опыта работы / Психологическая газета. Всероссийское издание для психологов, сентябрь 2008 [Электронный ресурс].— Режим доступа к статье: http://www.psy.su/prof_society/articles/2214/.
- Кравченко Р. І. Соціальна робота з розумово відсталими людьми / Кравченко Р. І. — К.: Соціс, 2001. — 150 с.
- Красный Ю. Арт — всегда терапия. Развитие детей со специальными потребностями средствами искусств / Красный Ю.— М.: Изд-во ООО "Межрегиональный центр управленческого и политического консультирования", 2006. — 204 с.
- Кревелен В. К. проблеме аутизма // Кревелен В. — Детский аутизм: хрестоматія. — СПб., 1997. — С. 17–24.
- Крупнов А. И. Психологические проблемы исследования активности человека. / Крупнов А. И. // Вопросы психологии.— 1983.— № 5. — С. 45–50.
- Лаут Г. В. Коррекция поведения детей и подростков: практическое руководство. I. Стратегия и методы / Лаут Г. В., Брак У. Б., Линдеркамп Ф.; [пер. с нем. В. Т. Алхутова]. — М.: Изд. центр "Академия", 2005. — 224 с.
- Лаут Г. В. Коррекция поведения детей и подростков: практическое руководство. II. Отклонения и нарушения / Лаут Г. В., Брак У. Б., Линдеркамп Ф.; [пер. с нем. В. Т. Алхутова].— М.: Изд. центр "Академия", 2005. — 352 с.
- ЛЕБ система.— Минск: Обществ. об-е БелАПДИ, 1997. — 29 с.

- Лебединская К. С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма / Лебединская К. С., Никольская О. С. Сообщение I // Дефектология. — 1987. — № 6. — С. 10–16; Сообщение II // Дефектология. — 1988. — № 2. — С. 10–15.
- Лебединская К. С. Медикаментозная терапия раннего детского аутизма / Лебединская К. С. // Дефектология. — 1994. — № 2. — С. 3–8.
- Лебединская К. С. Нарушения эмоционального развития как клинико-дефектологическая проблема: дисс. на соиск. уч. ст. д-ра психол. наук в форме научного доклада. — М.: НИИ дефектологии РАО, 1992.
- Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма. — М.: Просвещение, 1991.
- Лебединская К. С. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма / Лебединская К. С., Никольская О. С. // Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей. — М., 1988. — 80 с.
- Лебединская К. С. Диагностика раннего детского аутизма. / Лебединская К. С., Никольская О. С. — М.: Просвещение, 1991. — 130 с.
- Лебединская К. С. Диагностическая карта / Лебединская К. С., Никольская О. С. // Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития. — СПб.: Питер, 2001. — 256 с.
- Лебединская К. С. Дети с нарушением общения / Лебединская К. С., Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. [и др.]. — М.: Просвещение, 1989. — 95 с.
- Лебединский В. В. Нарушение психического развития у детей / Лебединский В. В. — М., 1985. — 130 с.
- Лебединский В. В. Общие закономерности психического дизонтогенеза / Лебединский В. В. // Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития. — СПб.: Питер, 2001. — 384 с.
- Лебединский В. В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / Лебединский В. В., Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. — М.: Изд-во МГУ, 1990. — 197 с.
- Леонтьев А. Н. Психическое развитие ребенка дошкольного возраста // Вопросы психологии ребенка. — М., 1965. — С. 13–29.
- Либлинг М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка / Либлинг М. М. // Дефектология. — 1996. — № 3. — С. 56–66.
- Лисина М. И. Проблемы онтогенеза общения / Лисина М. И. — М.: Педагогика, 1986. — 340 с.
- Ловаас И. Книга Я. [Teaching Developmentally Disabled Children: The Me] / Book by O. Ivar Lovaas, University Park Press. — 1981. — April.
- Лория М. Ш., Цверева Д. М. Райттерапия у больных с инфарктом миокарда. — М.: Геродонт, 2002.
- Лошадь в психотерапии, иппотерапии и лечебной педагогике: Уч. материалы и исследования нем. куратора по терапевтической верховой езде (2 т.). — М.: МККИ, 2003.
- Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека / Лурия А. Р. — М.: Изд-во МГУ, 1969. — 504 с.
- Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы / Лурия А. Р. — М.: Педагогика, — 1970. — Т. 2. — 496 с.
- Лурия А. Р. Язык и сознание / Лурия А. Р. — М.: Изд-во МГУ, 1979. — 319 с.
- Макаренко С. М. Особливості психічних порушень у дітей з хронічною токсичною інтоксикацією: автореферат канд. дисертації. — Київ, 2008. — 20 с.
- Максимова Е. В. Уровни общения. Причины возникновения раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н. А. Бернштейна / Максимова Е. В. — М.: Изд-во "Диалог-МИФИ", 2008. — 288 с.
- Максимова М., Денисенков А., Роберт Н. Иппотерапия. Эффективный метод реабилитации лиц с умственной отсталостью. — М.: НФ ЛВЕ ИКС, Наш Солнечный мир, 2005. — 180 с.

- Максимова Н. Ю. Основы дитячої патопсихології: [навч. посіб.] / Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М. — К.: Перун, 1996. — 464 с.
- Малятко. Програма виховання дітей дошкільного віку. Науково-дослідний інститут педагогіки України.— Київ, 1991. — 198 с.
- Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом / Мамайчук И. И. — СПб.: Речь, 2007. — 288 с.
- Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / Мамайчук И. И. — СПб.: Речь, 2001. — 220 с.
- Манелис Н. Г. Факторы, влияющие на понимание детьми ментальных состояний / Манелис Н. Г., Медведковская Т. А. // Научно-практический журнал "Аутизм и нарушения развития".— 2003.— № 2.— С. 3–7.
- Марковская И. Ф. Прогностическое значение нарушения высших корковых функций у детей с задержкой психического развития. Нейропсихологические исследования в неврологии, нейрохирургии и психиатрии / Марковская И. Ф., Лебединский В. В., Лебединская К. С. — Л., 1981. — 190 с.
- Марценковский И. А. Факторы риска расстройств из спектра аутизма // Архів психіатрії.— 2012.— Т. 18, № 1 (68).— С. 38–44.
- Марценковский И. А. Расстройства из спектра аутизма: особенности диагностики, возможности профилактики и лечения // Архів психіатрії.— 2012.— Т. 18, № 2 (69).— С. 84–90.
- Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст / Мастюкова Е. М. — М., 1997. — 250 с.
- Мастюкова Е. М. Основы генетики: Клинико-генетические основы коррекционной педагогики и специальной психологии: [учеб. пособ. для студ. пед. высш. учеб. заведений] / Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. — 368 с.
- Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии / Мастюкова Е. М. — М., 1992. — 52 с.
- Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст / Е. М. Мастюкова. — М., 1997. — 250 с.
- Матвеев В. Ф., Барденштейн Л. М. Закономерности патологического формирования личности у детей с рано приобретенной глухотой // Журнал невропатологии и психиатрии.— 1975.— № 10.— С. 29–31.
- Матвеева М. П. Корекційна робота в системі освіти дітей з вадами розумового розвитку: навч.-метод. посіб. / Матвеева М. П., Миронова С. П. — Кам'янець-Подільський державний університет, 2005. — 164 с.
- Медведева Е. А. Арт-педагогика и арт-терапия в специальном образовании: [учеб. для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений] / Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова, Т. А. Добровольская. — М.: Academia, 2001.— 248 с.
- Миркитумов Б. Е., Кошавцев Л. Г., Гречаный С. В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста. — СПб.: Питер, 2001.
- МКБ-10. ВОЗ.— Женева, 2000.
- Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Труды Ленинград. педиатрич. мед. ин-та. — Л., 1968.
- Мнухин С. С., Зеленецкая А. Я., Исаев Д. Н. О синдроме "раннего детского аутизма" или синдроме Каннера у детей // Журн. невропатол. и психиатр.— 1967.— № 10.— С. 1501–1506.
- Морозова С. Аутизм: Коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах / Морозова С. — М.: Владос, 2007. — 176 с.
- Морозова С. С. Развитие речи у аутичных детей в рамках поведенческой терапии / Морозова С. С. // [Электронный ресурс].— Режим доступа к статье: <http://www.SpecialNeeds.ru>.
- Моррис К. Услышать твой голос / Моррис К. // [Электронный ресурс].— Режим доступа к статье: <http://www.autism.ru/library>.
- Мостовая О. П. Нейропептиды. Быть или не быть? // Новости медицины и фармации.— 2010. — № 5 (311). — С. 18–20.

- Мухина В. С. Лишенные родительского попечительства.— М., 1991.
- Мухин К. Ю., Холин А. А., Петрухин А. С., Глухова Л. Ю., Зайцева М. Н. Электро-клиническая характеристика синдрома Ландау-Клеффнера // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2003. — Т. 103 (9). — С. 16–27.
- Мухин К. Ю. Доброкачественные эпилептиформные нарушения детского возраста и их специфичность / К. Ю. Мухин, А. С. Петрухин, Л. Ю. Глухова. Эпилепсия: атлас электро-клинической диагностики.— М.: Альварес Паблишинг, 2004. — С. 277–288.
- Мухин К. Ю. Когнитивная эпилептиформная дезинтеграция и схожие синдромы / К. Ю. Мухин, А. С. Петрухин, А. А. Холин. Эпилептические энцефалопатии и схожие синдромы у детей. — М.: АртСервис Лтд, 2011.— С. 396–426.
- Мухин К. Ю., Петрухин А. С., Мионов М. Б., [и др.]. Эпилепсия с электрическим эпилептическим статусом медленного сна: диагностические критерии, дифференциальный диагноз и подходы к терапии.— М., 2005. — 32 с.
- Мясищев В. Н. Влияние музыки на человека по данным электроэнцефалографических и психологических показателей / Мясищев В. Н., Готсдинер А. Л. // Вопросы психологии.— 1975.— № 1.— С. 10–15.
- Найссер У. Познание и реальность / Найссер У. — М.: Прогресс, 1981. — 110 с.
- Небылицын В. Д. Психофизическое исследование индивидуальных различий / Небылицын В. Д. — М., 1976.— 336 с.
- Нечипоренко С. П., Чутко Л. С., Кропотов Ю. Д. [и др.]. Немедикаментозная коррекция нарушения внимания и гиперактивности у детей с носительством тяжелых металлов (свинца) методом транскраниальной микрополяризации.— СПб., 2003.— 8 с.
- Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей / Никольская О. С. // Дефектология. — 1995. — № 2. — С. 8–17.
- Никольская О. С. Аутизм: возрастные особенности и психологическая помощь / Никольская О. С. — М.: Полиграф сервис, 2003. — 232 с.
- Никольская О. С. Аутичный ребенок: пути помощи / Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. — М., 2007. — 284 с.
- Никольская О. С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. [и др.].— М.: Теревинф, 2005.— 224 с.
- Никольская О. С. [и др.]. Аутичный ребенок, пути помощи.— М., 1997.
- Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи. — М.: Теревинф, 2000.
- Никольская О. С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма / Никольская О. С.— М.: Центр лечебной педагогики, 2000. — 364 с.
- Новожицын В. Ю., Нестеровский Ю. Е., Осипова Г. Н. [и др.]. Полиморфизм электроэнцефалографического паттерна доброкачественных эпилептиформных нарушений в детстве // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2004. — Т. 104 (10). — С. 48–56.
- Нуриева Л. Г. Развитие речи у аутичных детей / Нуриева Л. Г. — М.: Теревинф, 2003. — 160 с.
- Ньюкиктьен Чарльз. Детская поведенческая неврология: в 2 т. Т. 1 / Чарльз Ньюкиктьен; [пер. с англ. Д. В. Ермолаева, Н. Н. Заваденко, Н. Н. Полонская; под ред. Н. Н. Заваденко]. — М.: Теревинф, 2009. — 288 с.
- Ньюкиктьен Ч. Детская поведенческая неврология. Т. 2.— М.: Теревинф, 2010.— 335 с.
- Обучение и воспитание детей в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации: пособие для педагогов и родителей / С. Е. Гайдукевич, В. Гайслер, Ф. Готан и др.— Мн.: УО "БГПУ им. М. Танка", 2007. — 144 с.
- Обучение через игру. Портедж, США. Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства.— 2000.— 10 выпусков
- Оклендер В. Руководство по детской психотерапии. Окна в мир ребенка.— М., 1997.— С. 114–131.

- Опыт работы интегративного детского сада / сост.: В. В. Алексеева, И. В. Сошина. — М.: Теревинф, 2004. — 184 с.
- Опыт работы с аутичными детьми в Санкт-Петербурге — 15 лет под одной крышей / Е. С. Жуков и др.—СПб., 2006. — 163 с.
- Організація літнього оздоровлення й відпочинку дітей з обмеженими психічними та фізичними можливостями: [навч.-метод. посіб.] / авт.-укл.: І. М. Омельченко, Л. О. Федорович; Полтав. держ. пед. ун-т ім. В. Г. Короленка.— Полтава, 2008. — 262 с.
- Освітні технології: навч.-метод. посіб. / О. М. Пехота, А. З. Кіктенко, О. М. Любарська та ін.; за ред. О. М. Пехоти. — К.: Вид-во А. С. К., 2003. — 205 с.
- Основы специальной дидактики / за ред. проф. Еременко. — 2-ге вид.— К.: Рад. школа, 1986. — 200 с.
- Особое детство: шаг навстречу переменам. — М.: Теревинф, 2006. — 168 с.
- Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Материалы семинара "Музыка и танцы в коррекции нарушений развития у детей". Москва, 3–5 мая 2000 г.— 2001.— Вып. 4.— 260 с.
- Оудсохоорн Д. Социальная и клиническая психиатрия. Схема взаимодействия с ребенком.— М., 1992.— С. 6–10.
- Папиев М. Н., Лазоришинец В. В., Р. А. Моисеенко [и др.]. К вопросу о реформировании доврачебного уровня системы охраны психического здоровья детей в Украине // Новости медицины и фармации.— 2010.— № 4 (309).— С. 3–7.
- Парк К. Социальное развитие аутиста: глазами родителя / Парк К. // Московский психотерапевтический журнал. — 1994. — № 3. — С. 65–95.
- Педагогика, которая лечит: опыт работы с особыми детьми / сост. М. С. Дименштейн. — М.: Теревинф, 2008. — 240 с.
- Печникова Л. С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом: автореф. дис. на соискание учен. степ. канд. психол. наук.— М., 1997. — 20 с.
- Питерс Т. Аутизм: Медицинское и педагогическое воздействие / Питерс Т., Гилберт К. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2005. — 145 с.
- Питерс Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию: Книга для педагогов-дефектологов / Питерс Т. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. — 240 с.
- Планы поддержки для умственно отсталых детей. Инструкция указаний и советов / Белорусская ассоциация помощи детям инвалидам и молодым инвалидам.— 1997. — 78 с.
- Победить аутизм. Метод семьи Кауфман / Центр лечебной педагогики.— 2005. — 163 с.
- Попова О. Ю. Музыкальные занятия при нарушении общения у детей / Попова О. Ю., Хатуцкая С. А. // Особый ребенок: исследования и опыт помощи.— М., 2001.— Вып. 4.— 190 с.
- Потапчук А. А. Диагностика развития ребенка / Потапчук А. А. — СПб.: Речь, 2007. — 154 с.
- Права інвалідів в Україні: зб. прав. док. — К.: Сфера, 1998. — 190 с.
- Практика активного відпочинку та туризму для неповносправних. Матеріали міжнародної конференції. Львів, 8–11 квіт., 2005 р. — 247 с.
- Практическое руководство по работе дневного центра и организации занятости для людей с умственной отсталостью в Украине / под ред. К. Таннерт-Сагассер и Н. Майоровой. — Київ, 2005.— 101 с.
- Применение лазерной терапии у детей с наследственными нарушениями психо-речевого развития: методич. реком.— М., 2004.— 66 с.
- Прихожан А. М. Дети без семьи.— М., 1990.
- Психология семьи и больный ребенок: учеб. пособ.: хрестоматія. — СПб.: Речь, 2007. — 400 с.
- Путь к независимости. Обучение детей с особенностями развития бытовых навыков / Брюс Л. Бейжер, Алан Дж. Брайтман при участии Яна Б. Блейчера, Льюиса Дж. Хейфеца, Стивена П. Хиншоу и Дайаны М. Мэрфи; [пер. с англ. Л. Шихирева и Н. Грозной].— М.: Теревинф, 2004. — 450 с.

- Радзивил М. Г., Башина В. М. Влияние длительной терапии церебролизином в сочетании с нейролептиками на поведенческие и когнитивные нарушения при эндогенном детском аутизме // Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова.— 2006.— № 106 (2).—С. 21–25.
- Развитие творческих способностей ребенка на занятиях изобразительной деятельностью / М. В. Водинская, М. С. Шапиро. — М.: Теревинф, 2006. — 48 с. — (Лечебно-педагогические программы).
- Рахманов В. М., Рахманов Р. В. Психофізична реабілітація дітей з аутизмом і аутичного кола розладами: Метод. реком. МОЗ України. 136.11/211.11. Дніпропетровськ.— 55 с.
- Ранній дитячий аутизм: навч.-метод. посіб. / А. П. Чуприков, М. І. Винник, Я. Т. Багрий. — 2005. — 65 с.
- Ремесленные мастерские: от терапии к профессии / сост. Ю. В. Липес. — М.: Теревинф, 2004.— 136 с.— (Опыт работы Центра лечебной педагогики).
- Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия / Ремшмидт Х. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. — 624 с.
- Ремшмидт Х. Психотерапия детей и подростков / пер. с нем. Т. Н. Дмитриевой. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000.
- Робсон С. К. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии / пер. с англ. В. В. Вандиш-Бубко, Л. В. Ромасенко. — М.: Медицина, 1999.
- Родименко І. М. Обласний психолого-медико-педагогічний центр: [навч.-метод. посіб.] / Родименко І. М. — Генеза, 2005. — 192 с.
- Рождественська М. В. Синдром органічного аутизму у дітей із затримкою психічного розвитку / Рождественська М. В. // Дефектологія.— 2002.— № 2.— С. 46–49.
- Рождественська М. В. Ранній дитячий аутизм: [навч. посіб.] / Рождественська М. В., Конопляста С. Ю.— К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2004. — 69 с.
- Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та суспільстві / О. Романчук. — Львів, 2008. — 334 с.
- Рубинштейн Л. С. Проблема общей психологии / Рубинштейн Л. С. — М., 1973.— 423 с.
- Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / сост., авт. коммен. и послесл. А. В. Брушлинский, К. А. Абульханова-Славская.— СПб.: Изд-во "Питер", 2000. — 550 с.
- Руководство по работе с детьми с умственной отсталостью: учеб. пособие. / науч. ред. М. Пишчек.— СПб.: Речь, 2006. — 276 с.
- Руководство по раннему обучению. Портедж, США. Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства. — 2000.— 10 выпусков.
- Сансон П. Психопедагогика и аутизм: опыт работы с детьми и взрослыми / Сансон П. — М.: Теревинф, 2006. — 208 с.
- Сара Ньюмен. Игры и занятия с особым ребенком: руководство для родителей / Сара Ньюмен [пер. с англ. Н. Л. Холмогоровой].— М.: Теревинф, 2004. — 240 с. — (Особый ребенок).
- Сатмари П. Дети с аутизмом / Сатмари П. — СПб.: Питер, 2005. — 224 с.
- Селевко Г. К. Альтернативные педагогические технологии / Селевко Г. К. — М.: НИИ школьных технологий, 2005. — 224 с.
- Селевко Г. К. Технологии воспитания и обучения детей с проблемами / Селевко Г. К. — М.: НИИ школьных технологий, 2005. — 144 с.
- Селигман М. Обычные семьи, особые дети / Селигман М. — М.: Теревинф, 2007. — 368 с.
- Семенович А. В. Введение в нейропсихологию детского возраста: [учеб. пособие.] / Семенович А. В. — М.: Генезис, 2005. — 319 с.
- Семенович А. В. Межполушарная организация психических процессов у левой / Семенович А. В. — М., 1991. — 230 с.
- Семенович А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего отношения.— М.: Генезис, 2010. — 474 с.
- Симашкова Н. В. Атипичный аутизм в детском возрасте: дисс. на соиск. уч. ст. д-ра мед. наук.— М.: НЦПЗ РАМН, 2006.

- Симонов П. В. Эмоциональный мозг.— М., 1981.
- Синдром Ретта глазами родителей и специалистов / сост. М. С. Дименштейн. — М.: Центр лечебной педагогики. — 112 с.
- Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підруч. Частина I, II / Синьов В. М. — К.: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2007. — 255 с.
- Синьов В. М. Психологія розумово відстакої дитини: [підруч.] / Синьов В. М., Матвеева М. П., Хохліна О. П. — К.: Знання, 2008. — 359 с.
- Скворцов И. А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии / Скворцов И. А., Ермоленко Н. А. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 368 с.
- Скрипник Т. В. Особливості функціонування психічних процесів у аутичних дітей // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб.: / за ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. — К.: Наук. світ, 2006. — Вип. 7.— 358 с.
- Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія. — К.: Вид-во "Фенікс", 2010. — 368 с.
- Сластенин В. А. Педагогіка: [учеб. пособ.] / Сластенин В. А., Исаев И. Ф., Мищенко А. И., Шиянов Е. Н. — М., 1998. — 354 с.
- Смолянинов А. Г. Иппотерапия для детей. — М.: Остров надежды, 2010. — 90 с.
- Смолянинов А. Г. Дельфинотерапия для детей. — К., 2009. — 85 с.
- Социальное развитие детей в условиях летнего интегративного лагеря / Т. М. Ратынская. — М.: Тервинф, 2006. — 48 с.
- Соціальна робота в Україні: перші кроки / за ред. В. Полтавця. — К.: Вид. дім КМ „Academia”, 2000. — 270 с.
- Специальная педагогика / под. ред. Н. М. Назаровой. — М., 2000. — 391 с.
- Спеціальна педагогіка: Понятійно-термінологічний словник / за ред. акад. В. І. Бондаря. — Луганськ: Альма-матер, 2003.— 436 с.
- Спинк Д. Развивающая, лечебная верховая езда.— СПб.: МККИ, 2001.
- Стребелёва Е. А. Создание в России единой системы раннего выявления и ранней коррекции отклонений в развитии / Е. А. Стребелёва // Дошкольное воспитание. — 1998. — № 1. — С. 15–20.
- Строганова Т. А. Ритмы ЭЭГ и развитие процессов контроля внимания: автореф. дис. на соискание уч. степ. докт. мед. наук.— М., 2001.
- Субботин А. В., Рашевская Л. Л. Лечебная кинология. Теоретические подходы и практическая реализация.— М., 2004. — 160 с.
- Судаков К. В. [и др.]. Эмоциональный стресс.— М., 1991.
- Сухарева Т. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Т. 3. — М., 1965.
- Тарасун В. В. Етапи формування когнітивних стратегій поведінки у дітей з аутизмом (програмування, контролю, обробки інформації) / Тарасун В. В. // Дефектологія.— 2005, № 1. — С. 25–30.
- Тарасун В. В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом / Тарасун В. В., Хворова Г. М. — К.: Наук. світ, 2004. — 100 с.
- Теплов Б. М. Психология музыкальных способностей / Теплов Б. М.— М.: Педагогика, 1985.
- Технології психічної інтеграції дітей з аутизмом: у 2 т. / за ред. В. Бондаря, В. Засенко, В. Тарасун. — К, 2006. — 273 с.; 249 с.
- Ульянова Р. К. Дошкольное воспитание аномальных детей. Коррекция двигательных нарушений у детей дошкольного возраста с ранним детским аутизмом / Ульянова Р. К. // Дефектология. — 1988. — № 4. — С. 66–70.
- Ульянова Р. К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми / Ульянова Р. К. // Педагогический поиск.— 1999.— № 9.
- Фарбер Д. Ф., Бетелина Т. Г. Функциональная организация развивающегося мозга и формирование когнитивной деятельности // Физиология развития ребенка.— М., 2000.— С. 82–104.
- Формирование навыков самообслуживания на занятиях и дома / Е. В. Моржина. — М.: Тервинф, 2006. — 40 с. — (Лечебно-педагогические программы).

- Ханин Ю. Л. Психология общения в спорте / Ханин Ю. Л.— М.: Физкультура и спорт, 1980. — 210 с.
- Харламов И. Ф. Педагогика: [учебн.] / И. Ф. Харламов. — 7-е изд. — Мн.: Университетское, 2002. — 560 с.
- Хатуцкая С. А. Музыкальные занятия в подготовительной группе / Хатуцкая С. А // Особый ребенок: исследования и опыт помощи.— М., 2001.— вып. 4.— С. 30–35.
- Хаустова В. Основные этапы и особенности развития игровой деятельности в норме и при аутистических нарушениях / Хаустова В. // Аутизм и нарушения развития.— 2004.— № 3.— С. 15–18.
- Хворова Г. М. Індивідуальний супровід розвитку аутичної дитини — нова технологія педагогічної корекції аутизму / Хворова Г. М. Дефектологія.— 2005.— № 3.— С. 2–4.
- Хворова Г. М. Інтеграційний літній табір: простір розвитку дітей з аутизмом: навч.-метод. посіб. / Т. В. Скрипник, Г. М. Хворова, Г. Г. Смоляр, К. Ю. Абрамченко. — К.: ПВП „Задруга”, 2007. — 97 с.
- Хворова Г. М. Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом / Хворова Г. М. // Дефектологія. — 2009. — № 2. — С. 22–25.
- Хворова Г. М. Особливості корекційно-розвивального навчання дітей з аутизмом / Хворова Г. М. // Дефектологія.— 2005.— № 2.— С. 4–8.
- Хворова Г. М. Особливості корекційно-розвивального навчання дітей з аутизмом / Хворова Г. М. // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія № 19. Корекційна педагогіка та психологія: зб. наук. праць. — К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2004. — № 1. — С. 247–258.
- Хворова Г. М. Реабілітаційний туризм як новітня технологія корекційної роботи з дітьми з аутизмом / Хворова Г. М. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія № 19. Корекційна педагогіка та психологія: зб. наук. праць. — К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2008. — № 2. — С. 25–29.
- Хворова Г. М. Технологія комплексної психолого-педагогічної корекції та розвитку аутичної дитини / Хворова Г. М. // Дефектологія.— 2008.— № 3.— С. 20–27.
- Хейссерман Э. Потенциальные возможности психического развития нормального и аномального ребенка / Хейссерман Э. — М., 1964. — 150 с.
- Холмс Д. Анормальная психология / пер. с англ. — СПб.: Питер, 2003.
- Хольцапфель В. Дети, нуждающиеся в особом уходе. К лечебной педагогике Рудольфа Штайнера / Хольцапфель В. — Калуга: Духовное познание, 1999. — 299 с.
- Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследование и применение). — СПб.: Изд-во "Питер". — 1999. — 608 с.
- Цверева Д. М. Іппотерапія. Лечебная верховая езда.— К.:— Укр. медиахолдинг, 2012. — 152 с.
- Чуприков А. П. Дієтичне харчування дітей з аутичними розладами / Чуприков А. П., Шевченко Ю. Ю., Шевченко М. Ю. — К., 2006.— 44 с.
- Чуприков А. П., Линев А. Н., Марценковский И. А. Латеральная терапия.— К.: Здоров'я, 1994.
- Чуприков А. П. Спорные вопросы детского аутизма / IV Нац. конгрес неврологів, психіатрів та наркологів: тези // Укр. вісник психоневрології. Т. 20, 3 (72). — Харків, 2012. — С. 234.
- Чуприков А. П., Вовченко И. В., Бураго А. С. [и др.]. Анималотерапия в детской неврологии и психиатрии / IV Нац. конгрес неврологів, психіатрів та наркологів: тези // Укр. вісник психоневрології. Т. 20, в. 3 (72). — Харків, 2012.— С. 235.
- Чуприков А. П., Келюшок С. В., Чуприкова Е. Г. [и др.]. Дельфинотерапия. Dolphin Therapy // Одесса: Астропринт, 2008.— 39 с.
- Чуприков А. П., Василевская Н. Ю., Келюшок С. В. [и др.]. Дельфинотерапия как частный вид анималотерапии // Таврический журнал психиатрии.— 2008.— С. 91–100.
- Чуприков А. П., Будко Г. В. Перспективы применения цереброкурина и инфламофертина в детской психиатрии // Новости медицины и фармации.— 2008.— № 7 (257).— С. 18–19.
- Чуприков А. П., Мишиев В. Д., Будко Г. В. Применение цереброкурина в детской психиатрии // Новости медицины и фармации в Украине.— 2009.— Август.— С. 12.

- Чуприков А. П., Василевская Н. Ю., Поповский Б. П. [и др.]. Дельфинотерапия (ДТ) в детской психоневрологии // *Материалы Общероссийской конференции "Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах"*.— Москва, 27–30.10.2009.— С. 237–238.
- Чуприков А. П., Смолянинов А. Г., Бураго А. В. Анималотерапия; иппотерапия // *Новости медицины и фармации*.— 2011.— № 17 (386).— С. 28–29.
- Чуприков А. П., Дзюб О. М., Мишиев В. Д. [и др.]. Показання до дельфінотерапії // *Методичні рекомендації УАН*.— Київ, 2010.— 16 с.
- Чуприков А. П., Синьов В. М., Шульженко Д. І. [и др.]. Захист прав осіб з аутизмом // *Другий Всеукраїнський конгрес з медичного права, біоетики і соціальної політики. Тези доповідей*. м. Київ, 14–15 квіт. 2011.— Київ, 2011.— С. 107.
- Чутко Л. С., Кропотов Ю. Д., Лебедев В. П. [и др.]. Применение транскраниальной микрополяризации в лечении синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*.— 2002.— № 15.— С. 26–28.
- Шамрей В. К., Труфанов Г. Е., Абриталин Е. Ю. [и др.]. Современные методы нейровизуализации в психиатрической практике // *Российск. психатр. журнал*. — 2010. — № 2. — С. 74–83.
- Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я: монографія / Шевцов А. Г. — К.: НТІ „Інститут соціальної політики”, 2004. — 240 с.
- Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології: [монографія] / А. Г. Шевцов. — К.: МП Леся, 2009. — 483 с.
- Шевцов А. Г. Сучасні проблеми освіти і професійної реабілітації людей з вадами здоров'я: монографія / Шевцов А. Г. — К.: Соцінформ, 2004. — 200 с.
- Шелякин А. М., Преображенский И. Г. [и др.]. Влияние транскраниальной микрополяризации лобной коры на состояние моторных и когнитивных функций при экстрапирамидной патологии // *Российск. физиологич. журнал*.— 1997.— Т. 83, № 4.— С. 127–130.
- Шипицына Л. М. "Необучаемый" ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Шипицына Л. М. — СПб.: Изд-во "Дидактика Плюс", 2002. — 496 с.
- Шоплер Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей. Сборник упражнений для специалистов и родителей / Шоплер Э., Ланзинд М., Ватерс Л.— Минск: Изд-во БелАПДИ "Открытые двери", 1997. — 340 с.
- Шпек О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание / Шпек О. — М.: Изд. центр "Академия", 2003. — 432 с.
- Штраус И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды. — М.: МККИ, 2000.
- Шульженко Д. І. Аутизм не вирок.— Львів: Кальварія, 2010.— 220 с.
- Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей: монографія / Шульженко Д. І. — К., 2009. — 385 с.
- Шульженко Д. І. Психологічні основи корекційного виховання дітей з аутистичними порушеннями: автореф. докт. дис.— Київ, 2010.— 46 с.
- Щелованов Н. М., Фигурин И. Л., Денисова М. П. Особенности ребенка раннего возраста // *Педология и воспитание*.— М., 1928.— С. 45–51.
- Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. — Л.: Медицина, 1989. — 192 с.
- Эллнеби И. Право детей на развитие / Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам и молодым инвалидам.— 2004. — 124 с.
- Эльконин Д. Б. Психическое развитие в детских возрастах / под ред. Д. И. Фельдштейна; вступ. ст. Д. И. Фельдштейна. — М.: Изд-во "Институт практической психологии".— Воронеж: НПО "МОДЭК", 1995. — 416 с.
- Юханссон И. Особое детство / Юханссон И. — М.: Центр лечебной педагогики, 2001. — 190 с.
- Янушко Е. Помогите малышу заговорить! Развитие речи детей 1,5–3 лет / Янушко Е. — М.: Теревинф, 2008. — 232 с.

- Янушко Е. А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия / Янушко Е. — М.: Теревинф, 2004. — 136 с.
- Янушко Е. А. Начальный этап коррекционной работы с аутичным ребенком: знакомство, установление контакта // Аутизм и нарушения развития. — 2004. — № 3.
- Aarons M., Gittens T. The handbook of autism. — L&NY, 1994.
- Aarts J. H. P., Binnie C. D., Smit A. M., Wilkins A. J. Selective cognitive impairment during focal and generalized epileptiform EEG activity // Brain.— 1984. — V. 107. — P. 293-308.
- Abrahams B. S. Geschwind D. H. Connecting genes to brain in the autism spectrum disorders // Arch neurol.— 2010.— 67 (4).— P. 395-39.
- Adolph R. The social brain: neural basis of social knowledge // Ann Rev Psychol.— 2009.— №60.— P. 693-716.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV).— Washington D. C.
- Answer M. Deprivation of Maternal Care. In A Reassessment of its Effect.— Geneva, 1962.— P. 151-155.
- Anthony E. Children Contemp // J. Soc. 1982.— Vol. 15.— P. 1.
- Arzimanoglou A., Guerrini R., Aicardi J. Aicardi's epilepsy in children. 2004. — 3-rd edition. — Lippincott, Philadelphia.— 516 p.
- Asperger H. Die autistischen psychopathen in kindersalter // Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten.— 1944.— B. 117.— S. 76-136.
- Baird G., Robinson RO., Boyd S., Sharman T. Sleep electroencephalograms in young children with autism with and without regression // Dev Med Child Neurol.— 2006.— N48.— P. 604-608.
- Baron-Cohen S. Autism and symbolic play // The British Journal of Developmental Psychology.— 1987.— Vol. 5.
- Baron-Cohen S., Leslie A., Frith U. Does the autistic child have the "theory of mind" // Cognition.— 1985.— Vol. 21.— № 1.
- Baron-Cohen S., Leslie A., Frith U. Mechanical, behavioral and intentional understanding of picture stories in autistic children // The British Journal of Developmental Psychology.— 1986.— Vol. 4.
- Baumann A., Bureau M., Deonna T., Mira L., Taccinari C. A. Continuous spikes and waves during slow sleep. Electrical status epilepticus during slow sleep. Acquired epileptic aphasia and related conditions. John Libbey, London, 1995. — 261 p.
- Behavioral issues in autism / Eds: E. Schopler, G. B. Mesibov. — New York etc.: Plenum Press, 1994. — 295 p.
- Beney T. Autism-an evolving concept // Pitich J. of psychiatr.— 2000.— № 76.
- Bleuler E. Wenen.— International University Press, 1911.
- Boddaert N. Perception of complex sounds in autism: abnormal auditory cortical processing in children // Am. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 161 (II).— P. 2117-2120.
- Bogdashina O. Sensory Perceptual Issues in Autism and Asperger Syndrome / JKP, London. — 2003. — 224 p.
- Bolby D. Child care and the growth of love.— L., 1987.
- Bolton PF., Park RJ., Higgins NP, et al. Neuro-epileptic determinants of autism spectrum disorders in tuberous sclerosis complex // Brain.— 2002.— N43 (7).— P. 917-929.
- British Journal of Psychiatry.— 1996, N168.— Pp. 158-163.
- Buzatu M., Bulteau C., Altuzarra C., Dulac O., Van Bogaert P. Corticosteroids as treatment of epileptic syndromes with continuous spike-waves during slow-wave sleep // Epilepsia. — 2009. — V. 50. — Suppl. 7. — P. 68-72.
- California department of developmental services, changes in the California caseload an update: 1999 through 2002-2003.— 24 p.
- Cavazzuti G. B., Capella L., Nalin F. Longitudinal study of epileptiform EEG patterns in normal children // Epilepsia. — 1980. — V. 21. — P. 43-55.

- Communication problems in autism / Eds: E. Schopler, G. B. Mesibov. — New York etc.: Plenum Press, 1985. — 333 p.
- Danielsson S., Viggedal G., Steffenburg S., et al. Psychopathology, psychosocial functioning, and IQ before and after epilepsy surgery in children with drug-resistant epilepsy // *Epilepsy Behav.*— 2009.— 14.— P. 330–337.
- Danilov Y. P., Tyler M. E., Skinner K. L., Hogle R. A., Bach-y-Rita P. Efficacy of electro-tactile vestibular substitution in patients with peripheral and central vestibular loss / *J. Vestib. Res.*— 2007.— N17 (2–3).— P. 119–130.
- Deonna T., Roulet-Perez E. Epilepsy and autistic disorders. In: *The neuropsychiatry of epilepsy*. Trimble M., Schmitz B. (eds) 2nd ed., (2011), Cambridge University Press, pp. 24–38.
- Diagnosis and assessment in autism / Eds: E. Schopler, G. B. Mesibov. — New York etc.: Plenum Press, 1988. — 327 p.
- Doose H. Symptomatology in children with focal sharp waves of genetic origin // *Eur. J. Pediatr.*— 1989. — V. 149. — P. 210–215.
- Doose H., Baier W. K. Benign partial epilepsy and related conditions: multifactorial pathogenesis with hereditary impairment of brain maturation // *Eur. J. Pediatr.*— 1989. — V. 149. — P. 152–158.
- Doose H., Neubauer B. A., Petersen B. The concept of hereditary impairment of brain maturation // *Epileptic disorders*. — 2000. — V. 2. — Suppl. 1. — P. 45–49.
- Doose H. EEG in childhood epilepsy. — 2003. — Hamburg, John Libbey. — P. 191–243.
- Duarte S., Duarte F., Monteiro J. P. et al. Epilepsy and epileptiform abnormalities in a population of children with autism spectrum disorders. Fifty years of Landau-Kleffner Syndrome, Alden Biesen, Belgium.— 2007.— November, 2–4.
- Erikson M. J. Psychomatics.— 1975.— Vol. 5.— P. 20.
- Erlenmeyer-Kimling L. J. Biological perspective.— Berlin-Chicago, 1987.— P. 26–31.
- Freud A. The Ego and The Mechanism of Defence.— L., 1961.
- Frith U. *Autism and Asperger syndrome* // Cambridge University Press, 1991.
- Frith U. *Autism: explaining the enigma*. — Oxford: Blackwell, 1989.
- Frith U. Cognitive development and cognitive deficit // *The psychologist*.— 1992. N5.
- Gervais H. Abnormal cortical voice processing in autism // *Nat. Neurosci.* — 2004. — Vol. 7 (8). — P. 801–802.
- Gillberg C., Coleman M. (1985). *The biology of the autistic syndromes* — Praeger, N. Y.
- Green W. Campbell M. et al. A Comparison of schizophrenia and autistic children // *J. Am. Acad. Psychiatry.*— 1984.— № 23.
- Greenspan C. *Infancy and early childhood*.— Boston, 1992.
- Gurrieri F., Battaglia A., Torrisi L., et al. Pervasive developmental disorder and epilepsy due to maternally derived duplication of 15q11-q13 // *Neurology*.— 1999.— 52.— P. 1694–1697.
- Harris S. Treatment of family problems in autism // Shopler E. and Mesibov G. (eds.). *Behavioral issues in autism*.— N. Y., 1994.
- Happe F., Ronald A., Plomin R. Time to give up on a single explanation for autism // *Nat Neurosci.*— 2006.— N9.— 1218–1220.
- Haznedar M. M. Limbic circuitry in patients with autism spectrum disorders studies with positron emission tomography and magnetic resonance imaging // *J. Am. Acad. Psychiatry.* — 2000. — Vol. 157 (12).— P. 1994–2001.
- Helt Molly M., Kelley E., Kinsbourne M., et al. Can children with autism recover? If so, how? // *Neuropsych Rev.*— 2008.— 18.— P. 339–366.
- Hobson R. P. Beyond the cognition: the theory of autism. In *Autism: nature, diagnosis and treatment*.— N. Y.: Guildford press, 1989.
- Hobson R. P. The autistic child's appraisal of expression of emotion // *J. Of child psychology and psychiatry*.— 1986.— Vol. 27.

- Hoon AH Jr, Reiss AL The mesial-temporal lobe and autism: case report and review // *Dev Med Child Neurol.*— 1992. N48.— P. 609–611.
- Kabatschniy V. I., Tschuprikov A. P., Majorov O. I. "Helioplantum" bei der Behandlung der Neurologischen und Psychischen Störungen / *Euromedica* — Hannover, 2010. Internationaler Kongress Fachmesse. Programm Abstracts S. 40–41.
- Kagan-Kushnir T., Roberts S. W., Snead O. C. Screening electroencephalograms in autism spectrum disorders: evidence-based guideline // *J. Child Neurok.* — 2005. — V. 20 (3). — P. 240.
- Kanner L. Autistic disturbances off affective contact // *Nervous Child.*—1943.— N2.— P. 217–250.
- Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // *Nerv. Child.*— 1943.— Vol. 2.— P. 217–250.
- Kanner L. Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943 // *J. Autism Child Schizophrenia.*— 1971.— Vol. 1.— P. 119.
- Kanner L. Цит. по: Кagan В. Е. Аутизм у детей. — Л., Медицина, 1981.— С. 22–23.
- Kim H. L., Donnelly J. H., Nourmay A. E. et al. Absence of seizures despite high prevalence of epileptiform EEG abnormalities in children with autism monitored in a tertiary care center // *Epilepsia.* — 2006. — V. 47 (2). — P. 394–398.
- (Langmeier I., Matejcek Zd.) Лангмейер Й., Матейчек З. Психиатрическая депривация в детском возрасте. — Прага: Авиценум, 1984.
- Lipton P. In "Durdy the First Year of Life".— N. Y., 1979.— P. 128–139.
- Lovaas O. I. The autistic child: Language development through behavior modification.— N. Y.: Wiley, 1997.
- Lovaas, I. O. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.*— 1987.— N55.—P. 3–9.
- Nass R., Gross A., Devinsky O. Autism and autistic epileptiform regression with occipital spikes // *Dev. Med. Child Neurol.*— 1998. — №45 (7).— P. 453–458.
- Nissen G. Classification of autistic syndromes in Childhood // *Nervenartz.*— 1971.— P. 35, 42, 61.
- Ohnishi T. Abnormal regional cerebral blood flow in childhood autism // *Brain.* — 2000. — Vol. 123. — Pt. 9. — P. 1838–1844.
- Patel V., Flisher A. J., Hetrick S., McGorry P. Mental Health of young people: a global public — health challenge // *Lancet.* — 2007. — Vol. 369.
- Pavone P., Incorpora G., Fiumara A. Epilepsy is not a prominent feature of primary autism // *Neuropediatrics.*— 2004.— N35 (4).— P. 207–210.
- Pazeltov B. Social Network of the Development Infant.— N. Y., 1979.
- "Prevalence of autism in Brick Township". New Jersey, 1998. Community Report, "Centers for disease control and prevention, April, 2000 // Цит. ARRI-2000.— Vol. 14.— № 2.
- Rapin I. Autistic children: diagnosis and clinical features // *Pediatrics.*— 1991.— N87.— P. 751–760.
- Reynell J. K. Reynell developmental language scales.— Windsor, England: Nfer-Nelson, 1987.
- Riikonen R. Long-term outcome of West syndrome: a studt of adults with history of infantile spasms // *Epilepsia.*— 1996. — V. 37 — P. 367–372.
- Rimland B. Infantile Autism.— N. Y.: Appelton — Century Crofts.— 1964.— P. 282.
- Robbins TW. The neurobiology of autism. Integrating neurobiological dimensions of autism. In: *Autism as an executive disorder.* Russell J (ed), 1999. Oxford University Press; pp. 21–56.
- Rutter M. (1985). The treatment of autistic children // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.*— 26.— P. 193–214.
- Saemundsen E, Ludvigsson P, Raffnson V. Autism spectrum disorders in children with a history of infantile spasms: a population-based study // *Child neurol.*— 2007.— V. 22 (9).— P. 1102–1107.
- Scheffer GA, Turner SJ, Dibbens LM, et al. Epilepsy and mental retardation limited to females: an under-recognized disorder // *Brain.*— 2008.— N131 (Pt 4).— P. 918–927.
- Taft L., Cohen H. Hypsarrhythmia and infantile autism: a clinical report // *Autism Child Schizo.*— 1971.— N1.— P. 337–349.

- Schopler E. Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a treatment system. *American Psychologist*.— 1987.— N42 (4).— P. 376–383.
- Schopler E., et Olley J., G. Comprehensive Educational Services for Autistic Children: The TEACCH Model. In: C. R. Reynold. T. B. Gutkin (Eds.). *The Handbook of School Psychology*. New-York. John Wiley & Sons.— 1982.— Pp. 629–643.
- Schopler E., Reichler R. J., Bashford A., Lansing M. D., et Marcus, L. M. (1990). Individualized assessment of autistic and developmentally disabled children: Vol 1. *Psychoeducational Profile Revised (PEP-R)*. Austin, TX: PRO-ED.
- Schopler E., Reichler R. J., De Villis R. F., et Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) // *Journal of Autism and Developmental Disorders*.— 1986.— N10.— P. 91–103.
- Schort, A. B. Short-term treatment outcome using parents as co-therapist of their own autistic children // *Journal of Psychology and Psychiatry*.— 1984.— N25(3).— P. 443–358.
- Schultz R. T. Abnormal ventral cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome // *J. Am. Acad. Psychiatry*. — 2000. — Vol. 57 (4). — P. 331–340.
- Social behavior in autism / Eds: E. Schopler, G. B. Mesibov. — New York etc.: Plenum Press, 1986. — 382 p.
- Spiker D., Ricks M. Visual self-recognition in autistic children: developmental relationships // *J. Child development*.— 1984.— Vol. 55.— № 1.
- Spitz R. *The First year of life*.— N. Y., 1965.
- Tschuprikov A. P., Vasilevskaja N. Ju., Popovskij B. P. Delphintherapie in der kinderpsychoneurologie // *Internationaler medicinerischer congress Euromedica*. — Hannover, 2009.— P. 27.
- Tschuprikov A. P., Vasilevskaja N. Ju., Popovskij B. P., Kushnirskaya E. E., Burago A. V., Markanov N. M. Animalotherapie wird als offizielle medizin anerkannt. In Abstracts Internationaler Kongress Fachmesse "Euromedica — Hannover 2011", P. 33–34.
- Tschuprikov A. P., Mischiev V. D., Nayshtetik V. Y. Cerebrocurin-R in der Kinderpsychiatrie. In Abstracts Internationaler Kongress Fachmesse "Euromedica — Hannover 2011".— P. 34–35.
- Tuchman R. Autistic regression and epilepsy. Fifty years of Landau-Kleffner Syndrome, Alden Biesen, Belgium.— 2007.— November, N2–4.
- Tuchman R., Cuccaro M., Alessandri M., Autism and epilepsy: historical perspective // *Brain Dev*.— 2010.— N32 (9).— P. 709–718.
- Tuchman R. F., Rapin I. Regression in pervasive developmental disorders: seizures and epileptiform electroencephalogram correlates // *Pediatrics*. — 1997.— V. 99.— P. 560–566.
- Turner G., Partington M., Kerr B., Mangelsdorf M., Gecz J. Variable expression of mental retardation, autism, seizures, and dystonic hand movements in two families with an identical ARX gene mutation // *Am J Med Genet*.— 2002. — V. 112 (4). — P. 405–411.
- Volkmar F. R., Nelson D. S. Seizure disorder in autism // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.— 1990.— N29.— P. 127–129.
- Watson, L. R. (1985). The TEACCH communication curriculum. In E. Schopler et G. B. Mesibov (Eds.), *Communication problems in autism*. New-York: Plenum Press. pp. 187–206.
- Welch M. *Holding-Time*. — New York (NY): Salmon and Shuster, 1988. — 254 p.
- Wing L. *Autistic children*.— N. Y., 1985.
- Wing L., Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children // *Journal of Autism and Developmental Disorders*.—1979.— N9.
- World Health Organization, (1995). *International classification of diseases, ICD-10, Draft of chapter 5*, Geneva.
- World Health Organization. *World Health Report, 2001 // Mental Health: New Understanding, New Hope* / World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2001.
- World Health Organization. *Final documents of the ministerial conference, Helsinki, 12–15 January 2005: Mental Health. Action Plan for Europe and European Declaration on Mental Health, 2005*.

Приложение

Приложение 1

Диагностические психологические тест-методики

Тест CARS (Children Autism Rating Scale) — Оценочная шкала раннего детского аутизма (ОШРДА) — основной тест, который проводят при диагностировании детей с подозрением на расстройства спектра аутизма в Северной Америке.

I. Взаимоотношения с людьми

1 Никаких очевидных трудностей или аномальностей в общении с людьми. Поведение ребенка адекватно для его возраста. Может наблюдаться небольшая застенчивость, суетливость или беспокойство в тот момент, когда к ребенку обращаются, но это в пределах нормы.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Незначительно аномальные взаимоотношения — ребенок может избегать зрительного контакта, избегать взрослых или становиться нервным, если пытаются привлечь его внимание, быть очень застенчивым, не откликаться при обращении к нему, как это обычно делают дети, “липнуть” к родителям в большей мере, чем большинство детей этого возраста.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно аномальные взаимоотношения — ребенок порой равнодушен (создается ощущение, что он не замечает взрослых). Постоянные принудительные меры необходимы, чтобы привлечь внимание ребенка каждый раз. Ребенком иницируется минимальный контакт.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно аномальные взаимоотношения — ребенок постоянно равнодушен и не замечает, что делают взрослые. Ребенок никогда не откликается и никогда не иницирует контакт со взрослыми. Только очень упорные попытки овладеть вниманием ребенка могут дать эффект.

II. Имитация

1 Правильная имитация — ребенок может имитировать звуки, слова, движения, которые будут доступны ребенку его возраста.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Незначительно аномальная имитация — ребенок имитирует простое поведение, например, хлопанье в ладоши или одиночные звуки в большинстве случаев. Иногда имитирует после побуждения или с задержкой.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно аномальная имитация — ребенок имитирует только иногда, и это требует большого упорства и помощи со стороны взрослого. Часто имитирует, только с задержкой.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно аномальная имитация — ребенок очень редко или никогда не имитирует звуки, слова, движения, даже при побуждении или с помощью взрослого.

III. Эмоциональная реакция

1 Эмоциональная реакция соответствует возрасту и ситуации — ребенок демонстрирует адекватный тип и степень эмоциональной реакции, и это отражается на выражении лица, в позе, и манере.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Незначительно аномальная эмоциональная реакция — ребенок иногда показывает в некоторой степени неподходящий тип и степень эмоциональной реакции. Реакции иногда не связаны с окружающими объектами и событиями, происходящими вокруг них.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно аномальная эмоциональная реакция — ребенок показывает определенные признаки неподходящего типа и/или степени эмоциональной реакции. Реакции могут быть достаточно заторможенные или чрезмерные и не связаны с ситуацией; может гримасничать, смеяться или становиться суровым, даже когда не происходит никаких очевидных событий или отсутствуют объекты, которые могли бы это спровоцировать.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно аномальная эмоциональная реакция — реакция крайне редко соответствует ситуации: когда ребенок находится в конкретном настроении, очень трудно изменить это настроение. Напротив, ребенок показывает очень разные эмоции, когда ничего не менялось.

IV. Владение телом

1 Владение телом соответствует возрасту — ребенок двигается легко, ловко, координация соответствует нормальному ребенку этого возраста.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Незначительно аномальное владение телом — присутствуют некоторые небольшие странности, такие как неповоротливость, повторяющиеся движения, плохая координация, или редкое проявление более необычных движений.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренное аномальное владение телом — поведение, определенное как странное или необычное для ребенка этого возраста, может включать странные движения пальцами, необычные позиции пальцев или тела, он может тарачиться на что-нибудь или тереть части тела, проявлять агрессию к самому себе, раскачиваться, кружиться, вертеть пальцами или ходить на цыпочках.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно аномальное владение телом — интенсивные или частые движения, указанные выше, являются признаками серьезного аномального использования тела. Это поведение присутствует, несмотря на попытки осудить, остановить или вовлечь ребенка в другие занятия.

V. Использование объектов

1 Нормальное использование и интерес к игрушкам и другим объектам — ребенок демонстрирует нормальный интерес к игрушкам и другим объектам, соответствующим его уровню мастерства (skill level), и использует эти игрушки по назначению.

1.5 (если посередине между соседними критериями)
2 Незначительно аномальный интерес или использование игрушек и других объектов — ребенок может проявлять нетипичный интерес к игрушке или играть неподходящим образом (например, стучать игрушкой или сосать ее).

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно аномальный интерес или использование игрушек или других объектов — ребенок может демонстрировать слабый интерес к игрушкам или иным объектам или может быть озабочен использованием объекта или игрушки странным образом. Он (она) может фокусироваться на незначительной части игрушки, быть очарованным(ой) отражениями света от объекта, постоянно двигать определенную часть объекта или играть исключительно с одним объектом.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно аномальный интерес к игрушке или использованию игрушки или других объектов — ребенок может иметь то же поведение, которое описано в предыдущих пунктах, но с большей частотой и интенсивностью. Ребенка очень трудно отвлечь, когда он занимается этими неподходящими действиями.

VI. Адаптация к изменениям

1 Реакция на изменения согласно возрасту — несмотря на то, что ребенок замечает и комментирует изменения в повседневной жизни, он (она) принимает эти изменения без чрезмерного потрясения.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Незначительно аномальная адаптация к изменениям — когда взрослые пытаются изменить род занятий, ребенок может продолжать делать то, что он делал раньше, или использовать те же предметы.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно аномальная адаптация к изменениям — ребенок активно сопротивляется изменениям в устоявшемся порядке, пытается продолжать старое занятие и его очень трудно от этого отвлечь. Он или она может начать сердиться и беспокоиться, когда устоявшийся порядок действий меняется.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно аномальная адаптация к изменениям — ребенок демонстрирует резкую реакцию на изменения. Если изменения ему навязываются, он (она) может стать чрезвычайно сердитым(ой) или не желает сотрудничать и реагирует вспышкой раздражения.

VII. Визуальная реакция

1 Визуальная реакция согласно возрасту — визуальная реакция ребенка нормальна и соответствует его возрасту. Зрение используется совместно с другими чувствами как способ исследования новых объектов.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Незначительно аномальная визуальная реакция — ребенку приходится периодически напоминать, чтобы он посмотрел на объекты. Ребенок может больше интересоваться своим отражением в зеркале или светом, чем сверстниками, может время от времени просто смотреть в пространство или избегать взгляда людям в глаза.

- 2.5 (если посередине между соседними критериями)
- 3 Умеренно аномальная визуальная реакция — ребенку часто нужно напоминать, что он (она) должен(на) смотреть на то, что он (она) делает. Он (она) может смотреть в пространство, избегать взгляда людям в глаза, смотреть на объекты из необычной точки обзора, под необычным углом или держать объекты очень близко к глазам.
- 3.5 (если посередине между соседними критериями)
- 4 Значительно аномальная визуальная реакция — ребенок постоянно избегает взгляда на людей или на определенные объекты и демонстрирует крайние формы визуальных странностей, которые были описаны выше.

VIII. Слуховая реакция

- 1 Слуховая реакция согласно возрасту— слуховая реакция ребенка нормальна и соответствует его возрасту. Слух используется совместно с другими чувствами.
- 1.5 (если посередине между соседними критериями)
- 2 Незначительно аномальная слуховая реакция — может присутствовать недостаточная ответная реакция или небольшая повышенная чувствительность к конкретным звукам. Реакция на звук может происходить с опозданием; звуки, возможно, необходимо будет повторить, чтобы завладеть вниманием ребенка. Ребенка могут беспокоить звуки, поступающие вне основного звука.
- 2.5 (если посередине между соседними критериями)
- 3 Умеренно аномальная слуховая реакция — реакция на звуки у ребенка меняется, часто он игнорирует звуки, когда они произносятся первые несколько раз; может пугаться или закрывать уши, когда слышит некоторые звуки из повседневной жизни.
- 3.5 (если посередине между соседними критериями)
- 4 Значительно аномальная слуховая реакция — ребенок демонстрирует повышенную чувствительность и/или пониженную чувствительность к звукам в очень заметной степени, в зависимости от типа звука.

IX. Реакция на вкус, запах и прикосновения, их использование

- 1 Нормальное использование и реакция на вкус, запах и прикосновения — ребенок изучает новые объекты соответственно его возрасту, главным образом, через ощущения и зрение. Вкус и запах используются надлежащим образом. Когда ребенок чувствует небольшую боль, он проявляет это в рамках нормальной реакции.
- 1.5 (если посередине между соседними критериями)
- 2 Незначительно аномальное использование, реакция на вкусовые ощущения, запахи и прикосновения — ребенок постоянно засовывает предметы в рот, может нюхать или пробовать на вкус несъедобные объекты; может не реагировать или слишком остро реагировать на небольшую боль, которую обычный ребенок воспринял бы как небольшой дискомфорт.
- 2.5 (если посередине между соседними критериями)
- 3 Умеренное аномальное использование или реакция на вкус, запах и прикосновение — ребенок может быть умеренно озабочен прикосновением, нюхать или пробовать на вкус объекты или людей. Ребенок может также слишком сильно или слишком слабо реагировать.
- 3.5 (если посередине между соседними критериями)

- 4 Значительно аномальное использование или реакция на вкус, запах, прикосновение — ребенок обеспокоен запахами, вкусовыми ощущениями или прикосновениями к объектам в большей мере для того, чтобы испытать ощущение, чем для нормального изучения или использования объектов. Ребенок может полностью игнорировать боль или реагировать очень сильно на небольшой болевой раздражитель.

X. Страхи или нервозность

- 1 Нормальный уровень страхов или нервозности — поведение ребенка отвечает и ситуации и его возрасту.
- 1.5 (если посередине между соседними критериями)
- 2 Незначительно аномальная робость или нервозность — ребенок время от времени демонстрирует очень сильную или очень слабую робость или нервозность по сравнению с нормальными детьми того же возраста в аналогичной ситуации.
- 2.5 (если посередине между соседними критериями)
- 3 Умеренно аномальная робость или нервозность — ребенок время от времени демонстрирует немного больше или немного меньше робости, чем это характерно даже для детей младше его в аналогичной ситуации.
- 3.5 (если посередине между соседними критериями)
- 4 Значительно аномальная робость или нервозность — робость присутствует даже после повторного опыта с безопасными событиями или объектами. Очень трудно успокоить или утешить ребенка. Ребенок может, наоборот, не замечать опасность, которую другие дети такого же возраста избегают.

XI. Вербальная коммуникация

- 1 Нормальная вербальная коммуникация, подходящая для данного возраста и ситуации.
- 1.5 (если посередине между соседними критериями)
- 2 Незначительно аномальная вербальная коммуникация — речь в целом формируется с задержкой. Большая часть речи осмыслена, при этом присутствует некоторая эхолалия или может происходить неправильное употребление местоимений. Некоторые странные слова или жаргон могут использоваться время от времени.
- 2.5 (если посередине между соседними критериями)
- 3 Умеренно аномальная вербальная коммуникация — речь может отсутствовать. Когда речь присутствует, вербальная коммуникация может быть смесью осознанной и специфической речи, такой как неологизмы, эхолалии, неправильное употребление местоимений. Особенностью осознанной речи является включение лишних вопросов или увлеченность определенными темами.
- 3.5 (если посередине между соседними критериями)
- 4 Значительно аномальная вербальная коммуникация — осмысленная речь не используется. Ребенок может издавать детский писк, причудливые или животные звуки, сложный шум, подобный речи (лепет, бормотание), или может показывать настойчивое, странное использование некоторых опознанных слов или фраз.

XII. Невербальная коммуникация

- 1 Нормальная невербальная коммуникация, подходящая для данного возраста и ситуации.
- 1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Незначительно аномальное использование невербальной коммуникации — незрелое использование невербальной коммуникации; может только показывать неопределенно или дотягиваться до того, что он (она) хочет, в ситуации, где ребенок такого же возраста может показать или объяснить жестами, что конкретно он (она) хочет.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренное аномальное использование невербальной коммуникации — ребенок в общем и целом может выражать свои потребности или желания невербально и не может понимать невербальное общение других.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно аномальное использование невербальной коммуникации — ребенок только использует причудливые или странные жесты, которые не имеют очевидного смысла, и не понимает смысла жестов и выражения лица других.

XIII. Уровень активности

1 Нормальный уровень активности для возраста и окружающей обстановки — ребенок не более и не менее активен, чем нормальные дети этого же возраста в аналогичной ситуации.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Незначительно аномальный уровень активности — ребенок или незначительно неумный, или в некотором смысле “ленивый” и медлительный. Уровень активности ребенка влияет очень слабо на его (ее) успехи.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Умеренно аномальный уровень активности — ребенок может быть очень активным, и его сложно держать в определенных рамках. Он (она) может иметь безграничную энергию и может не быть готовой ко сну вечером. Напротив, ребенок может быть сонливым и требовать большого количества побуждений для того, чтобы заставить его двигаться.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

4 Значительно аномальный уровень активности — ребенок проявляет крайние состояния активности или неактивности и даже может переходить из одного экстремального состояния в другое.

XIV. Уровень и степень проявления интеллекта

1 Интеллект нормален и достаточно равномерно развит в различных сферах — ребенок так же умен, как и дети его возраста, и не имеет каких-либо необычных интеллектуальных навыков или проблем.

1.5 (если посередине между соседними критериями)

2 Незначительно аномальное проявление интеллекта — ребенок не такой умный, как типичные дети его возраста, навыки немного отстают в различных сферах.

2.5 (если посередине между соседними критериями)

3 Среднее аномальное проявление интеллекта — в общем и целом ребенок не такой умный, как типичные дети этого возраста; несмотря на это, ребенок функционирует довольно нормально в одной или нескольких интеллектуальных сферах.

3.5 (если посередине между соседними критериями)

- 4 Значительно аномальное проявление интеллекта — при том, что ребенок не такой умный, как типичные дети его возраста, он (она) могут функционировать даже лучше, чем нормальные дети этого же возраста в одной или нескольких сферах.

XV. Общее впечатление

- 1 Это не аутизм — у ребенка нет симптомов, характеризующих аутизм.
- 1.5 (если посередине между соседними критериями)
- 2 Мягкая форма аутизма — у ребенка присутствуют только некоторые симптомы или мягкая степень аутизма.
- 2.5 (если посередине между соседними критериями)
- 3 Умеренный аутизм — ребенок демонстрирует определенные симптомы или умеренную степень аутизма.
- 3.5 (если посередине между соседними критериями)
- 4 Тяжелый аутизм — ребенок демонстрирует многие симптомы или крайнюю степень аутизма.

Подсчитайте все баллы и определите, в какой из диапазонов вошел полученный вами результат:

15–30 — Неаутичный ребенок

31–37 — Мягкая или умеренная степень аутизма

38–60 — Тяжелый аутизм

Тест CHAT (Checklist for Autism in Toddlers).

Опросник для выявления аутизма у детей

Этот тест был разработан командой исследователей для того, чтобы помочь определить детей, которые находятся в зоне риска возникновения социально-коммуникативных нарушений.

Интерпретация теста очень проста и состоит из пяти ключей:

- * A_I Игра-притворство или подражание
- * A₇ Протодекларативное указание
- * B_I Следование указанию
- * B_{III} Притворство или подражание
- * B_{IV} Умение указывать

Если ребенок не проходит эти пять проб, у него очень большой риск возникновения аутизма. Дети, не прошедшие пробы A₇ и B_{IV}, имеют средний уровень риска возникновения аутизма.

Любой ребенок, который не пройдет тест, должен быть протестирован повторно через месяц. Ребенок, не прошедший повторное тестирование, должен быть направлен к специалисту для дополнительной профессиональной диагностики, поскольку этот тест не является диагностическим инструментом.

Секция А. Вопросы для родителей

A1 Вашему ребенку нравится качаться на вашем колене и т. д.?

ДА / НЕТ

A2 Интересуется ли ваш ребенок другими детьми?

ДА / НЕТ

A3 Вашему ребенку нравится взбираться на определенные предметы, такие как лестница?

ДА / НЕТ

A4 Вашему ребенку нравится играть в прятки?

ДА / НЕТ

A5 Ваш ребенок когда-нибудь воображал, что делает чай, используя игрушечную чашку и чайник, или воображал что-то другое?

ДА / НЕТ

A6 Ваш ребенок когда-нибудь использовал указательный палец, чтобы указать на что-либо/кого-либо или чтобы спросить вас?

ДА / НЕТ

A7 Использовал ли ваш ребенок указательный палец, чтобы указать на то, что вызвало у него / у нее интерес?

ДА / НЕТ

A8 Может ли ваш ребенок правильно играть с маленькими игрушками вместо того, чтобы просто есть или бросать их?

ДА / НЕТ

A9 Ваш ребенок когда-нибудь приносил то, что он сделал (например, рисунок), чтобы показать вам?

ДА / НЕТ

Секция В. Наблюдение

V_I Во время визита к специалисту, ваш ребенок имел с вами визуальный контакт?

ДА / НЕТ

V_{II} Пытаясь завладеть вниманием ребенка, например, указывая на объект, находящийся в другом конце комнаты, скажите: "Смотри, какая игрушка" и наблюдайте за лицом ребенка.

Ребенок смотрит на игрушку, на которую вы указываете?

ДА / НЕТ*

V_{III} Когда вы завладели вниманием ребенка, дайте ему игрушечную чашку и чайник и спросите: "Ты можешь приготовить чашку чая?".

Притворяется ли ребенок, что делает чай, пьет его и т. д.?

ДА / НЕТ

V_{IV} Спросите ребенка: "Где свет?" или: "Покажи мне свет".

Показывает ли ребенок указательным пальцем на свет?

ДА / НЕТ

V_V Может ли ребенок построить башню из конструктора?

ДА / НЕТ

* Ответьте ДА на данный вопрос, только если ребенок смотрит не на ваш палец, а на объект, на который вы указываете.

Таблица 6. Сравнительная таблица составляющих психического развития ребенка и ориентиры коррекционной работы с детьми с РСА

Возрастной период	Ведущая деятельность	Основные новообразования	Развитие (норма)			Признаки нормального процесса формирования личности и жизненной компетентности ребенка	Проявления ядерного и вторичных нарушений (процесса формирования личности и жизненной компетентности) аутичного ребенка	Необходимая коррекционная работа
			Моторное	Аффективное	Высших психических функций			
0–3 мес	Непосредственное общение с матерью	Комплекс оживления, избирательный интерес к социальным стимулам	Дискоординированные движения, удержание головы	Приспособление к стабильным условиям окружения, взаимодействие со средой через мать, равновесие в выражении негативных и позитивных эмоций, формирование чувства доверия	Восприятие — реакция на сенсорные стимулы. Речь — прислушивание и распознавание знакомого голоса, произношение гласных. Внимание — может быть сконцентрировано на предмете или лице на несколько секунд. Память — то, что исчезает из поля зрения, перестает существовать	Появление „социальной“ улыбки, узнавание близких, феномен „расположения“, комплекс оживления, избирательный интерес к социальным стимулам, поддержка зрительного контакта со взрослым, который обращается к ребенку	Слабость психического тонуса, вялость, мало активности в контактах со средой, невыразительность проявлений даже витальных потребностей или, наоборот, особая возбудимость, двигательное беспokoйство, потребность в особых условиях для сна и кормления. Отсутствие комплекса оживления, интереса к социальным стимулам	Развитие эмоциональных связей и взаимодействия с близкими, сенсорное развитие, развитие внимания
3–6 мес	Непосредственное эмоциональное общение с матерью	Совместная деятельность со взрослыми	Сидение с опорой, переворачивание со спины на живот, опора на руки в положении на животе. Захват предметов, кисти раскрыты, руки и большинство предметов тянутся ко рту. Тарахтение погремушкой	Распознавание эмоций взрослых	Восприятие — дифференцированная реакция на сенсорные стимулы. Мышление — зачатки осознанной и подражательной деятельности. Речь — распознавание знакомых песенок и забавок, произношение однотипных слогов. Внимание — возможно направленное привлечение внимания. Память — запоминаются повторяющиеся действия в связи с предметами и людьми	Отделение себя от других, интерес к себе (рассматривание в зеркале, ощупывание себя), первый опыт общения, дифференциация „своих“ и „чужих“	Особенные привычки при укладывании спать, кормлении, выполнении процедур ухода, легкое возникновение состояния сенсорного дискомфорта	Развитие эмоциональных связей и взаимодействия с близкими, сенсорное развитие, развитие внимания
6–12 мес	Предметно-манипулятивная	Формирование структуры речевого (автономного) и предметного действия	Сидение без поддержки, ползание, самостоятельное вставание и стояние без опоры. Манипуляции с игрушками (стучание, трясение бросание). Хлопанье в ладоши. Самостоятельное пользование бутылочкой, соской.	Возможность регулирования матерью поведения ребенка, страх при исчезновении матери, выработка дифференцированных стереотипов отношений с разными членами семьи, со своими и неизвестными людьми, поиск новых ощущений	Восприятие — предметность, постоянность. Мышление — конкретно-действенное. Речь — эмоционально окрашенное произношение разных слогов, звуковая имитация, в частности, воспроизведение звуков, услышанных от взрослого. Внимание — общее со взрослым внимание на предмете, действии. Память — способность удерживать впечатление продолжительное время	Начало самопроизвольной деятельности, подражание действиям взрослого, реакция на собственное имя, понимание некоторых жестов	Нарушение развития познавательной активности и предметной деятельности, увлеченность отдельными стереотипными впечатлениями — зрительными, тактильными, слуховыми, вестибулярными, проприоцептивными, не предусматривающие участия взрослого, невозможность включить в развивающее взаимодействие со взрослыми, „симбиотическая связь“ с матерью	Развитие эмоциональных связей и взаимодействия с близкими, сенсорное развитие, развитие внимания, в т. ч. способности к сосредоточению на совместной деятельности. Формирование первичных коммуникативных навыков, способности к имитации, совместной деятельности, выполнение инструкций

Таблица 6. Продолжение.

Возрастной период	Ведущая деятельность	Основные новообразования	Развитие (норма)		Признаки нормального процесса формирования личности и жизненной компетентности ребенка	Проявления ядерного и вторичных нарушений (процесса формирования личности и жизненной компетентности) аутичного ребенка	Необходимая коррекционная работа	
1–3 года	Предметная	Система собственного „Я“	<p>Самостоятельная ходьба. Приседания на корточки, залезание на диван. Бег, ходьба по ступенькам, подпрыгивание. Битье по мячу, езда на трехколесном велосипеде, катание на качелях с незначительной помощью. Игровые манипуляции с кубиками, пирамидами, конструкторами. Разрывание бумаги. Имитация действий с предметами. Самостоятельное пользование ложкой, чашкой. Самостоятельное раздевание. Рисование пальцами. Рисование каракулей карандашом, фломастером. Освоение игр с песком. Самостоятельное раздевание.</p>	<p>Возможность опосредованного контакта со взрослым, объединение внимания на совместном действии, „полевое поведение“, которое постепенно сменяется целевым</p>	<p>Восприятие — формируется в предметной деятельности, сравнении; целостное слуховое и зрительное восприятие. Появление и развитие конструкторской игры. Мышление — конкретно-действенное, конкретно-образное. Речь — 1 год — активный словарь 3–10 слов; 1,5 года — эхолалия, звуковая имитация; 2 года — до 300 слов, предложения из 2 слов; 2,5 года — предложения из 3–4 слов; 3 года — до 1500 слов, понимание и использование логико-грамматических конструкций, предлогов, местоимений. Внимание — активное, расширение круга объектов. Представление — элементарные формы (предвидение), появление творческого и репродуктивного внимания, использование символических действий в игре (разговор по телефону, кормление игрушки). Память — непроизвольная, механическая.</p>	<p>Использование жестов — указательного, „Да“, „Нет“, а также доступных слов с целью коммуникации, „отыгрывание“ на кукле знакомого взаимодействия со взрослыми, имитация поведения взрослого, потребность делиться впечатлениями, эмоциями со взрослым, развитие совместной деятельности, заинтересованность в игре рядом с другими детьми, попытки вступить в контакт, половая самоидентификация. Негативизм, испытание границ дозволенного, первый опыт выхода из конфликтных ситуаций</p>	<p>Сомато-сенсорная дезинтеграция, появление и развитие аутостимуляции, отсутствие эмоционального контакта с близкими, „симбиотическая связь“, отсутствие имитации, невозможность привлечения внимания, совместной деятельности, обучения предметным и речевым действиям, нарушение развития целевого (направленного) поведения, коммуникации, речи (в некоторых случаях — полное отсутствие произношения звуков, которые имеют связь с окружающей средой). Эхолалии, не исчезающие после 2 лет, а наоборот, нарастающие</p>	<p>Развитие эмоциональных связей и взаимодействия с близкими. Сенсорно-перцептивное развитие, содействие сомато-сенсорной интеграции. Формирование и развитие методом прикладного анализа поведения первичных коммуникативных навыков, способности к имитации, совместной деятельности, выполнению инструкции. Всестороннее содействие развитию высших психических функций соответственно возрастным нормам. Формирование адекватных моделей поведения, отвечающих возрастным нормам</p>
3–5 лет	Игровая (предметная игра)	Формирование иерархии мотивов, развитие самосознания	<p>Сложные физические упражнения, в т. ч. танцы, спортивные занятия. Рисование конкретных объектов, лепка, аппликация. Сложные игры с песком. Самостоятельное одевание, застегивание пуговиц, зашнуровывание обуви, расчесывание волос</p>	<p>Развитие произвольности поведения, управление аффектом, способности к самостоятельному эмоциональному контролю. Формирование иерархии мотивов, развитие самосознания</p>	<p>Восприятие — снижение порога ощущений (обострение зрения, слуха), систематизация сенсорных эталонов. Мышление — конкретно-образное, образно-речевое. Речь — развернутая фразовая, с использованием всех частей речи. Внимание — начало формирования произвольного внимания, развитие произвольного, увеличение его устойчивости и объема. Представление — развитие творческого представления. Память — формирование произвольной памяти</p>	<p>Дифференциация себя как самостоятельного человека, формирование личностного поведения, начало целенаправленных отношений со сверстниками. Формирование сюжетной игры</p>	<p>Сложные и разнообразные формы аутостимуляции. Многочисленные стереотипные движения, действия. В случае наличия речи существенно нарушена ее коммуникативная функция, высокий удельный вес эхолалий (ситуативных, отсроченных); источником часто выступают телепередачи, реклама, мультфильмы. Появление эхолалий с целью коммуникации. Бедная артикуляция, мимика, нарушенные тон и ритм речи. Отсутствие первого лица. Значительная задержка развития абстрактной речи, понимания абстрактных концепций и пространственно-временных связей. Стереотипная игра, задержка развития функционального использования игрушек (катание машины и др.), интерес к отдельным видам конструкторской игры (собираемые пазлы), значительная задержка развития понимания правил игры, способности вступать в контакт со сверстниками, принимать участие в совместной деятельности</p>	<p>Сенсорно-перцептивное развитие, способствование сомато-сенсорной интеграции. Формирование и развитие методом прикладного анализа поведения коммуникативных навыков, способности к имитации, совместной деятельности, выполнению инструкции. Усвоение и использование альтернативных методов коммуникации в случае значительной задержки развития коммуникативной речи. Всестороннее содействие развитию высших психических функций соответственно возрастным нормам. Формирование адекватных моделей поведения, отвечающих возрастным нормам. Формирование и развитие понимания абстрактных концепций и пространственно-временных связей. Приближение уровня игровой деятельности к возрастным нормам</p>

Таблица 7. Таблица измерения параметров поведения

Дайте точное определение поведения, которое вы наблюдаете

Когда вы проводите наблюдение?

_____ весь день _____ минут в день с _____ до _____

Как часто это происходит? _____

Или сколько времени это продолжается? _____

Неделя	Дни							Среднее за неделю
	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.	Сб.	Вс.	
Неделя 1								
Неделя 2								

Таблица 8. Классификация медицинских и психолого-педагогических технологий коррекции расстройств спектра аутизма

Технология	Уровень влияния	Автор, где применяется	Научная теория	Основной предмет коррекции	Коррекционная стратегия
Безказеиновая и безглютеновая диета	Биологический	Карл Рейхелт, применяют врачи DAN! в странах Европы и Америки	"Опиоидная теория" — определенные биохимические нарушения вызывают ложную реакцию организма на продукты, содержащие казеин и глютен (в основном это продукты из молока, пшеницы и других злаковых), этим в некоторых случаях могут быть объяснены аутичные расстройства	Биохимические нарушения	Нормализация функций организма путем исключения из рациона продуктов, которые, превращаясь во вредные вещества, вызывают аутичные расстройства (по нашим наблюдениям, такая нормализация происходит в очень редких случаях)
Другие биохимические (биомедицинские) технологии — выведение тяжелых металлов (хелатирование), вирусов, грибов, витаминотерапия, ферментотерапия	Биологический	Применяют врачи DAN! в странах Европы и Америки	Аутические расстройства вызываются многочисленными биохимическими нарушениями вследствие повышенной чувствительности организма к негативному воздействию окружающей среды	Биохимические нарушения	Нормализация функций организма с помощью современных высоких технологий диагностики и биохимической коррекции
Медикаментозная терапия (нейрорептики, антидепрессанты, препараты, способствующие улучшению мозговой деятельности)	Биологический	Применяется традиционной психиатрией в Америке, России, Украине, в странах Европы — в меньшей степени	Нарушения развития и поведения, вызванные мозговыми нарушениями — органическими поражениями, генетическими нарушениями, патологическими процессами (в частности, шизофренического генеза)	Из-за невозможности полной нормализации — борьба с отдельными симптомами	Нормализация работы мозга путем медикаментозного воздействия
Соматосенсорная и сенсомоторная интеграция	Когнитивный	Дж. Айрис (США), "Синапис" (Польша), "Наш солнечный мир" (Москва)	Нарушения развития и поведения ребенка с аутизмом могут быть вызваны в том числе и сенсорными и моторными дисфункциями, а также — нарушением согласованности между всеми органами чувств и функционированием тела. Коррекция происходит благодаря стимуляции работы органов чувств в условиях координации всех сенсорных систем	Сенсорная и моторная сфера	Диагностика и коррекция сенсорной интеграции: повышенной (гиперфункция), пониженной (гипофункция) или искаженной слуховой, зрительной, тактильной, обонятельной, вкусовой, проприоцептивной, вестибулярной чувствительности путем воздействия на ребенка чувствительных стимулов в контролируемой среде

Таблица 8. Продолжение

Технология	Уровень влияния	Автор, где применяется	Научная теория	Основной предмет коррекции	Коррекционная стратегия
Аффективная регуляция поведения	Когнитивный	Никольская О. С., Институт коррекционной педагогики, Москва	Поведение аутичного ребенка — проявление патологических форм компенсаторной защиты, причиной которой является нарушение аффективной регуляции поведения. Аутизм проявляется как: 1) полное отстранение от того, что происходит; 2) активный отказ; 3) увлечение аутистическими интересами; 4) чрезвычайные трудности организации общения и взаимодействия. Это разные ступени в развитии взаимодействия со средой и людьми	Эмоционально-волевая сфера	Приобретение ребенком возможности организации все более сложных и активных форм взаимодействия с людьми
Терапия средой	Когнитивный	Центр лечебной педагогики, Москва	Дети с аутичными типом развития имеют свои особенности формирования высших психических функций, которые обусловлены недостаточностью общего и психического тонуса, то есть — низкой психической активностью с быстрым пресыщением, что является причиной снижения внимания, нарушения целенаправленной деятельности; повышенной или пониженной чувствительностью, которая является причиной нарушения аффективной сферы (тревожность и страхи)	Нарушение общения	Построение специальной среды, формирующей высшие психические функции

Таблица 8. Продолжение

Технология	Уровень влияния	Автор, где применяется	Научная теория	Основной предмет коррекции	Коррекционная стратегия
Прикладной анализ поведения	Поведенческий	И. Ловаас, США, страны Европы	Технология является практическим применением бихевиоральной теории. Прикладной анализ поведения использует методы, основанные на научных принципах поведения, для создания социально-полезных навыков и уменьшения проявлений проблемного поведения. Аутизм понимается как синдром поведенческих дефицитов и излишков, которые имеют неврологическую базу, однако могут меняться под воздействием специальных, верно спланированных, конструктивных взаимодействий с окружающими взрослыми — педагогами и родителями	Поведение	Подкрепление желаемого и неподкрепление нежелательного поведения
Комплексная психолого-педагогическая технология коррекции развития активности ребенка с аутизмом	Когнитивный и поведенческий	Центр развития аутичного ребенка	Психолого-педагогическая коррекция должна быть комплексной по форме и содержанию. Не набор отдельных разрозненных упражнений или ряд отдельных занятий: музыкальная терапия, игровая терапия, сенсорная интеграция и проч., а единый, цельный и целеустремленный коррекционно-педагогический процесс	Сенсорная, моторная, эмоционально-волевая сфера, нарушение общения, нарушение поведения	Психолого-педагогическая коррекция коммуникативной активности ребенка с аутизмом, необходимой для формирования и развития жизненной компетентности, на основе семейно-центрированного подхода

Диагностическая панель комплексного психолого-педагогического исследования развития ребенка

I. Общая информация (анкетные данные)

II. Особенности пренатального и раннего развития:

- беременность;
- роды;
- особенности развития до 1-го года;
- особенности развития от 1-го до 3-х лет.

III. Особенности соматической сферы:

- нарушения ЦНС
 - болезни органов дыхания
 - нарушения иммунитета
 - болезни органов пищеварения
 - аллергии
- Сенсорные нарушения: зрение, слух, другое
 Проведенные медицинские исследования:
 Врачи, с которыми сотрудничает семья:

IV. Что сейчас волнует родителей больше всего (первичный запрос):

V. Особенности аффективной сферы и первичных жизненных потребностей:

- сон;
- еда;
- отношение к новому (люди, еда, помещения, одежда, путешествия).

VI. Особенности поведения

Существует ли проблемное поведение (такое, что мешает учебе, семейной жизни, социальным контактам)?

Актуальные цели коррекционной работы:

VII. Особенности формирования самообслуживания (соответствие навыков возрастной норме):

- еда;
- одевание;
- туалет;
- гигиенические навыки;

Актуальные цели коррекционной работы:

VIII. Особенности сенсорной сферы:

- **пониженная двигательная (вестибулярная, проприоцептивная) чувствительность** (ребенок прыгает, качается, вращается, хаотично бегаёт);
- **повышенная двигательная (вестибулярная, проприоцептивная) чувствительность** (ребенок боится эскалатора, качелей, горок, ездить в транспорте);
- **пониженная чувствительность к прикосновениям, то есть — тактильная чувствительность** (ребенок любит сильные объятия, заворачиваться в одеяло, тереться в узком месте, например, за диваном, лежать на полу, ребенок все берет в рот, скрипит зубами, все время держит в руке предметы);

- **повышенная тактильная чувствительность** (ребенок не любит касаться определенных вещей — влажных, липких, пластилина, грязи, краски; любит или не любит определенную одежду, не любит мыть голову, стричь волосы, ногти; не любит перчатки и шапку; плохо жует);
- **пониженная слуховая чувствительность** (поиск слуховых стимулов — ребенок любит, когда повторяется одно и то же: музыка, слова, звуки; отсутствует надлежащая реакция на речь);
- **повышенная слуховая чувствительность** (ребенок закрывает уши, бьет по ушам, бурно реагирует на шум, в частности — от бытовых электроприборов);
- **пониженная зрительная чувствительность** (поиск зрительных стимулов — ребенок любит включать и выключать свет; любит повторяющиеся движения — перелистывание страниц книги, открывание-закрывание дверей, движения рук перед глазами; построение рядов из предметов; предпочитает смотреть боковым зрением);
- **повышенная зрительная чувствительность** (не любит яркого света, закрывает глаза);
- **пониженная чувствительность к запахам и вкусам** (облизывание и нюхание предметов; любит острую пищу);
- **повышенная чувствительность к запахам и вкусам** (любит перетертую пищу, не любит определенных запахов и вкусов).

Имеющиеся стереотипии:

Наличие навыков имитации (согласно возрастным нормам) и их особенности:

- простые движения;
- действия;
- вербальная имитация.

Актуальные цели коррекционной работы:

IX. Особенности моторной сферы:

- общая моторика;
- мелкая моторика.

Актуальные цели коррекционной работы:

X. Особенности речи (соответствие возрастным нормам):

- активная (собственно) речь (наличие фраз, эхолалии, аграмматизмы и т. п.);
- пассивная речь (восприятие речи) — (выполнение инструкций, указание объектов на рисунке).

Актуальные цели коррекционной работы:

XI. Особенности коммуникации и социальной сферы:

- с родителями и родственниками;
- с учителями и знакомыми взрослыми;
- с незнакомыми взрослыми;
- со сверстниками.

Как себя называет?

Возможен ли зрительный контакт?

Может ли попросить и как?

Задаёт ли вопросы и какие?

Возможен ли диалог?

Наличие и уровень развития подражания (имитации)?

Использует ли жесты?

Актуальные цели коррекционной работы:

XII. Особенности эмоционально-волевой сферы:

- особенности мимики, наличие социальной улыбки;
- понимание эмоций других людей;
- особенности мотивации;
- возможность регуляции поведения, в частности — с помощью слов “надо” и “нельзя”.

Увлечения, хобби, особые пристрастия:

Актуальные цели коррекционной работы:

XIII. Особенности игровой деятельности:

- самостоятельная собственная игра;
- игра совместно с взрослым;
- игра со сверстниками.

Актуальные цели коррекционной работы:

XIV. Особенности учебной деятельности:

- общие черты (каким образом ребенок учится, уровень сформированности учебного стереотипа и т. п.);
- наличие и особенности формирования академических навыков (цвета, формы; графические навыки; счет, чтение, пересказ, рассказ по рисунку);
- школьная успеваемость (по каким предметам?).

Актуальные цели коррекционной работы:

XV. Особенности родительско-детских отношений:

Актуальные цели коррекционной работы:

Пример индивидуальной коррекционной программы

Данила Т., 3 года, синдром Каннера

Срок: 3 месяца

Первичные потребности, навыки самообслуживания**Актуальные цели коррекционной работы:**

Приобретение основных навыков самообслуживания

- поощрять самостоятельно есть ложкой (вилкой) любую пищу;
- поощрять самостоятельное одевание (разбивая на отдельные операции) — ребенок должен выполнять те действия, на которые способен, постепенно детализация и степень помощи уменьшается;
- настоятельно учить, поощрять правильное мытье рук и чистку зубов (разбивая на отдельные операции);
- туалет:
 - проводим без памперса как можно больше времени, по возможности вместо памперса используем трусы-подгузники;
 - меняем памперс в туалете, а когда снимаем памперс, садимся на унитаз, сидим 5 секунд (потом 10, 20...);
 - ведем записи с целью определения “туалетного графика” ребенка;
 - садимся на унитаз, когда ребенок может хотеть в туалет (проснувшись утром, после завтрака и т. д.);
 - сопровождаем это все время одинаковыми словами (например: “Идем в туалет, писать”);
 - находим любимое подкрепление (вознаграждение), которым призываем сидение на унитазе (если удалось что-то сделать — вдвое больше подкрепления), все время повторяем: “Сначала туалет — потом мячик (конфета, печенье, мультик)”.
- Нормализация двигательной чувствительности и тонической регуляции
- крепкие объятия;
- чтение ритмичных стихов, в объятиях, с раскачиванием; качание в одеяле (с чтением стихотворений); качание на коленях (с чтением стихотворений) — *Поехали, поехали, по кочкам, по кочкам, по ровненьким дорожкам, в ямку бух!*
- заворачивание в одеяло, перекатывание “бревнышком”;
- борьба с диванными подушками, прижимание и заваливание — ребенок должен выбираться;
- перекаты на спине (“эмбрион”), перекаты на животе;
- “кораблик”, “репка” — взаимоконтактные упражнения;
- раскачивание вдвоем за руки и за ноги;
- “мельница” — взрослый поднимает за две руки, перехватывает — держит уже за руку и за ногу и т. д. ;
- езда верхом на взрослом.

Сенсорная интеграция

Актуальные цели коррекционной работы:

Согласование информации, поступающей от различных анализаторов: зрительного, слухового, тактильного и др.

- на одной руке — браслет с колокольчиком. Инструкция: "Подними ручку, что звенит". Меняем руку, так же с ногами
- делаем игры и упражнения, которые требуют топтать ногами и хлопать в ладоши:

Шел козел по лесу, по лесу, нашел свою принцессу, принцессу.

Давай, коза, попрыгаем, попрыгаем, попрыгаем и ножками подрыгаем...

Давай, коза, потопаем... И ручками похлопаем.

Сенсорное развитие

Актуальные цели коррекционной работы:

Различение цветов, речевых и неречевых звуков.

Зрительная и тактильная чувствительность.

- большой лист бумаги — можно на полу. Разводим яркие краски, начинаем с двух-трех цветов, делаем цветные дорожки, смотрим, как они смешиваются. Ребенка поощряем рисовать пальцами, предлагаем также кисточку. Раскрашиваем ладонь разными цветами, ставим отпечатки, обращаем внимание — где, чья ручка, где ее пальчики. Рука — большая, и рядом рука маленькая;
- смотрим, как смешивается цветная вода в прозрачной банке;
- рисуем на лице взрослого и на лице ребенка, смотрим в зеркало;
- рисуем в ванной на всем ребенке, комментируем, что мы раскрашиваем (живот, рука, нога). Рисуем собственно на ванной;
- в темной комнате светим фонариком на отдельные предметы и игрушки, называем их.

Слуховая чувствительность

- поем гласные (а-а, о-о, у-у и др.) и слоги (ма-а, мо-о, му-у и др.), при этом кладем руку ребенка себе на горло;
- на синтезаторе (пианино) учимся играть комбинации из двух-трех звуков. Обращаем внимание, где низкие ноты (медведь), где высокие — (воробышек);
- всегда обращаем внимание на различные звуки, объясняем, что они означают.

Слуховое восприятие

- учимся показывать на рисунках: предметы, живые существа, людей;
- в любых ситуациях все время ставим вопрос и на него отвечаем. Фраза не должна быть длиннее, чем 3–4 слова;
- поем и танцуем под любую музыку, которая нравится маме и ребенку;
- ищем спрятанный мобильный телефон, который играет мелодии, которые нравятся ребенку.

Развитие моторики, координации, пространственных представлений

Актуальные цели коррекционной работы:

Приведение моторной сферы в соответствие с возрастной нормой.

(В случае необходимости выполняется с адаптером).

- игра с воздушным шариком. Учимся отбивать конкретному человеку. Отбиваем рукой, ракеткой для бадминтона или тенниса;
- игра в мяч. Ловим, бросаем, попадаем в цель (сбиваем кегли, забрасываем в ведро);
- выполнение инструкций: "Иди ко мне", "Подойди к двери", "... к окну", "... к столу" и др.;
- игра в прятки (комментируем, где прячемся, где ищем)
- играем в "Дрихмана" (аналог "Море волнуется"): *"Как у нашего Дрихмана семеро детей, семеро, семеро, все семь сыновей. Они не пили, не ели, друг на друга смотрели, делали так..."*;

"Как у бабушки у Кати было семеро детей, они не пили, не ели, друг на друга все глядели, вместе делали все так..."

Развитие артикуляционного аппарата

Актуальные цели коррекционной работы:

Приведение состояния артикуляционного аппарата в соответствие с возрастной нормой.

- дуем: свеча, перышки, мыльные пузыри; дуем на "кораблик" (из бумаги, яичной скорлупы), который плывет по воде в небольшом сосуде;
- пьем сок из трубочки;
- учимся облизывать губы, намазанные чем-то вкусным;
- облизываем и сосем чупа-чупс.

Развитие внимания

На столе под перевернутыми стаканами или коробочками прячем что-то вкусное, ребенок видит куда, потом бегаем 30 секунд, возвращаемся к столу, призываем искать, если с первого раза не нашел — прячем снова (но не допускаем, чтобы ребенок расстроился).

Формирование и развитие действия

Актуальные цели коррекционной работы:

Ребенок должен усвоить порядок выполнения и содержание, смысл действий, которые выполняются.

- простые бытовые действия, которые разбиваются на отдельные операции, выполнение инструкций из 2-х частей (*"Сначала... потом..."*);
- все время создаем ситуацию выбора: что купить, куда пойти, что надеть, обязательно выполняем;
- сортировка по двум цветам, размерам, формам — во время занятий за столом и в быту;
- совместное сюжетное рисование (прочитанные сказки, ситуации, где ребенок участвовал).

Речевые и коммуникативные навыки

Актуальные цели коррекционной работы:

Формирование первичных речевых и коммуникативных навыков.

- настойчиво учим показывать картинки, предметы, людей;
- все время используем звуковое подражание сами, побуждаем ребенка (например, подражаем голосам животных, различным звукам (часы, пылесос));
- слова "да" и "нет". Сопровождаются соответствующими жестами. *"Ты хочешь печенье, да?", "Ты не хочешь одеваться, нет!", "Это кошка? Нет!! Это собака. Гав-гав!"*;
- слово "еще". Даем немного пищи, которая нравится, спрашиваем: *"Еще? Да? Да!"*. Делаем так же любые действия, которые нравятся ребенку;
- слово "нет" (*"Нету!"* — соответствующий жест, разводим руками). Прячем игрушку — *"нету!"* — *"а вот она!"*. Прячем ребенка и маму под платком по очереди;
- формируем навык ожидания, создаем для этого различные ситуации (медленно выдуваем мыльный пузырь — ребенок смотрит и ждет).
"Поехали, поехали — по кочкам, по кочкам, по ровненьким дорожкам, в ямку — БУХ!!!"
— ждет "бух".

В магазине ожидаем (но не очень долго); сидим за столом, ждем, пока мама даст еду, и проч.

- формируем навык соблюдения очереди — в быту, во время различных игр (например, катить мячик друг другу по очереди, класть кубики в коробку по очереди);
- рассматривание и комментирование альбома с фотографиями (сделать специальный альбом, где будет не более 20 фотографий — члены семьи, предметы и основные события жизни, значимые для ребенка).

Академические навыки

- постепенно приучаем сидеть за столом и выполнять задания;
- изучаем основные цвета, формы, размер, несколько животных;
- закладываем графические навыки — используем картинки, где надо дорисовать (в раскрасках и книгах по развитию детей 2–4 лет).

Игровая деятельность

- простые элементы сюжетных игр (дорога, гараж, врач; магазин; кормить, укладывать спать игрушку);
- настойчиво учить строить из кубиков и других подобных материалов;
- разнообразные игры с песком и водой;
- пересыпание крупы, закапывание игрушек.

Во время игры отрабатываем:

- умение показывать предметы (указательный жест);
- ожидание и соблюдение очереди (*"Подожди, сейчас моя очередь"*);
- формы и цвета;
- выполнение инструкций (*"Принеси..."*);
- имитацию (подражание) (*"Сделай вот так..."*).

Социальное развитие

пользоваться любыми ситуациями, чтобы наблюдать за играми и действиями других детей, поощрять ребенка к ним подходить.

Приложение 7

Программа коррекции активности ребенка с аутизмом с опорой на уровни построения движений Н. А. Бернштейна

Целевая группа: дети 1,5–5 лет и их родители

Цель: гармонизация развития ребенка путем коррекции уровней А и С, нарушения на которых наиболее значимы для формирования этого типа дизонтогенеза.

I. Коррекция общения уровня А — уровень целостного тонического подстраивания и тонической регуляции

Тип дистонии	Тип нарушения активности	Диагностические признаки
Гипотонус	Снижение активности	Вялые, пассивные мышцы, не оказывающие сопротивления пассивному сгибанию-разгибанию кисти или локтя (снижен или отсутствует рефлекс на растяжение). Хватка слабая (для проверки вкладываем свои пальцы в ладони ребенка, если он их берет — понемногу тянем на себя, оцениваем, насколько долго и прочно он удерживает пальцы). При ощупывании, пальпации суставов ребенка руки “проваливаются”, ткани никак не реагируют на эти действия
Гипертонус	Повышение активности	Мышцы напряжены, иногда спастичны; гиперактивность, масса движений, возбуждение, в движениях наблюдается “перехлест”, может быть повышена температура

Причины	Диагностика
Нарушение вестибулярного восприятия (страхи, связанные с положением тела относительно силы тяжести)	Легкое покачивание стоя (страх, крик, хватание за близкие предметы, людей). Попытки осторожно посадить и положить на пол (разбрасывание рук, хватание за пол)
Нарушения восприятия глубокой чувствительности (страхи, связанные с восприятием целостности тела)	<p>Особенности позы мамы и ребенка, которые наблюдаются, если ребенок на коленях у мамы. Норма: ребенок сидит свободно, "как в кресле", вписываясь в изгибы тела мамы, щека ребенка обращена к лицу матери. При изменении позы мамы ребенок тоже ищет удобную позу, снова "вписывается" и расслабляется.</p> <p>Нарушение тонической регуляции и телесного взаимодействия со стороны ребенка: - ребенок сидит "как столбик" — спина напряжена и отодвинута от тела матери, ребенок не прикасается к маме вообще или в лучшем случае — касается только затылком; - вялая пассивность, голова ребенка лежит на руке мамы, но отворачивается от нее; - ребенок вырывается, может бить и кусать маму, но прижимается к ней щекой и затылком; если его перестать удерживать, он остается рядом — этот вариант свидетельствует о нарушении активности выше уровня А.</p> <p>Нарушения телесного взаимодействия со стороны мамы, которые свидетельствуют о ее психологических проблемах: тело мамы не "подстраивается" под тело ребенка, отходит от него — напряженно или расслабленно; мама не касается щекой головки ребенка</p>

Коррекция нарушений развития уровня А

1. **Крепкие объятия** — мощный стимулятор регуляции уровня А, проприоцепторный стимулятор. Необходимо, чтобы мама крепко прижимала ребенка к себе, глубоко обнимала его тело, причем — не пальцами рук, а запястьями, целой ладонью.
2. **Стимулирование вестибулярного восприятия** — постепенное приучение к изменению положения головы и тела в пространстве.
3. **Тоническая регуляция**
 - упражнения для постуральных мышц спины: растягивания и скручивания. Педагог стоит сзади ребенка, держит за руки, растягивает в стороны: *"Тяни-и-и холсты, потягивай, в коробочку укладывай"*.
"Что выше леса (тянемся руками вверх), что лучше света (тянем руки в стороны), быть может, солнце (тянемся руками вверх) в сердце этом".
Ноги стоят на месте, ритмично крутим туловище ребенка по очереди в обе стороны.
"Раз, два, три, четыре, козе звоночек прицепили."
Коза бегаёт, кричит — просит звоночек отцепить".
Асимметричные растяжки (правая рука — левая нога и наоборот).
 - разнообразные игры и движения на скручивания и раскручивания тела.
"Растение растёт из семечка" — ребенок сидит в позе эмбриона, медленно поднимается, руки тянутся вверх, затем "цветок расцветает", затем ветерок качает ветки, если детей несколько — можно делать веночек. Упражнение делается под соответствующую музыку.

4. Нормализация двигательной чувствительности
 - чтение ритмичных стихов, в объятиях, с раскачиванием;

*"Идет бычок, качается, вздыхает на ходу:
"Ах, доска кончается, сейчас я упаду".*
 - раскачивание на одеяле и (или) раскачивание вдвоем за руки и за ноги (с чтением стихов) и сбрасывание на мягкую поверхность (мат):

*"Шалтай-Болтай сидел на стене, Шалтай-Болтай свалился во сне,
И вся королевская конница, вся королевская рать
Не могут Шалтая, не могут Болтая,
Шалтая-Болтая, Болтая-Шалтая,
Шалтая-Болтая — собрать!"*
 - раскачивание на коленях (с чтением стихов) и сбрасывание:

*Поехали, поехали, по кочкам, по кочкам,
по ровненьким дорожкам, в ямку бух!*

Пришел медведь к броду, влез на колоду, бултых в воду!

Уж он мок, мок, мок, уж он кис, кис, кис!

Вымок, выкис, вылез, высох.

Встал на колоду... Бултых в воду!

- заворачивание в одеяло — "Бревнышко";
 - борьба с диванными подушками, прижимание и заваливание — ребенок должен выбирать;
 - раскачивание на спине ("эмбрион"), раскачивание на животе;
 - "мельница" — взрослый поднимает за две руки, перехватывает — держит уже за руку и за ногу и т. д.;
 - игры и упражнения, которые требуют топтать ногами и хлопать в ладоши.

*Шел козел по лесу, по лесу, нашел свою принцессу, принцессу.
Давай, коза, попрыгаем, попрыгаем, попрыгаем и ножками подрыгаем...
Давай, коза, потопаем... И ручками похлопаем.*
5. Взаимоконтактные упражнения (с использованием сохраненного уровня В):
 - "кораблик";
 - "репка";
 - езда верхом на взрослом.

II. Коррекция активности уровня С — уровень пространственного поля; пирамидально-стриальный уровень построения движений Н. А. Бернштейна

Движения уровня пространственного поля всегда целевые и всегда привязаны к определенному пространству; эти пространства — видимые, слышимые и осязаемые: улица, комната, стол в комнате, все тело ребенка или его ладони. Общение, основанное на движениях этого уровня, также всегда встроено в определенное пространство и имеет какую-то цель: прислушиваться, чтобы услышать; посмотреть, чтобы увидеть; протянуть руку, чтобы дотронуться; сделать самому какие-то движения, чтобы увидели тебя. Человек на этом уровне становится заметным для других: он не только видит и слышит других, его самого видят и слышат. Он не только что-то делает, но и отслеживает реакцию на

свои действия от других. Он не только видит, что делают другие, но и демонстрирует им свою реакцию на их действия.

Мы чувствуем, переживаем и демонстрируем другим эмоцию, которая нас охватила (Бернштейн, 1966). Мы всегда знаем, куда направлено наше движение, кому мы демонстрируем свою мимику, свое поведение. Человек не только слышит сам звуки своего и чужого голоса, но и знает, что и другим они слышны. Звучание, плач становятся интонированными.

Нарушения движений и общения на уровне пространственного поля проявляются:

- страхами, связанными с восприятием пространства (новые тесные помещения, новые звуки и объекты в пространственном поле);
- отсутствием целевых движений — как при восприятии (посмотреть, чтобы увидеть; прислушиваться, чтобы услышать), так и при действии (взять, толкнуть, потянуть, отодвинуть). Нарушения целевых движений у детей с аутизмом приводят к отсутствию прямого взгляда в глаза, целевых мимических движений, указательного жеста, а также — нарушению имитации.

Коррекция нарушений развития уровня С

1. Коррекция ощущения целостности собственного тела (упражнения с использованием утяжелений на конечностях, влияние контрастных температур на различные участки тела, сдавливания тела и конечностей в игре, воздействие на мышцы кистей и стоп).

Упражнения с браслетом с колокольчиками и с утяжелителем.

- на одной руке браслет с колокольчиком. Инструкция: "Подними ручку, которая звенит". Меняем руку, точно так же с ногами;
- то же самое — с утяжелением. Инструкция: "Подними ручку, которая тяжелая";
- на руки и ноги поочередно асимметрично одеваем и колокольчики, и утяжеление. Отрабатываем инструкцию.

2. Формирование указательного взгляда. Ребенку помогают задерживать, фиксировать взгляд, при этом эмоционально окрашивают восприятие своей речью, к которой постепенно присоединяют указательный жест. Он создает условия для дальнейшего интеллектуального и сенсорного развития ребенка, развития его восприятия и внимания.

3. Специальная работа с полем, работа по усвоению пространства.

Коррекция движений уровня пространственного поля базируется на усвоении пространства с помощью всех видов восприятия: зрительного, слухового, тактильного, propioцепторного. Их можно отрабатывать отдельно и комплексно.

Развитие моторики, координации, пространственных представлений (в случае необходимости выполняется с адаптером).

- игра с воздушным шариком. Учимся отбивать конкретному человеку. Отбиваем рукой, ракеткой для бадминтона или тенниса;
- игра в мяч. Ловим, бросаем, попадаем в цель (сбиваем кегли, забрасываем в ведро);
- выполнение инструкций: "Иди ко мне", "Подойди к двери", "... к окну", "... к столу" и др.;
- выполнение инструкций: "Сделай шаг вперед", "... назад", "... два шага вперед", "... назад";

- игра в прятки (комментируем, где прячемся, где ищем);
 - составляем разрезанную картинку (или картинку из кубиков) — начиная с левого верхнего угла (следующая часть — та, что справа от первой);
 - играем в “Дрихмана” (аналог “Море волнуется”): *“Как у нашего Дрихмана семеро детей, семеро, семеро, все семь сыновей. Они не пили, не ели, друг на друга смотрели, делали так...”*.
4. Построение пространственных схем и временных последовательностей (с помощью картинок и символов).
 5. Взаимоконтактные телесные игры с речевыми комментариями (“куча-мала”).

II. Коррекция общения уровня D — уровень предметного действия

На этом уровне формируются **смысловые акты**, не просто **движения**, а элементарные **поступки**:

- предметно-ориентированные манипуляции (ощупывание, разглядывание, сравнения, выбор, установление предмета, переворачивание, насыпание, наливание, открытие задвижек, коробок и т. д.);
- символические (элементарные координации речи и письма, изображение на бумаге заданной фигуры, простукивание ритма).

Ведущим мотивом на уровне действия является смысловая сторона действия. У детей с аутичным типом развития, как правило, уровень построения движений D формируется с опозданием.

Наличие этого уровня общения проявляется:

- в формировании бытовых действий и навыков самообслуживания;
- в формировании знаковой системы, в первую очередь — устной и письменной речи (на уровне названия и написания);
- в формировании способности осуществлять выбор;
- в наличии сюжетно-ролевых игр.

Коррекционные задачи и приемы:

1. Сенсорные игры с пересыпанием и переливанием.
2. Выполнение заданий, бытовых действий руками ребенка.
3. Сюжетно-ролевые игры с проигрыванием жизненных ситуаций.
4. Постоянное создание ситуаций выбора (в быту, в игре, во время занятий).
5. Совместное с взрослым сюжетное рисование (сказки, истории о ребенке и его любимые игрушки).

Программа “Коррекция игрового взаимодействия”

I. Сенсорные игры

Задачи:

- переживания ребенком приятных эмоций, создание позитивного настроения;
- формирование и развитие эмоционального контакта со взрослым;
- получение ребенком новой сенсорной информации;
- сенсорная интеграция;
- внесение в игру новых социальных смыслов, постепенная трансформация сенсорной игры в сюжетную, то есть — переход из “мира вещей” в “мир людей”.

Приемы:

1. Игры с красками (начинаются с двух цветов, постепенно вводятся новые цвета):
 - рисование вместе с ребенком разнообразных линий двумя широкими кисточками на бумаге большого формата;
 - выпускание красок в воду в прозрачных емкостях;
 - смешивание красок: на влажной бумаге и в прозрачных емкостях;
 - окраска ладоней и ступней как взрослого, так и ребенка, получение отпечатков на бумаге;
 - “боди-арт” — ребенок и взрослый рисуют друг на друге;
 - рисование на ванной и смывание водой;
 - обливание водой друг друга (в том числе — двумя командами).
2. Игры с крупой:
 - высыпание на пол различных видов круп и фасоли в больших количествах;
 - прятанье рук ребенка в крупу; хождение по крупе босиком;
 - пересыпание и прятанье в крупу мелких игрушек.
3. Игры с песком и водой:
 - переливание воды из различных емкостей;
 - запускание плавающих игрушек;
 - запускание по воде легкой “лодочки” — из бумаги, яичной скорлупы, шарика для пинг-понга — и дутье на него;
 - игры с мыльными пузырями;
 - разнообразные манипуляции со льдом;
 - рытье песка, строительство из песка.
4. Игры со светом:
 - освещение фонариком в темной комнате отдельных предметов и их название.
5. Игры со звуком:
 - поиск спрятанного источника звука (мобильного телефона, который играет любимую мелодию);
 - коробочки с различными видами круп — ищем те, которые выдают одинаковый звук при тряске (с одной и той же крупой);
 - игры со свистульками, пищалками, тарабайками, музыкальными инструментами: барабан, бубен, металлофон, флейта, гармоника, пианино и т. д.;

- привлечение внимания ребенка к различным звукам, которые его окружают, постепенное приучивание к неприятным звукам (пылесос и др.).

II. Сюжетные и сюжетно-ролевые игры

1. Приготовление пищи.
2. Магазин.
3. Путешествие (поездка в трамвае, на поезде, на самолете, на корабле).
4. День рождения.
5. Врач и больница.
6. Школа.

III. Подвижные игры

1. Игры с мячом:

- **“Фрукты, овощи, животные”**

Дети-игроки стоят в кругу; тем, кому нужно, помогает адаптер. Каждый по очереди бросает мяч и называет то, о чем договаривались — фрукт, овощ или животное. Для детей старше 6 лет целесообразно попытаться называть страны, города и т. д.

- **“Вышибалы”**

Двое игроков один напротив другого пытаются попасть в игроков, стоящих между ними. Целесообразно использовать несколько мячей, чтобы игроки не ждали долго. Дети младше 6 лет, как правило, нуждаются в адаптерах.

- **“Съедобное — несъедобное” (“Летает — не летает”)**

Дети-игроки стоят в кругу; тем, кому нужно, помогает адаптер. Каждый по очереди называет слово и бросает мяч товарищу, который должен поймать “съедобное” или отразить “несъедобное” (аналогично — “летает — не летает”). Дети младше 6 лет, как правило, нуждаются в адаптерах.

- футбол

- **“Я знаю пять имен...”**

Дети-игроки стучат мячом об пол и говорят (или говорит адаптер): “Я знаю пять имен девочек (мальчиков и т. п.). Маша — раз!...”;

- игры с воздушными шариками

Дети-игроки отбивают друг другу шарики руками или теннисными ракетками.

2. Игры по правилам:

- **“прятки”;**

- **“догонялки”.**

Дети-игроки образуют пары, один из пары пытается догнать другого, когда ведущий хлопает в ладоши — тот, кто бежит и тот, кто за кем гонятся, меняются ролями.

- **“Фруктовый салат”**

Дети-игроки получают название каких-то фруктов (например, часть — “яблоки”, часть — “груши”, а кто-то один — “слива”). По команде “Яблоки!” — “яблоки” прыгают, а остальные — хлопают в ладоши. Потом — наоборот.

3. Игры с телесным взаимодействием.

- **“Собачки и будки”**

Игроки делятся на пары, становятся на четвереньки, один — “собачка”, второй образует “будку” для “собачки”. По команде “День!” “Собачки” выбегают, по команде “Ночь!” должны успеть вернуться. Кто не успел — выбывает.

- “Живой круг”
Игроки лежат по кругу, раскинув руки и ноги, другие по очереди проходят круг, не наступая на конечности товарищей.
- “Тоннель”
Игроки образуют живой тоннель и по очереди его проходят.

IV. Фольклорные игры разных возрастных периодов

Приложение 9

Программа: “Коррекция активности средствами искусства и творческое развитие”

Целевая группа: аутичные дети 2–10 лет (как с родителями, так и без них)

Принципы:

- творческий процесс благодаря постоянному обращению к личному опыту ребенка;
- во время любой деятельности акцент делается не на продукт (результат работы), а на процесс, в ходе которого решается целый ряд учебных, коррекционных, терапевтических задач.

I. Работа с краской и рисование

Учебные задачи:

- приобретение и совершенствование навыков обучения: сидеть за столом, слушать инструкцию;
- приобретение и совершенствование графических навыков: правильно держать фломастер или кисточку;
- приобретение навыков совместной деятельности;
- изучение цветов, форм, размеров, строения тела человека и животных.

Коррекционные задачи:

- развитие сенсорной сферы;
- развитие мелкой моторики;
- развитие внимания;
- развитие воображения, памяти;
- увеличение коммуникативных возможностей.

Терапевтические задачи:

- уменьшение агрессии;
- уменьшение тревожности.

Приемы:

1. Спонтанное рисование ребенка

Ребенок самостоятельно, не получая инструкций, широкими яркими фломастерами создает или хаотичную линию, или более-менее целенаправленный рисунок. После этого происходит:

- узнавание, расшифровывание и комментирование рисунка вместе с педагогом. В случае если рисунок хаотичный, непонятный, мы пытаемся получить ответ на вопрос: “Оно живое или неживое? Где у него глаза? Где голова? Куда будем дорисовывать ноги? Это человек или животное? Это мальчик или девочка?”... и т. д.;

- заполнение всего пространства листа — дорисовывание подробностей и деталей педагогом (будка — “чтобы собаке не было холодно”, детям — бантики, воздушные шары и т. д.).
- 2. **Общее сюжетное рисование**
Совместное рисование с педагогом на тему, истории в картинках (“комиксы”), посвященные событиям жизни ребенка.
- 3. **Совместное рисование в микрогруппах**
Лист бумаги передается по кругу и каждый дорисовывает на общем рисунке что-то свое.
- 4. **Получение из двух цветов третьего**
Каждый ребенок в микрогруппе получает белый лист, часть которого окрашивает одним цветом, часть — другим, а на границе возникает новый цвет.
- 5. **“Цветные отпечатки”**
Каждый ребенок получает лист бумаги, на котором делает цветные пятна 2–3 цветов, после чего бумага сгибается пополам. Полученные симметричные отпечатки с помощью педагога “узнаются” и дорисовываются в бабочку, цветок и др. Можно делать оттиск с одного листа на другой, получается асимметричный отпечаток, который тоже можно узнавать и дорисовывать. С симметричного отпечатка можно делать пейзаж (отражение в воде).
- 6. **“Ладони”. “Ладони” с дорисовкой**
Дети с помощью педагога обводят свои ладони и раскрашивают.
Определив, на что похожа ладонь, дорисовывают и образуют из нее птичку (воробышка, курицу, колибри, жар-птицу и т. п.), рыбу, животное, цветок или что угодно.
- 7. **Раскрашивание “контуров”** (аквариум, сельский дом, автомобиль, бабочка, собака, лошадь и т. д.).
Вырезают из бумаги контур предмета, зарисовывают его, рисуют на нем детали.
- 8. **Рисование музыки**
На занятии играет музыка (классическое произведение, детская, народная или современная песня). Дети с помощью педагога рисуют то, что возникает под влиянием музыки: это может быть как конкретный, так и абстрактный рисунок.

II. Работа с бумагой

Учебные задачи:

Коррекционные задачи:

Терапевтические задачи:

Приемы:

1. Мятая бумага

Ребенку предлагается лист бумаги, который он должен смять руками, а затем с помощью педагога решить, что с ним надо сделать, на что это похоже. Используется бумага разных цветов и текстур (папиросная, гофрированная, упаковка для подарков, альбомная, бумага для принтеров, обои т. д.).

Кусочки тонкой смятой бумаги можно использовать для различных аппликаций, изделий, картин, коллажей (природа, фрукты, животные и т. д.), все они имеют вид полуобъемов.

Из помятой плотной бумаги может получиться бумажная скульптура, которая ставится на подставку, и на ней рисуются детали (глаза, рот и т. д.).

2. Рваная бумага

Дети самостоятельно рвут бумагу разных цветов и фактур, из полученных кусков делают аппликации — как сюжетные и фигуративные, так и абстрактные. На большом формате (А3, А1) делаются коллективные аппликации: сюжетные могут рассказывать о каком-то известном детям событии, абстрактные формируют определенный эстетический образ. Во время коллективной аппликации педагог принимает из рук детей куски бумаги и наклеивает их, учитывая пожелания детей.

3. Коллективный коллаж

На формате А1 микрогруппа детей оформляет какую-то идею с помощью фотографий из журналов и других материалов.

III. Работа с пластилином, пластиком и глиной; керамика

Учебные задачи:

- изучение форм и размеров;
- получение навыков лепки.

Коррекционные задачи:

- коррекция тактильной чувствительности;
- развитие зрительной чувствительности;
- развитие воображения;
- развитие мелкой моторики;
- развитие зрительно-моторной координации и пространственных представлений;
- концентрация внимания;
- организация продуктивной деятельности;
- закрепление учебного поведения.

Терапевтические задачи:

- улучшение работы головного мозга, в частности — межполушарного взаимодействия (благодаря работе обеими руками одновременно).

Приемы:

1. Пластилиновые картинки

Ребенок делает на небольшом листе картона изображения с помощью пластилина. Как правило, фон делает педагог заранее.

2. Пластилиновый орнамент на бумажных тарелках

Каждый ребенок получает бумажную тарелку, на которой делает орнамент (полоски, ягодки, листья) из пластилина.

3. Спонтанная скульптура из пластика

Ребенок берет кусок пластика, который помещается в его ладони (можно сразу объединить два цвета), и сжимает его. Полученную фигуру “узнают” вместе с педагогом, т. е. определяют, на что или на кого она похожа, и дорабатывают с помощью инструментов.

4. Выполнение рельефов на глиняных пластинках

Ребенок вместе с педагогом раскатывает глину и получает плоскую пластину, на которой он делает отпечатки пальцев и ладони, которые потом “узнаются” (это может быть лошадка, птичка и т. д.) и дорабатываются вместе с педагогом. На пластине можно рисовать, делать наклейки, обязательно нужно написать свое имя.

Если ребенку трудно выполнять повторяющиеся движения (катание “колбасок”, раскатывание скалкой, равномерно выдавливать орнамент), целесообразно использовать ритмическое сопровождение движений: счет или приговаривание стихов, при этом нужно подобрать ту частоту, которая подходит для этого ребенка.

5. Изготовление функциональных предметов

Ребенок вместе с помощником раскатывает “колбаску” цилиндрической формы, в которой продавливается отверстие, и таким образом образуется подсвечник, которому добавляют снизу основу и украшают его орнаментом. Если в подсвечнике расширить стенки и сделать их тоньше, то можно получить солонку или коробочку для мелких предметов. Полезно делать функциональные предметы с креативными элементами: коробочка дорабатывается в форме птички; в фигуру ежа втыкают карандаши и получается подставка.

6. Изготовление художественных скульптур

Некоторые дети проявляют желание и возможность делать достаточно сложные фигурки людей, животных и т. д. Лучше, если это будут знакомые ребенку объекты и сюжеты (он сам, его домашнее животное, родственники, друзья в различных ситуациях).

7. Ожерелье

Скатываются шарики, в которых спицей делается отверстие. Бусины обжигаются и расписываются, после чего дети их нанизывают.

Все созданные на занятиях фигурки из глины должны высыхать в течение 2-х недель, затем они обжигаются в муфельной печи и могут быть расписаны гуашевыми красками, смешанными с клеем ПВА при помощи тонких кисточек. Фигуры могут быть использованы во время игровых занятий, подарены маме, учительнице, друзьям. Фигурки из пластика запекают в духовке при температуре 200 градусов 20 минут.

Приложение 10

Программа “Коррекция активности средствами музыки” Целевая группа: дети с аутичным типом развития 2–10 лет

Учебные задачи:

- формирование и развитие речевых навыков;
- развитие навыка счета;
- изучение строения собственного тела и понятие “право-лево”.

Коррекционные задачи:

- сенсорная интеграция;
- развитие совместной деятельности и эмоционального общения;
- развитие слухового восприятия;
- развитие двигательной сферы;
- развитие пространственных представлений.

Терапевтические задачи:

- уменьшение агрессии;
 - уменьшение тревожности, напряжения, страха.
- I. Активное слушание**
Произведения классической музыки.
- Ранний и младший возраст:
- В. А. Моцарт: Соната № 15, Соната № 9, “Турецкий марш”, “Маленькая ночная серенада”, Симфония № 40;
 - П. И. Чайковский: “Неаполитанский танец”; фрагменты из балета “Лебединое озеро” — “Танец маленьких лебедей”, вальсы, сцены; фрагменты из балета “Щелкунчик” — марш, “Танец Феи Драже”, “Вальс цветов”; “Сладкая мечта”, “Времена года”;
 - Э. Григ. Сюита “Пер Гюнт”, “Танец Анитры”;
 - А. Вивальди. “Времена года”;
 - Ф. Шуберт. “Аве Мария”.
- Старший возраст:
- Людвиг ван Бетховен. Симфония № 9;
 - П. И. Чайковский. Концерт № 1. Allegro non troppo;
 - La Campanella. Рондо.
- Народные песни.
Детские песни.
- II. Материнское пение**
- III. Работа с голосом и ритмами**
- пение звуков и мелодий без слов;
 - пение слов и фраз, которые имеют определенное значение — имя ребенка, приветствие, прощание и т. д.;
 - выстукивание ритмов, ритмичные действия.
- IV. Индивидуальное обучение игре на музыкальных инструментах**
- звоночки, маракасы;
 - барабаны, треугольники, тарелки;
 - металлофон, блок-флейта (свирель), триола;
 - гитара, пианино (синтезатор).
- V. Хоровое пение**
- “Ой, летели три вороны дружно в ряд...”;
 - “Дождик, дождик...”;
 - “Пусть бегут неуклюже пешеходы по лужам...”;
 - “Антошка”;
 - “Вместе весело шагать по просторам...”;
 - “Поворот” А. Макаревич;
 - “Синяя птица” А. Макаревич;
 - “Дорожная” “Шао Бао”;
 - “Казачья” (“Под зарю вечернюю солнце к речке клонит”) А. Розенбаум;
 - “Месяц по небу ходит” Н. Могилевская.
- VI. Танцы**
- учимся ходить, маршировать, бегать по кругу под музыку;

- учимся свободно двигаться в соответствии с музыкой: классическая, народная (украинская, русская, еврейская, латиноамериканская), танцевальная (вальс, полонез, полька, танго, пасодобль), популярная музыка 70–80-х годов;
- разучиваем шаги танцев: вальс, полонез, танго, полька, гопак и т. д.

VII. Музыкальная гимнастика

- **“Развитие жизни на Земле”** (под музыку П. Мориа “В мире животных”)

Дети в кругу. По очереди показываем под музыку “маленькую клеточку” (перекачивание в позе эмбриона). Затем, лежа на полу, показываем “рыбку”, которая выползает на сушу и становится “крокодилом”, “ящерицей”, “динозавром”. Затем возникает “птеродактиль” и разные “птицы” — “колибри”, “журавль”, “пингвин”, “страус”. Затем показываем “животных” — “медведь”, “олень”, “обезьяна”. Из “обезьян” возникают люди, которые всем улыбаются и здороваются за руку.

- **“Полярная экспедиция”** (под музыку из кинофильма “Два капитана”).

Дети в кругу. Двигаясь по кругу, показываем “самолеты”, “лыжников”, “собак в упряжке” и другое.

- **“Морская экспедиция”** (под увертюру из кинофильма “Дети капитана Гранта”).

Дети в кругу. Двигаясь по кругу, показываем “парусники”, “капитана с подозрительной трубой”, “большие волны”, “альбатросов” и другое.

- **“Цветок”** (под соответствующую мелодичную и позитивную музыку).

Дети в кругу. Присев в позе эмбриона, создаем “зернышко”, из которого растет “цветочек”. Он “расцветает”, “тянется к солнцу”, затем создаем хоровод “веночек” и танцуем.

VIII. Музыкальные игры

1. Во время звучания музыкального фрагмента передаем по кругу мяч, когда музыка заканчивается, ребенок, у которого остался мяч, делает то, что скажет педагог (например, читает стихотворение с помощью мамы).
2. Во время звучания музыкального фрагмента ходим вокруг стульев, когда музыка заканчивается, все стараются сесть на стул, ребенок, которому не хватило стула, выбывает из игры.

Схема занятия

1. Приветствие.
2. Ритмическая разминка.
3. Упражнения для развития тонких движений пальцев рук, упражнения для развития речевых и мимических движений.
4. Пение.
5. Слушание музыки и игра на детских музыкальных инструментах.
6. Танцы, хороводы.
7. Музыкальные игры.
8. Прощание.

Как жить с аутизмом в Украине?

...При аутизме вы не теряете своего ребенка навсегда. Вам кажется, что вы потеряли его, потому что он никогда не будет таким, как вы ожидали. Аутичный ребенок ни в чем не виноват, и мы не должны нести на себе груз ответственности. Нам нужны семьи (и мы заслуживаем этого), которые будут нас понимать и ценить за то, что мы есть, а не семьи, чье видение затуманено призраками детей, которых никогда не было. Если хотите — горюйте о несбывшихся мечтах. Но не горюйте о нас. Мы живы. Мы настоящие. Мы уже здесь, и мы ждем вас.

Я думаю, что именно этим и должны заниматься организации по вопросам аутизма: не сетовать о том, чего не было, но изучать то, что есть. Вы нам нужны. Нам нужны ваши помощь и понимание. Ваш мир не очень открыт для нас, и мы не сможем в нем разобратся без вашей сильной поддержки.

Посмотрите на аутичного ребенка еще раз и скажите себе: "Это не тот ребенок, которого я ждал. Это инопланетянин, который случайно приземлился у меня. Я не знаю, кто этот ребенок и кем он станет. Но я знаю, что это — ребенок, выброшенный в чужой мир, без своих инопланетных родителей, которые знают, как о нем позаботиться. Ему нужен кто-то, кто о нем позаботится, кто будет его учить, понимать и защищать. Так случилось, что это удивительное дитя попало в мою жизнь, поэтому теперь я буду и хочу за это отвечать".

Если эта перспектива вас устраивает, присоединяйтесь к нам со всей решительностью, с надеждой и радостью. Вас ждет приключение на всю жизнь.

Синклер Д., британский поэт, аутичный человек

...Когда я впервые увидела своего старшего сына после рождения, то была поражена взрослым и серьезным выражением его крохотного личика. Он смотрел так умно и строго, словно знал что-то из иного мира, недоступное нам. Такое немладенческое выражение лица сразу заметили все родственники, одних оно умиляло, а мою маму сразу очень обеспокоило. В первые несколько месяцев жизни у нас катастрофически быстро росла голова, но я, неопытная мама, не придавала этому значения, врачи тоже ничего "не заметили". Нам сделали все положенные по возрасту прививки. В 6 месяцев стало очевидно отставание в развитии движений и стало нарастать ощущение, что с ребенком "что-то не так". Андрюша стал улыбаться позже чем положено, улыбался как-то рассеянно, как будто своим внутренним образам, звуки издавал необычные для младенца, после пробуждения долго лежал с открытыми глазами, не проявляя никакого желания поскорее очутиться на руках у взрослого. Тогда я не понимала, почему его лицо кажется мне таким специфичным — через годы я поняла, что дело в отсутствии мимики. Мы заволновались и пробежались по всем доступным врачам, и нас успокоили. Гидроцефальный синдром был, но рост головы приостановился, а показатели внутричерепного давления были хорошими. Вообще, за все годы его жизни мы обследовались различными способами

бесчисленное количество раз, и все показатели всегда были идеальными. Из-за довольно специфического лица и пропорций головы и тела мы трижды были у генетиков и всегда получали ответ — нет грубых генетических нарушений, но что будет в следующих поколениях, никто не знает...

Шло время, у Андрея появился младший брат, которого он заметил только, когда тот подросток и стал посягать на его игрушки. Андрей любил играть и играл вполне по возрасту, но совсем не нуждался в том, чтоб в его играх кто-нибудь участвовал. Это долгие годы вводило нас в заблуждение — меня убеждали, что “не надо приставать к ребенку”. Андрюшу “спасло” от полного одиночества то, что я человек общительный, а нянь и бабушек не было — и его я часто таскала за собой.

Первые слова появились у него на втором году, но это были не те слова, с которых дети начинают говорить... Одним из первых слов было слово “голубь”. “Мама” он стал говорить, только когда в 3,5 года пошел в детский сад. В 4 года Андрюша очень любил повторять слова рекламы. В это время он начал рисовать, рисовал много и очень странно (особенно вначале). Именно глядя на его рисунки, его папа впервые по-настоящему встревожился. Папа нарисовал Андрею нашу семью — ребенок точно скопировал рисунок и в течение последующих месяцев сделал это раз 100.

В 5 лет врачи наконец нехотя подтвердили то, что я вычитала и говорила им и раньше, — это аутизм. Никто не говорил нам, что мы должны делать. Меня убедили пройти ПМПК и перейти в сад для детей с ЗПР. В первый день дефектолог сада спросила меня: “Расскажите мне, что я должна с ним делать”. Я очень благодарна этому педагогу, она боролась как могла, мы с ней ездили на консультацию в “Джерела”, покупали книги Никольской и их читали. Андрей продолжал жить своей жизнью, все его любили, а я постепенно начинала понимать — никто ничего не знает, никто ничем не поможет. Чтоб дети были в одном саду, я перевела его в сад-лицей, куда ходил Саша. Там он целый день был в атмосфере творчества, но его возможности и близко не соответствовали происходящему вокруг. За весь учебный год он не сказал ни слова, но ходил в сад охотно, без слез и криков. Зато чуть не плакала его воспитательница из-за того, что она старается научить его показывать хоть одну букву — и все напрасно. На хореографии девочки-партнерши переставляли его, как неодушевленный предмет. Во время хорового пения он молча стоял среди детей.

...Меня спасло то, что я очень мало знала и об аутизме, и о нашей педагогической системе. Если б я знала тогда так много, как сейчас, я б, наверное, умерла от горя. У меня даже в мыслях не было, что Андрей может не пойти в школу. Мои родственники вообще одно время твердили, что надо дать взятку и устроить в “нормальную школу”. Но я была уверена, что где-то есть умные и сильные люди, которые все сделают как надо. Просто они не знают об аутизме, надо им рассказать. И я пошла к начальнику городского управления образования и науки и выложила ему, что нужна “школа для аутистов”. И он повелел — сделать!!!

Через год пребывания в специальном классе для детей с аутизмом ПМПК направила нас в больницу Павлова “для уточнения диагноза”. На словах было сказано, отводя глаза, — будем вас переводить на “индивидуальное обучение”. Это значит — в четыре стены, а я — один на один с человеком, который просто не замечает, когда его пытаются чему-то учить. Но постепенно многому научается сам.

Андрей (ему тогда было 7,5 лет) не показал ни одного цвета, ни одной буквы, не показал даже “один — много”. Вел себя дурашливо, вскакивал, глупо смеялся. Директор школы кричала: “Это глубоко умственно-отсталый ребенок, он никогда не будет учиться даже по вспомогательной программе, а в моей школе программа массовой школы”. И тогда это соответствовало действительности. Если бы мы не боролись, его бы не взяли даже во вспомогательную школу.

...Через два года школьная комиссия школы-интерната № 15 постановила, что для 2-го вспомогательного класса (куда мы имели направление) Андрей “слишком хорош”, и мы пошли на программу ЗПР. Тогда он уже умел читать (это произошло буквально за один день в возрасте 9,5 лет). А то, что он знает все цвета и оттенки, нам сказал учитель рисования, никому другому он цвета не показывал.

...Сейчас Андрей учится в 7-м классе. У него есть успехи по всем предметам, такие успехи, о которых я и мечтать не смела. Недавно он стал читать по-английски простые предложения. Уроки ему хорошо помогает делать младший брат, со мной Андрей “включает дурака”.

...Недавно у нас родился маленький братик Ванечка, Андрей хорошо справляется с ролью няньки. Еще Андрей любит мыть посуду и всем говорить: “Я тебя люблю”. Но он может и поругаться, и повторять всякие глупости, услышанные по телевизору.

...Всегда предпочитает все знать заранее, переспрашивает по многу раз — кто, когда и что будет делать. В последнее время стал отлично управляться с компьютером, а маленький был — так даже отказывался брать мышку в руки.

...Очень любит звонить по телефону всем, кого знает. Помнит дни рождения всех окружающих...

...Много лет я сама задавала вопросы и сама на них отвечала. Когда Андрей наконец заговорил фразами, я долго избавлялась от этой привычки. И вот однажды (в 9 лет) мы ехали через весь город из школы и долго стояли в пробке. Андрей, глядя в окно, задумчиво спросил: “Мама, а почему облака не падают на землю?” В первый момент я даже не поняла, что это говорит он. И даже не смогла как следует ему ответить.

Это написано мной о моем старшем сыне Андрее. Пройдя путь “особенной мамы” в Украине, а именно — вырастив ребенка с расстройством спектра аутизма, я считаю необходимым распространять приобретенные знания и установки, проверенные жизнью. Но это не только материнский опыт. На посту руководителя общественной организации и в качестве ученого, который изучает практику психолого-педагогической помощи, я имела возможность близко познакомиться с несколькими сотнями детей с аутизмом и их родителями. Это были не только украинские дети — в интеграционных лагерях и в реабилитационных походах мы работали с семьями из России; общение в Интернете и длительные телефонные разговоры дали возможность познакомиться с родителями из США, Канады, Израиля, стран Балтии и многое узнать о тамошних реалиях. Поэтому, несмотря на сугубо научный характер данной работы, без анализа этого жизненного материала она будет крайне ограничена.

Недавно мне довелось ознакомиться с книгой, которая имеет большое значение для мировой педагогики аутизма, — “Как жить с аутизмом?” Ширли Коэн. Эта книга стала доступной русскоязычным читателям благодаря профессиональному переводу известного

российского психолога Игоря Костина, который очень много сделал для развития практики психолого-педагогической помощи людям с расстройствами спектра аутизма в России. Хотим поблагодарить его за это, а также московского нейропсихолога Дмитрия Ермолаева за блестящий перевод таких важных источников, как “Поведенческая неврология” (автор Чарльз Ньюкиктен) и “Введение в психологическую теорию аутизма” (Франческа Аппе). Расширение информационного пространства вокруг проблемы помощи лицам с аутизмом в стране и в мире, свободный доступ к современным источникам для всех причастных к этому делу — залог заметных сдвигов в этом направлении в обозримом будущем.

Книга Ш. Коэн позволяет нам, ученым и практикам, трезво оценивать мировой опыт и соотносить его с нашими отечественными реалиями. Поэтому факты и комментарии из этой книги помогают нам освещать различные аспекты такого актуального вопроса: “Как жить с аутизмом в Украине?”.

История вопроса

Понятно, что с аутизмом в Украине жили задолго до того, как он начался для меня, а именно, в 1999 году, когда моему чудаковатому и неразговорчивому сыночку перевалило за 3 года и я, не получив помощи у специалистов, начала сама искать в литературе ответы на свои вопросы. Но ему повезло родиться в интересные времена: начало нашей с ним истории совпало, во-первых, с бурным ростом количества детей (как в Украине, так и в мире), которые получили от психиатра вывод “расстройство спектра аутизма”, а во-вторых, с началом отечественной школы психолого-педагогической помощи детям с аутизмом. В таком зачаточном виде она существует и поныне, хотя за прошедшие 10 лет кое-что изменилось. Ведь сейчас мы имеем собственную теоретическую базу в виде написанных монографий (Д. И. Шульженко, Т. В. Скрипник), кандидатств и докторов наук, но до сих пор нет ни одного государственного учреждения, куда дети и родители могут обратиться со своими проблемами “на законных основаниях”; ни один педагогический вуз Украины не готовит специалистов по квалификации “педагогика аутизма”. Государственная система специального образования недостаточно финансируется и озабочена тем, как удержать на плаву существующие учреждения для детей с нарушениями зрения, слуха, интеллекта и речи, “не видит” детей с расстройствами спектра аутизма. Год от года, якобы впервые, ставятся одни и те же вопросы: “А где должны учиться ТАКИЕ дети? А где учится ваш сын? В школе для детей с ДЦП? А почему? Это не тот профиль?”.

Как считает Ф. Аппе, “аутизм существует столько, сколько существует человечество”. В советские времена этот термин почти не применялся, наличие у ребенка легких расстройств аутистического спектра семьи тщательно скрывали. “Тяжелые случаи” в подавляющем большинстве оказывались в интернатах или постоянно содержались в психиатрических больницах, где они, как правило, быстро умирали. Поэтому в Украине, так же как и в других постсоветских странах, почти нет людей с аутизмом старше 30 лет — в отличие от стран Северной Америки и Западной Европы, где они пишут книги и становятся героями оскароносных кинохитов.

Поскольку дети с аутичными расстройствами нередко рождаются в семьях интеллектуальной элиты, в некоторых случаях они и становились движущей силой прогресса, побуждая специалистов ступить на “терра инкогнита” сложного амбивалентного и загадочного нарушения развития. Именно такая ситуация описана в книге “Слово сквозь

безмолвие” Николая Дилигенского. Николай — один из первых аутистов, диагностированных в СССР, сейчас ему 41 год. Сын выдающегося российского психолога Германа Дилигенского, он в 70-х годах прошлого столетия стал подопечным экспериментальной группы психологов, которая благодаря усилиям К. С. Лебединской впервые на территории СССР начала целенаправленно работать с детьми с расстройствами спектра аутизма. В дальнейшем, в московском Институте дефектологии была организована лаборатория нарушений эмоционально-волевой сферы, которую и сейчас возглавляет О. С. Никольская, автор эмоционально-уровневого подхода и наиболее распространенной и известной в России и Украине психолого-педагогической классификации детей с расстройствами спектра аутизма. Благодаря широкому распространению теории Никольской аутизм в России официально квалифицируется как нарушение эмоционально-волевой сферы, что, по нашему мнению, является достаточно спорным.

На момент начала исследований О. С. Никольской в США и Западной Европе уже около 20 лет искали пути преодоления аутизма (И. Ловаас, Б. Римланд, Е. Шоплер, Б. Кауфман и С. Кауфман и др.). В Украине же в то время вообще почти не было коррекционной педагогики (дефектологии). А в том, что аутизм является лишь синдромом, который сопровождает шизофрению, — ни у кого не было никаких сомнений. Когда украинские руководители специального образования начали в 90-х годах выезжать за границу с целью обмена опытом, они были удивлены и, как они сами вспоминают, решили сначала, что термин “аутист” является огрехом перевода, и спрашивали друг у друга: “А как они у нас называются?”. Тогда в стране наконец-то началось мощное движение “снизу”: за дело взялись те, кому все это было так жизненно необходимо, — родители детей не только с аутизмом, а вообще всех, что считался “необучаемым”, тех, с кем не хотели и не умели иметь дело специалисты советского образца. В 1994 году в г. Горловка (Донецкая обл.) организовалось общественное объединение, которое возглавила мать-психолог Ольга Богдашина. В своей книге Ольга описывает, как на протяжении нескольких лет она вместе с группой отчаянных матерей боролась с медицинскими и образовательными чиновниками, которые убеждали, что, во-первых, детей с аутизмом нет вообще, а во-вторых, для всех “больных” уже есть соответствующие государственные учреждения. “Шторм-школа” (названа по аналогии с английской частной организацией, которая занималась родительской инициативой в Горловке) просуществовала несколько лет, после чего Ольга с сыном (синдром Каннера) и дочерью (синдром Аспергера) эмигрировала в Англию, где продолжила свою научную и практическую работу уже как специалист с мировым именем, профессор Бенингемского университета. Сейчас в Донецке, по отзывам местных матерей, до сих пор нет психологов и педагогов, имеющих достаточную квалификацию для работы с детьми с аутизмом. Но времена уже изменились, и не только в Донецке, а во всей Украине — поскольку о праве на образование уже слышали все, ребенка с аутизмом, даже с тяжелыми нарушениями поведения, направляют в садик и школу, где он нередко становится “кошмаром” учителей, администрации и родителей других детей. А его родители при этом, соответственно, становятся “врагами общества”. Это — наши реалии, это “инклюзия” и “права человека” по-украински.

Человеком, которому наконец удалось существенно повлиять на ситуацию, стала М. В. Щибрик. Мария Васильевна прошла весь крестный путь советской матери ребенка с тяжелым психическим расстройством — регресс в полтора года, который мать связы-

вает с прививкой, беспомощность врачей, безразличие чиновников, жалобы соседней на круглосуточные крики Любы и наконец — навязчивые советы отдать ее в интернат, потому что “так будет всем лучше”. Благодаря своей энергии и харизме Марии Васильевне удалось сделать невозможное — она уговорила помочь им с Любой известного английского психиатра Эри Лоубиери, который в начале 90-х годов приехал к нам бороться за права “психических заключенных”. Для того, чтобы встретиться с ним, Марии Васильевне вместе с мужем-переводчиком пришлось... прятаться под кроватью в гостинице от С. Ф. Глузмана, который не стремился знакомить несчастную мать с уважаемым английским гостем.

Английские врачи и терапевты из частной школы, так же как и многочисленные усилия впоследствии уже на родине, не совершили чуда. Сейчас Любе около 30 лет, она имеет тяжелые интеллектуальные нарушения и сама себя не обслуживает. Но английские коллеги помогли победить сопротивление украинских чиновников и создать негосударственную организацию — “Школу-Жизнь”, которую англичане некоторое время поддерживали методически и финансово. Впоследствии во многих украинских городах (Черкассы, Белая Церковь и др.) усилиями общественности стали создаваться “школы” для всех детей, которых отбраковывала государственная система образования. Они становились очагами психолого-педагогической помощи, некоторые из них постепенно трансформировались в реабилитационные центры системы соцзащиты. Но решают ли они проблему? Конечно, нет... Украинское государство за все годы независимости так и не сделало для этих детей (которые впоследствии становятся взрослыми) ничего существенного...

...Вот такая ситуация имела место тогда, когда я и мои родные (после нескольких лет неопределенности, метаний и взаимных обид, которые подтачивали семью) наконец осознали: мы имеем 5-летнего аутиста. Понятно, что я всего этого тогда не знала и была такая же, как и все, — растерянная мама, которая начала борьбу за будущее своего ребенка. “Жизнь — это борьба” — именно это выражение точно характеризует “особое материнство” в Украине (в России — почти так же). Кстати, матери Западной Европы и США в 60-е годы тоже прошли свой путь революционной борьбы и завоевали светлое будущее себе и потомкам (например, Мария Килирли, мать Карен, автор книги “История о том, как родительская любовь победила тяжелую болезнь”). 40 лет назад дети с ДЦП в США молча умирали в четырех стенах, поскольку родители не решались вывезти их на свежий воздух, — а сейчас людей на инвалидных колясках можно встретить повсюду, они посещают музеи и учатся в университетах...

Я считаю, что история моего сына не зря интересует родителей, которые только начали свой долгий путь, но хотелось бы привлечь к ней внимание еще и высоких должностных лиц, принимающих решения, от которых зависит — будет ли когда-нибудь в Украине предоставляться регулярная и целенаправленная психолого-педагогическая помощь детям с аутизмом и их семьям.

...Тогда меня спасло то, что я ничего не знала и не понимала. Если бы тогда, в Андреевы 6–7 лет, я знала так много, как сейчас, я, пожалуй, умерла бы от отчаяния — такой тогда была наша ситуация. Но стоит заметить, что добротная, систематическая и целенаправленная профессиональная помощь ребенку и семье — это гораздо лучше, чем спасительное “незнание” и наивная “вера в чудо”.

Итак, потянулся традиционный ряд “экспериментов”: больница им. Павлова — господин Марцинковский и его команда — респлепт — дельфины в Козачке — речевой центр...

Крошечные шажки вперед, которые впоследствии становились все более заметными. “Как это он не будет говорить по-человечески, просить что-то, отвечать на вопросы? Как это он не пойдет в нормальную школу, и вообще — ни в какую школу не пойдет, а будет на так называемом “надомном обучении”, потому что так “ему лучше”? Как это он никогда не выучит буквы и не будет читать? Этого просто не может быть — доказывала я всему миру, который вдруг стал для нас таким враждебно-недоверчивым или фальшиво-сочувствующим.

“Ну, он же не идиот” — все время повторяли его отец и бабушка. Ну конечно, ведь он так прекрасно рисует, давно сам ест, ходит в туалет, прекрасно ориентируется в незнакомом месте, у него такое умное лицо (в каждой семье есть свой “почетный список” и свое представление о том, как выглядит пресловутый “идиот”) — так как так может быть, чтобы ничего нельзя было сделать?!!

Сколько раз я выслушивала историю о мальчишке, который молчал, пока каша не оказалась несладкой (что интересно — от врачей в том числе). Сколько я наслушалась о чьих-то соседях и племянниках, которые “не говорили до 3-х, 5-ти, 7-ми лет, но потом — как заговорили!”. Позже все это сменилось разговорами о “детях индиго”. Странное у нас общество — всегда найдется много советчиков и “экспертов”, но очень мало желающих реально протянуть руку особенному ребенку, быть с ним терпеливым и милосердным.

...Как только ты начинаешь постепенно привыкать к мысли, что твой ребенок не такой, как все, приходит новое тяжелое прозрение — никто не знает твоего ребенка больше тебя, никто вам ничем не поможет, по крайней мере, быстро и навсегда. Это твой путь, который за тебя никто не пройдет...

...Когда Андрею исполнилось 6 лет, я уже начала кое-что понимать. В то время мы уже отметились везде, куда нас посылали и направляли, и я оставила мысль, что кто-то где-то “сделает его нормальным”. За год до того нас убедили пройти ПМПК и перейти из обычного сада в сад для детей с задержкой психического развития. Фактически нам тем самым оказали услугу: во-первых, это было недалеко от нашего дома, а во-вторых, Андрей был там “самый ненормальный” — другие дети из группы под руководством дефектолога довольно ловко изучали “транспорт”, “овощи” и др., пытались овладеть звуковым анализом слов и составом чисел, Андрей же не выполнял никаких заданий (даже для 2-3-летних детей), не отвечал на вопросы. В речи его в ту пору был расцвет эхололии (преимущественно — из телерекламы), в саду он вообще не раскрывал рта, а дома время от времени бодро говорил: “Чай “Маброк” — душа поет” и все время рисовал. В первый день в саду ЗПР дефектолог встретила меня словами: “Я не знаю, что мне с ним делать”. Тогда я была ошарашена, поскольку возлагала на этот садик определенные надежды, но потом я привыкла к этой фразе, которая стала для нас лейтмотивом на следующие 5 лет. Вместе с нашим педагогом мы устроили обзорные экскурсии в “Источники” и в “Школу-Жизнь”, надеясь найти там тех, кто знает, что делать с Андреем, — и пришли к неутешительному выводу, что полагаться следует только на себя. Я купила книгу О. С. Никольской “Аутичный ребенок: пути помощи”, и мы с нашим дефектологом стали ее читать. В сентябре, незадолго до 6-летия, Андрей вместе с младшим братом отправился в лицейский сад, где попал по возрасту в подготовительную группу. Администрация и воспитатели время от времени устраивали со мной душевные беседы на тему: “Может, его лучше отдать к таким как он?” — на что я отвечала, что таких как он просто в природе не существует. В этом саду Андрей был известным человеком. Девочки из группы взяли его под опеку, за

ребятами он наблюдал с безопасного расстояния. На занятиях по украинскому языку и математике он вежливо сидел за партой и смотрел на учителя, на хореографии девочки передавали его друг другу во время танца, на занятиях по изобразительному искусству и труду он ловко выполнял задание, если был наглядный образец, на уроках театральной деятельности он охотно исполнял роли, в которых не было слов. В середине учебного года я поняла, что по его окончании нас никто здесь держать не будет, и для того, чтобы он пошел в школу, мне придется бороться не на жизнь, а на смерть. К счастью Андрея, у нас не было не в меру самоотверженной бабушки, которая была бы готова остаться с ним дома на неопределенный срок, и о няне у нас также речь не шла.

...Накануне 2002 года я записалась на прием к тогдашнему начальнику Главного управления образования и науки КГГА Б. М. Жебровскому, зашла в кабинет с распечатанными из Интернета статьями об аутизме и закричала, что моему ребенку некуда идти в школу. Борис Михайлович вызвал своих помощников и повелел: сделать! Хотя они пытались убедить его, что “у нас для всех детей все есть”.

Путь от этого гуманного и прогрессивного распоряжения — к реальным детям, которые 1 сентября стояли на линейке, оказался слишком длинным. Нам с Натальей Андреевой, мамой Михаила, удалось собрать инициативную группу и провести успешные переговоры с директором школы-интерната, которая согласилась взять на себя такую заботу — “классы для аутистов”. Но, конечно, просто так ничего не делается, пришлось многое пообещать, в буквальном смысле — стать заложниками ситуации. А потом всегда быть виноватыми, когда наши дети начали кричать, падать на пол, бегать на уроках, бояться ходить в туалет, а еще страшнее — “не усваивать программу”. Опыт этих классов должен быть проанализирован и использован для развития специального школьного обучения детей с расстройствами спектра аутизма, но сейчас от них остались лишь слухи — родители, специалисты-практики, преподаватели педагогических вузов не имеют никакой достоверной информации о так называемом “эксперименте”. Управление образования любит вспоминать его как “негативный опыт”, ошибку и расход государственных средств (за 4 года на классы было выделено целых 100 тыс. грн., зарплаты 4 квалифицированных педагогов-дефектологов и 200 кв. м школьного помещения). Но при этом пренебрегается тем, что благодаря этому эксперименту 8 детей (к сожалению — только!) получили лучший старт для своего образовательного маршрута. Чиновников совершенно не интересует тот факт, что шестеро детей из этих восьми (среди них и те, о которых говорили, что они “нешкольные”, и это был еще весьма толерантный термин из всех, что нам довелось услышать за эти 4 года) успешно учатся по классно-урочной системе, из них двое — в массовой общеобразовательной школе, а мой сын — в школе для детей с ДЦП по программе для учащихся с задержкой психического развития. Он окончил 6-й класс со средним баллом табеля — 7, посещает спортивные секции, а главное — имеет друзей и пользуется любовью педагогов, которые уже не спрашивают: “Что с ним делать?”.

При моем непосредственном участии в Киеве было создано две негосударственные организации, которые сейчас успешно оказывают профессиональную психолого-педагогическую помощь детям с расстройствами спектра аутизма и их родителям, — “Школа-Ступени” и “СОЛНЕЧНЫЙ КРУГ”. Эти организации существуют исключительно на родительские средства. Более того, несмотря на неоднократные обращения в органы государственной власти, они арендуют помещение для своей деятельности по коммерческим расценкам. Поэтому зарплата педагогов мизерная, а работа тяжелая...

ЦЕРЕБРОКУРИН

Концепция нейропротекции в последние годы приобретает все большее значение. Комплексные исследования в этой области направлены на разработку методов, которые предотвращают повреждение и гибель нервных клеток, обусловленных гипоксией, ишемией, травмой, токсическими воздействиями, нейродегенеративными процессами. На сегодняшний день уже известна структура механизмов, приводящих к гибели нервных клеток. Такими механизмами считают эксайтотоксичность — повреждающее влияние на нейроны повышенных концентраций возбуждающих аминокислот (глутамата, аспартата), оксидантный стресс — повреждение мембран нейронов токсичными свободными кислородными радикалами и продуктами перекисного окисления липидов, митохондриальная дисфункция, гиперэкспрессия генов раннего реагирования, дефицит нейротрофических факторов, инициирующих нейроапоптоз.

Все указанное обосновывает необходимость дальнейшего изучения патогенетических механизмов развития нейродеструктивных заболеваний и поиск высокоэффективных нейропротекторных препаратов, способных предотвращать негативные процессы в нервной ткани.

Перспективным препаратом нейротрофического ряда является Цереброкурин®, содержащий свободные аминокислоты, нейропептиды и низкомолекулярные продукты контролируемого протеолиза белков мозга эмбрионов крупного рогатого скота.

Препарат Цереброкурин® назначается при заболеваниях, характеризующихся нарушениями функций центральной нервной системы (ЦНС), в частности при различных формах нейрциркуляторной дистонии и астеноневротического синдрома, хронических ишемических дисциркуляторных и посттравматических энцефалопатиях, при острых нарушениях мозгового кровообращения и его остаточных явлениях. В качестве вспомогательного средства его назначают после перенесенных нейрохирургических реконструктивных операций на магистральных сосудах головы, при болезни Альцгеймера, синдроме Бинсвангера (ишемический перивентрикулярный ариолизм), синдроме хронической усталости и старческом слабоумии сосудистого генеза, при смешанных формах деменции, интеллектуальных динамических нарушениях, психоорганическом синдроме с интеллектуальной недостаточностью, последствиях энцефалита, болезни Дауна, синдромах Ретта и Мартина–Белла.

Применение препарата Цереброкурин® в педиатрической практике охватывает такие патологические состояния, как задержка психического развития и речи, врожденная алалия и дислексия, церебральный паралич с психоречевой задержкой (нетяжелой формы), апаллический (декортикационный) синдром — в подостром периоде и при его последствиях без частых эпилептических приступов. В неонатальном периоде препарат Цереброкурин® показан при средней степени тяжести и тяжелой асфиксии, последствиях тяжелой хронической гипоксии.

Успешное использование препарата Цереброкурин® в клинике неврологических и психиатрических заболеваний обусловлено способностью данного нейропептида свободно проникать через гематоэнцефалический барьер и осуществлять многофакторное действие на ЦНС при малой концентрации в организме.

Механизм действия препарата Цереброкурин®

Препарат Цереброкурин® относится к препаратам нейропептидной природы, обладает поливалентными нейропротекторными свойствами. Из них наибольшую клиническую привлекательность представляют нейротрофическое, нейрометаболическое, ноотропное и антиоксидантное действие.

Цереброкурин® содержит свободные аминокислоты, нейропептиды и низкомолекулярные продукты контролируемого протеолиза белков мозга эмбрионов крупного рогатого скота. Мозг эмбриона на раннем этапе онтогенеза содержит наибольшую концентрацию регуляторных нейропептидов, которые при соответствующей технологической обработке и составляют основу препарата Цереброкурин®. Регуляторные нейропептиды (в том числе белки S-100, 14-04-08, аминокислоты), которые составляют основу препарата, оказывают комплексное регулирующее влияние на нервную систему, способствуют ремиелинизации, глияльной пролиферации и регенерации новых нейронов в развивающемся мозге ребенка.

Препарат безопасен с точки зрения прионового вирусносительства, так как в процессе производства получаемые экстракты фильтруются через специальные мембранные фильтры с размером пор 0,22 НМК, а условия фильтрации позволяют не только стерилизовать экстракты, но и избавляться от элементов мембран, которые, согласно данным литературы, могут содержать патологические изоформы прионов — PrP^C и PrP^{Sc}.

Цереброкурин® выгодно отличается от других нейропептидов как более высоким соотношением нейропептидов и аминокислот в препарате, так и качественным составом нейропептидов. Цереброкурин® содержит эмбриональные нейропептиды, которые несут в себе программу анализа состояния и строительства ЦНС и принципиально отличаются от других нейропептидов по механизму действия и точкам приложения. Таким образом, конечный эффект различается из-за качественно отличного механизма действия.

Имеющиеся в составе препарата Цереброкурин® нейропептиды и нейротрофические факторы имеют большой выбор мишеней через которые осуществляется коррекция развития нейроапоптоза на разных стадиях патологического процесса. При этом регуляторное влияние Цереброкурина реализуется как на ферментативном, так и на генетическом уровне.

Одним из основных эффектов препарата является его мощное нейропротекторное действие. Защитные эффекты препарата Цереброкурин® на ткань мозга включают его оптимизирующее влияние на энергетический метаболизм мозга и гомеостаз кальция, стимуляцию внутриклеточного синтеза белка, замедление процессов глутамат-кальциевого каскада и перекисного окисления липидов.

На ранних этапах ишемии Цереброкурин® способствует уменьшению энергетических затрат клетки, замедляя процессы глутамат-кальциевого каскада и перенаправляя усилия на восстановление эффективного аэробного метаболизма. Цереброкурин® уменьшает проявления митохондриальной дисфункции: тормозит окислительную модификацию белка митохондрий и открытие митохондриальных пор, уменьшает проявления оксидантного и нитрозирующего стресса, нормализует экспрессию генов раннего реагирования. Нормализация показателей оксидативного стресса и восстановление макроэргов в головном мозге обусловлены его способностью влиять на глобальный фактор транскрипции AP-1, который ответственен за синтез супероксиддисмутазы и каталазы,

а также ингибировать развитие митохондриальной дисфункции и тормозить открытие митохондриальной поры.

Также показано, что нейропротекторные свойства препарата Цереброкурин® связаны с защитой цитоскелета нейронов вследствие ингибирования кальцийзависимых протеаз, в том числе кальпаина, и увеличения экспрессии микротубулярного кислого протеина 2 (MAP2). Таким образом, Цереброкурин® препятствует развитию необратимых деформаций белковых молекул как митохондрий, так и клеточных мембран.

Влияние Цереброкурина® на энергетический обмен не ограничивается восстановлением эффективного аэробного метаболизма. Под влиянием препарата отмечается увеличение количества и размера митохондрий. Это способствует значительному росту энергетического потенциала клетки, расширяя её репаративные и функциональные возможности, увеличивая устойчивость к нагрузкам.

Вместе с этим, препарат обладает выраженными нейротрофическими эффектами. В исследованиях, проведенных в последние годы, установлена способность препарата Цереброкурин® повышать экспрессию гена транспортера глюкозы (GLUT-1) через гематоэнцефалический барьер и таким образом увеличивать ее транспорт к головному мозгу в условиях экспериментальной ишемии. Цереброкурин® усиливает аффинность связывания нейротрофического фактора головного мозга с его рецепторами. Влияние на trk-B рецепторы нейротрофинов может свидетельствовать о привлечении его в регуляцию естественных факторов роста. Всё это способствует усилению нейропластических свойств нервной ткани.

В исследованиях выявлена способность препарата Цереброкурин® предотвращать гиперактивацию микроглии и уменьшать продукцию ИЛ-1α и других провоспалительных цитокинов, отражающая влияние препарата на выраженность местной воспалительной реакции и процессы окислительного стресса в ишемизированной зоне мозга. Улучшение функционального состояния глии ускоряет элиминацию погибших нейронов и предупреждает развитие цитотоксического отека мозга, а также улучшает трофическое обеспечение нейронов.

Доказано, что применение Цереброкурина® при острой церебральной ишемии способствует лучшему выживанию нейронов в зоне ишемической полутени и торможению отсроченной гибели нейронов.

На этапе восстановления нейропластические и нейрорегуляторные свойства Цереброкурина® обеспечивают улучшение деятельности нервной системы, увеличение её функциональной активности, что проявляется в выраженном ноотропном эффекте, восстановлении нарушенных функций и нормализации биоэлектрической активности мозга.

Данный эффект обеспечивается несколькими механизмами на разных уровнях: нейрональном, межнейрональных связей и трофическом. На нейрональном уровне действие Цереброкурина® проявляется в увеличении функциональной активности нейронов за счет усиления энергетического потенциала клетки (вследствие увеличения количества митохондрий и повышения их функциональной активности) и усиления белоксинтезирующей функции.

На межнейрональном уровне Цереброкурин® за счет влияния на механизмы нейротрофинной регуляции способствует активации синаптического аппарата нейронов и восстановлению миелиновых оболочек в нейронах, мозаичное разрушение которых

происходит при их гипоксическом поражении. Это обеспечивает улучшение взаимодействия между нейронами и группами нейронов.

Улучшение трофического обеспечения нейронов под воздействием нейропептидов Цереброкурина® обеспечивается повышением функциональной активности глии и вазоактивными эффектами препарата. Повышение функциональной активности глии обеспечивается как за счет улучшения функционального состояния глиальных клеток, так и за счет влияния на активность генов, подобных гену, увеличивающему транспорт глюкозы через ГЭБ.

Также Цереброкурин® обладает эндотелиопротекторным действием, стимулирует процессы ревазуляризации и способствует восстановлению ауторегуляции. Регулирующее действие Цереброкурина® проявляется также в позитивном влиянии на артериальную и венозную церебральную гемодинамику.

Цереброкурин® оказывает регулирующее действие на биоэлектрическую активность мозга. Благоприятные сдвиги в биоэлектрической активности мозга в процессе лечения, с одной стороны, отражают улучшение состояния морфофункциональных систем, генерирующих основные ритмы мозга, с другой стороны, выступают основой для формирования позитивной динамики клинических симптомов.

Дополнительным преимуществом Цереброкурина® являются его гиполипидемическое, гепатопротекторное и анаболическое действие, которые свидетельствуют о комплексном положительном воздействии препарата на организм и расширяют возможности его применения при сопутствующей патологии.

Вышеупомянутые положительные эффекты объясняются органоспецифическим мультимодальным влиянием препарата на мозг, обеспечивая:

- Нейропротекцию и антиоксидантную защиту — защищает нейроны от повреждающего воздействия лактатацидоза, препятствует образованию свободных радикалов, повышает выживаемость и препятствует гибели нейронов в условиях гипоксии/ишемии, снижает нейротоксическое действие глутамата и других возбуждающих аминокислот;
- Нейротрофическую стимуляцию — этот механизм обеспечивает жизнеспособность и дифференцировку нервной клетки, повышает ее устойчивость к повреждению, увеличивает репаративные свойства и функциональные возможности клетки, способствует восстановлению межнейронных связей;
- Метаболическую регуляцию — способствует нормализации обменных процессов как в нейронах, так и в глиальных клетках;
- Функциональную нейромодуляцию и взаимодействие с системами нейропептидов и нейромедиаторов. Оказывает выраженное ноотропное действие, положительно влияет при нарушениях когнитивных функций на процессы запоминания и воспроизведения информации, активизирует процессы умственной деятельности, улучшает настроение, оказывает модулирующий эффект на поведение, регулирующее влияние на биоэлектрическую активность мозга.

Таким образом, Цереброкурин® оказывает комплексное положительное влияние на высшую нервную деятельность, стимулируя развитие восстановительных процессов и улучшая функциональную активность ЦНС. Цереброкурин® снижает смертность в острый период инсульта, препятствует развитию цитотоксического отека мозга, защищает

высокоспециализированные пирамидные клетки гиппокампа, ограничивает образование свободных радикалов после церебральной ишемии, улучшает микроциркуляцию в ткани мозга. В восстановительном периоде способствует реституции нарушенных функций ЦНС, обусловленных как функциональными, так и органическими поражениями головного мозга, обеспечивает выраженный ноотропный эффект с улучшением когнитивных и эмоционально-мнестических функций, расширяет диапазон адаптационно-приспособительных реакций, способствует успешной физической, психической и социальной реабилитации больных с нервными и психическими заболеваниями.

Цереброкурин® оказывает стабилизирующий ноотропный эффект даже при наследственно детерминированных и генетически обусловленных заболеваниях.

Применение препарата Цереброкурин® у детей

Сегодня значительный научно-практический интерес представляет изучение компенсаторных механизмов, влияющих на течение и последствия гипоксии ткани мозга у детей, в том числе определение состояния системы трофической защиты мозга при гипоксических повреждениях головного мозга в неонатальном периоде. В экспериментальных работах подтверждено, что именно баланс в системе трофических и ростовых факторов обеспечивает сохранность ткани мозга в критические периоды, предотвращая повреждающее действие деструктивных агентов.

Цереброкурин® показал хорошие результаты в лечении психоорганических и психических заболеваний ЦНС у детей, сопровождающихся задержкой психоречевого развития, аутизмом, умственной отсталостью (синдром Каннера), алалией, приобретенной афазией.

У новорожденных включение в стандартную терапию умеренной асфиксии новорожденных препарата нейропротекторного действия Цереброкурин® способствует улучшению компенсаторно-приспособительных механизмов энергетического гомеостаза. Кроме того, включение в комплекс лечения препарата Цереброкурин® нормализует возбудимость ЦНС, что проявляется снижением мышечного тонуса в сгибателях верхних и нижних конечностей, тремора, улучшением врожденных рефлексов и уменьшением вегетовисцеральных проявлений.

Применение препарата Цереброкурин® при болезни Дауна

В настоящее время в детской психоневрологии проводится успешная нейропротекторная и нейротрофическая терапия с применением препарата Цереброкурин® болезни Дауна. После проведенного лечения отмечается положительная динамика: в речевой сфере увеличивается речевая активность, словарный запас, появляется фразовая речь. В интеллектуальной сфере улучшается концентрация и устойчивость внимания, зрительная и слуховая память, увеличивается темп мышления, появляется интерес к учебе. Улучшается также и социальная адаптация — появляются навыки самообслуживания и опрятности, интерес к общению со сверстниками. Все вышесказанное обосновывает целесообразность применения препарата Цереброкурин® при трисомии 21-й хромосомы.

Применение препарата Цереброкурин® при перинатальных повреждениях центральной нервной системы у новорожденных

Перинатальные повреждения центральной нервной системы (ППЦНС) у новорожденных остаются одной из актуальных проблем детской неврологии в последние годы в связи

с широкой распространенностью и большим количеством как острых, так и отдаленных клинических и социальных последствий. В структуре детской инвалидности повреждения нервной системы занимают первое место, при этом 70–80% случаев приходится на последствия перинатальных повреждений. Наиболее значимы такие инвалидизирующие осложнения, как тяжелые перивентрикулярные кровоизлияния, перивентрикулярные лейкомаляции, развитие бронхолегочной дисплазии, нарушения зрения и слуха.

У детей с перинатальными поражениями ЦНС и высоким риском инвалидизирующих заболеваний нервной системы после курса лечения Цереброкурином® в период ранней реабилитации показатели гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга сопоставимы с показателями здоровых детей.

Применение препарата Цереброкурин® в лечении ППЦНС у детей позволяет достоверно снизить объем и степень распространенности органического дефекта головного мозга, которое проявляется уменьшением развития кистозной трансформации в очагах ишемии, а также позволяет уменьшить степень дальнейшего развития вентрикуломегалии. На фоне назначения препарата Цереброкурин® уменьшаются проявления вазоспазма у детей с ППЦНС, что выражается снижением скорости кровотока по магистральным сосудам и снижением их тонуса. Препарат также оказывает нормализующее влияние на биоэлектрическую активность головного мозга в виде уменьшения ирритативных явлений, уменьшения патологически повышенной амплитуды ритма.

Применение препарата Цереброкурин® у детей с ППЦНС позволяет уменьшить риск развития церебрального паралича и когнитивных нарушений. Поэтому данное лекарственное средство рекомендуется включать в программу реабилитационных мероприятий у детей с ППЦНС, поскольку его использование обеспечивает высокую клиническую эффективность, безопасность лечения, способствует уменьшению грубых форм церебральных повреждений и улучшению качества жизни маленьких пациентов.

Нейропротекция при острых нарушениях мозгового кровообращения и травмах головного мозга у взрослых

Проведенные клинические исследования показали, что применение препарата Цереброкурин® у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, улучшает общее состояние, увеличивает общую двигательную активность, уменьшает выраженность эмоциональных нарушений, головной боли и головокружения. В неврологической симптоматике отмечается уменьшение мышечного гипертонуса, увеличение мышечной силы и объема движений в паретической конечности, уменьшение анизокории, улучшение выполнения координационных проб. У пациентов с афатическими нарушениями наблюдается улучшение спонтанной, диалоговой, автоматической, повторной речи, появляется способность к переводу текста, увеличивается объем слухоречевой памяти. РЭГ-исследование демонстрирует вазоактивное действие препарата с уменьшением повышенного тонуса артериальных сосудов и нормализацией венозного оттока. Анализ ЭЭГ отражает наиболее четкую положительную динамику в сложной перестройке ритмов мозга независимо от локализации очага поражения в левом доминантном полушарии. При ОНМК в правой гемисфере увеличивается мощность основного α -ритма.

При клинико-лабораторной оценке препарата Цереброкурин® у пациентов с ОНМК отмечается гиполипидемическое действие со снижением концентрации общего холес-

терина, холестерина липопротеидов низкой плотности, уменьшением коэффициента атерогенности.

Клиническая эффективность препарата Цереброкурин® у больных с психическими расстройствами

У больных с психическими расстройствами резидуально-органического генеза на фоне лечения Цереброкурином отмечается значительное улучшение внимания, памяти, общей психомоторной активности. Цереброкурин® показан при психоорганическом синдроме с интеллектуальной недостаточностью, специфических задержках интеллектуального и речевого развития, церебральной астении эндогенного, органического, сосудистого генеза, болезни Альцгеймера, старческом, атеросклеротическом и постинсультном слабоумии, эпилептическом слабоумии, анамнестическом Корсаковском синдроме в рамках интоксикационных и инфекционных психозов, церебральных и астено-депрессивных состояниях, резистентных депрессиях в составе комплексной терапии в комбинации с антидепрессантами.

Клинические исследования показали, что в процессе реабилитации больных с последствиями острых нарушений мозгового кровообращения (инсульт, реабилитация постинсультных больных, посттравматические энцефалопатии) на фоне приема препарата Цереброкурин® происходит быстрое восстановление нарушенных функций, улучшение поведенческой, профессиональной и социальной адаптации.

Клиническая эффективность препарата Цереброкурин® у больных с ЧМТ

На фоне применения препарата Цереброкурин® у больных с тяжелой ЧМТ отмечается существенное уменьшение количества внутричерепных кровоизлияний по данным МРТ на 5–10-й день лечения, а также значительное уменьшение перифокальной зоны отека вокруг геморагических очагов, сдавления и смещения желудочковой системы и срединных структур мозга на 3–5-й день от начала терапии. Уменьшается размер очагов ушиба мозга как с геморагическим компонентом, так и без него. Отмечено быстрое улучшение общего состояния, уменьшение неврологического дефицита. Максимальный ЭЭГ-эффект на фоне применения препарата Цереброкурин® зафиксировано на уровне регуляторных мозговых систем, которые изначально отличаются наибольшей степенью дисфункции.

Полученные положительные результаты применения препарата Цереброкурин® при ишемическом инсульте и ЧМТ свидетельствуют о высокой эффективности этого комплекса нейропептидов в лечении острых повреждений ткани головного мозга.

При острой церебральной патологии эффективность препарата Цереброкурин® зависит также и от сроков ввода, что подтверждает необходимость как можно более раннего назначения нейропептидов, т.е. в первые 3 часа с момента заболевания. Раннее назначение нейропептидов значительно улучшает метаболизм мозговой ткани, уменьшает энергетический дисбаланс, восстанавливает функционирование нейронов и повышает их устойчивость к повреждению. Адекватная доза Цереброкурина® обеспечивает активацию энергопродуцирующей и белоксинтезирующей функции нервных клеток с повышением активности синаптического аппарата нейронов диэнцефального уровня, таламо-гипоталамической области мозга.

Эффективность препарата Цереброкурин® также определяется качеством оказания медицинской помощи. В тех случаях, когда больному, начиная с догоспитального этапа, проводится адекватная гемодинамическая и респираторная поддержка, эффект лечения нейропептидами значительно лучше.

Схема применения препарата Цереброкурин®

Цереброкурин® вводят внутримышечно.

В педиатрической практике Цереброкурин® применяют:

с первых дней жизни и до 6-месячного возраста по 0,5 мл через день, на курс лечения 3–5 инъекций,

от 6 месяцев до 1 года — по 0,5 мл через день, на курс лечения — 10 инъекций,

1–3 года — по 1–2 мл через день, курс лечения — 10 инъекций (в условиях стационара),

3 года и более — 2 мл через день, курс — 10–20 инъекций.

Рекомендуемые повторные курсы лечения (2–4) через 1–3 месяца.

Взрослым препарат назначают по 2 мл ежедневно. Минимальный курс лечения составляет 10 инъекций (20 мл). Больные с тяжелыми органическими поражениями головного мозга, болезнью Альцгеймера требуют более длительного лечения: курс может увеличиваться до 40 инъекций, повторные курсы рекомендуется проводить 2–3 раза в год.

Выводы

Целью любого лечения является улучшение состояния пациента, улучшение качества жизни и снижение риска развития инвалидизирующих последствий. Данные, полученные в ходе открытых длительных клинических исследований, свидетельствуют о том, что комплексная терапия с назначением препарата Цереброкурин® улучшает социальную адаптацию детей с синдромом Дауна, улучшает обучение при задержке психического развития. У детей с моторной афазией после курса лечения препаратом Цереброкурин® повышается концентрация внимания и речевая активность, оптимизируется самостоятельное вещание, понимание речи, фонематический анализ, а также уменьшается количество парафраз. При моторной алалии применение препарата способствует увеличению словарного запаса, повышению речевой активности, улучшению концентрации внимания. При дизартрии у детей в результате лечения отмечается улучшение артикуляции звуков, уменьшение кинетической диспраксии, увеличение скорости артикуляционных движений и темпа дифференцированных движений мышц кончика языка, уменьшение инертности и искажения слоговой структуры слова (пропуски, персеверации), уменьшение дистонических явлений мышц языка. Во время курса лечения Цереброкурином® у детей с церебральным параличом улучшается психофизическое состояние, повышается эмоциональный статус и двигательная активность. Причем указанный эффект устойчив, отмечается не в конце лечения, а во время его — с 4–6-й инъекции. При перинатальных повреждениях головного мозга после курса лечения с включением препарата Цереброкурин® показатели гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга сопоставимы с показателями у здоровых детей, уменьшается риск развития церебральных и когнитивных нарушений на 50% по сравнению с другими методами лечения.

ДЕЛЬТАЛИЦИН

Состав и форма выпуска

ДЕЛЬТАЛИЦИН — синтетический нонапептид, структурно соответствующий своему эндогенному аналогу. Дельталицин — смесь синтетического эндогенного нонапептида, называемого дельта-сон индуцирующим пептидом (1 весовая часть), и аминокислоты глицина (10 весовых частей). Дельта-сон индуцирующий пептид имеет следующую аминокислотную последовательность: триптофанил-аланил-глицил-глицил-аспартил-аланил-серил-глицил-глутаминовая кислота. Дельталицин выпускается в виде ампул с лиофилизированным порошком или пористой массой белого цвета без запаха, хорошо растворим в воде. В ампуле содержится 0,3 мг дельта-сон индуцирующего пептида и 3 мг глицина. Препарат предназначен для интраназального применения.

ДЕЛЬТАЛИЦИН перед употреблением разводится кипячёной водой комнатной температуры в количестве ≈ 1 мл, а затем закапывается по одной-две капли в среднюю часть носа, в зону разветвления окончаний обонятельного нерва, как известно, не имеющего синапсов на пути в ЦНС, с интервалом 10–20 минут.

После интраназального введения препарат достигает таламических ядер через 1,5–2 минуты. Стабилизирующий эффект развивается, в зависимости от уровня эндогенных пептидов, в течение от 3 минут до 1,5 часа.

ИСТОРИЧЕСКИЕ И КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ

История возникновения препарата, имеющего фармакологическое название “Дельталицин”, началась в 1977 году, когда группе швейцарских учёных, исследовавших одно из наиболее загадочных явлений человеческой психики — сон, в опытах с перекрестным кровообращением кроликов удалось выделить биоактивный субстрат, влияющий на формирование дельта-фазы сна.

Но исторические корни этой находки восходят к 40-м годам нашего столетия, а точнее, к 1941 году, когда впервые Croxatto H. R. et Croxatto R. был зафиксирован совершенно новый класс биологически активных субстратов. Неожиданно, в разрез с бытовавшими тогда представлениями, в опытах *in vitro* оказалось, что фрагменты крупных биоактивных белковых молекул с изученными свойствами обладают совершенно самостоятельными эффектами. Этот факт в то время никак не мог быть интерпретирован. Но открытие повлекло за собой волну исследовательских работ. Многие и многие годы исследовательской и экспериментальной работы учёных разных стран по изучению биологической активности пептидов и их фрагментов привели к совершенно новому осмыслению регуляции систем поддержания гомеостаза в организме. Было установлено, что биоактивные пептиды являются медиаторами большинства регуляторных систем. Несколько тысяч веществ, участвующих в передаче сигнала в нервной, иммунной, эндокринной, параэндокринной и других жизненно важных структурах, были выделены и охарактеризованы. Как оказалось, многие из этих веществ получают в организме вследствие действия трипсиноподобных энзимов и затем секретируются клеткой. Большинство из них в дальнейшем реагирует со специфическими рецепторами клетки-мишени, вызывая каскад реакций внутри клетки. Биологическая функция этой группы веществ была изучена и в последующем описана в целом ряде обзоров и монографий.

Особого внимания в этом ряду заслуживают так называемые нейротрофические факторы (НТФ) как в связи с их ролью в организме, так и в связи с предметом нашего разговора (DSIP). В эмбриогенезе и постнатальном периоде НТФ участвуют в дифференцировке, созревании и поддержании выживаемости клеток периферической и центральной нервной системы. НТФ участвуют в создании citoархитектуры нервной ткани, в формировании фенотипа клеток, а также в супрессии программированной нейрональной гибели. Во взрослом организме НТФ отвечают за дифференциацию, пластичность, выживаемость клеток нервной ткани, участвуют в репарации нарушений, вызванных повреждением мозга и периферической нервной системы, а также нейродегенеративными заболеваниями. Показано также, что фактор роста нервов играет важную роль во взаимодействии иммунной и эндокринной систем. По мнению Леви-Монтальчини, в этих взаимоотношениях НТФ играют роль "сторожевой" молекулы, способной включить как локальные, так и системные процессы защиты в ответ на повреждающие воздействия. НТФ модулируют нейро-иммунно-эндокринные функции, жизненно важные для поддержания гомеостаза. Было обнаружено, что целый ряд веществ вызывает индукцию и усиление синтеза полипептидных цепочек НТФ, в том числе и простые цепочки аминокислот — олигопептиды.

Но, как оказалось, далеко не все биологически активные пептидные фрагменты — олигопептиды действуют по схеме молекула — клетка — мишень. На сегодняшний день таких пептидов выделено более 300. Но до 1993 года серьёзного исследования их структуры и функционального места не велось. Оказалось, что как их структура, так и свойства высоко тканеспецифичны. Молекулярные механизмы действия этих веществ до сих пор неизвестны. Но их биологические эффекты позволили выстроить новую схему регуляции гомеостаза. Предполагается, что их биологическая роль заключается как в поддержании гомеостаза отдельной клетки, предупреждая её "случайную" альтерацию, так и в регуляции гомеостаза на уровне целого организма, что будет показано ниже на примере реализации действия DSIP. При этом пептидергическая система филогенетически является более древней, чем нервная или эндокринная, так как подобные механизмы, по-видимому, поддерживают гомеостаз и одноклеточных организмов. На уровне же многоклеточного организма их действие может быть как клеточным, так и тканевым или системным, в зависимости от ситуации.

К подобной же группе жизненно важных олигопептидов с невыясненным до конца молекулярным механизмом действия относится и DSIP, открытый, как уже было упомянуто выше, в 1977 году.

DSIP, БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ

Итак, исходя из гипотезы, что инициация, глубина и продолжительность стадий сна могут быть объяснены только наличием адекватного по сложности механизма, группа Шоненберг-Монье предприняла в 60-е годы серию системных исследований для определения фактора сна. В опытах по перекрёстному кровообращению на кроликах они обнаружили, что при низкочастотной электростимуляции интраламнарных ядер таламуса донора увеличивается общая продолжительность дельта-волн на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) как у донора, так и у реципиента, а высокочастотная стимуляция вызывает аналогичное уменьшение продолжительности дельта-волн. Авторы предположили, что

существует некое вещество сна, а в 1977 году этой группой был выделен и охарактеризован нонапептид Трп-Ала-Гли-Гли-Асп-Ала-Сер-Гли-Глу, который был назван дельта-сон индуцирующим протеином (DSIP).

Интенсивное изучение этого вещества, предпринятое в последующие годы различными исследовательскими группами, показало, что DSIP в свободном и связанном виде присутствует в ряде структур ЦНС, а также в различных периферических органах, тканях и жидких средах организма. DSIP способен уменьшать локомоторную активность, влияет на процессы терморегуляции, циркадные ритмы, на нейрональные электрофизиологические реакции в разных отделах мозга. Он вызывает налоксон-зависимую анальгезию, уменьшает клинические проявления алкогольной и опиатной зависимости, существенно повышает сопротивляемость различным видам стресса. Показано его влияние на освобождение питуитарных гормонов, а также мощный стимулирующий налоксон-зависимый эффект на высвобождение метионин-энкефалинов в мозге.

Одной из наиболее впечатляющих черт его мультифункционального физиологического действия является ярко выраженная стресспротективная и адаптогенная активность. Так, введённый в дозе 100–200 мкг/кг в периферическую кровь в эксперименте он существенно увеличивает выживаемость животных при остром стрессе и предупреждает кардиоваскулярные расстройства, влияя на транспорт ионов Са в саркоплазматическом ретикулуме. Также отмечены его явные антиметастатические, онкопротекторные свойства, способность уменьшать тяжесть побочных эффектов при химио- и радиотерапии. Большой клинический интерес представляет его антиэпилептическая активность, наряду со способностью уменьшать тяжесть и длительность абстинентного синдрома разной этиологии, снижать проявления “тяги” при лечении алкогольной и наркотической зависимости, нивелировать проявления депрессии различного генеза.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ DSIP В ОРГАНИЗМЕ

При помощи радиоиммунохимических и иммуногистологических исследований, проведённых рядом как зарубежных, так и отечественных авторов, выявлено распределение DSIP по органам и тканям различных видов животных и человека.

По данным разных авторов, наибольшее количество DSIP обнаружено в таламусе и несколько меньшее в гиппокампе и гипоталамусе. Область наиболее вероятной локализации DSIP: нейроны роstralно-хвостового нерва (связывающего важнейшую обонятельную часть коры головного мозга с боковой частью гипоталамуса), нейроны основного нервного узла, миндалина, перегородка и таламус. Пептид присутствует в таких важных сенсорных системах, как зрительная, обонятельная и осязательная, а также в отделах мозга, связанных с внутренними органами. DSIP, вероятно, синтезируется в клетках мозга и активно транспортируется.

Наличие DSIP обнаружено в мембранной фракции, выделенной из мозга крыс. Было показано также стимулирование выделения DSIP в условиях деполяризации в эксперименте, причём уровень выделения DSIP не зависел от изменения уровня ионов Са в среде, что предполагает существенно иной механизм секреции, чем у уже существующих нейромедиаторов и нейротрансмиттеров. Показано наличие в мозге мембранно-связанной аминоклотидазы, которая отщепляет N-концевой триптофан от молекулы DSIP.

Обнаружено наличие биосинтеза DSIP в надпочечниках. Исследование показало также наличие DSIP-иммунореактивных клеток в передней части гипоталамуса и центральной околожелудочковой зоне, что позволяет предположить, что DSIP участвует в нейрогормональной регуляции. Предполагается также, что он может играть роль нейромодулятора, контролирующего зрение и ориентацию животных.

Обнаружен высокий уровень DSIP в почках, селезёнке, ЖКТ, поджелудочной железе.

В плазме крови DSIP обнаружен как в свободном, так и в связанном состоянии. По данным некоторых авторов, 70–90% DSIP существует в плазме в виде связанных форм. По-видимому, связанная форма DSIP представляет собой как бы физиологический резервуар, из которого впоследствии освобождается свободный пептид.

Изучение циркадных ритмов содержания DSIP показало, что у человека оно максимально в вечернее время. У крыс пики наблюдаются при переходе от светлого времени к тёмному с образованием седловины на уровне тёмного времени. У человека же седловина определяется перед полуднем. У крыс также выявлены сезонные колебания уровня DSIP.

В ликворе выявлен в основном свободный DSIP, что, по-видимому, связано с недостатком в ликворе связующих белков.

Присутствие обеих форм DSIP отмечено в молоке. При этом в молозиве выявлен существенно более высокий уровень содержания DSIP, примерно в 6 раз. DSIP у новорожденных детей, по-видимому, всасывается в ЖКТ, а затем проникает через гематоэнцефалический барьер.

Хроническое применение алкоголя приводит к уменьшению содержания DSIP в мозге крыс в сравнении с животными, которые отказывались употреблять этанол. Аналогичные особенности сохраняются и у людей.

Уровень DSIP в плазме крови у больных бессонницей был понижен. После внутривенных инъекций пептида сон нормализовался.

Уровень DSIP в спинномозговой жидкости шизофреников снижен до 80%, а у людей, страдающих депрессией, до 85%. По данным некоторых авторов, снижение происходит до уровня 50–56%.

Показано, что DSIP и его аналоги при системном введении влияют на процессы в ЦНС. Так, внутривенное введение DSIP млекопитающим вызывало изменение активности ЭЭГ, нормализацию сна при бессоннице, изменение температуры тела, двигательной активности, процессов запоминания, модуляцию циклов сна.

DSIP проникает через ГЭБ в обе стороны, но при низкой концентрации DSIP этот процесс ингибируется, что нехарактерно для других нейропептидов. Скорость проникновения в различные структуры мозга зависит от способа введения пептида.

СТРЕССПРОТЕКТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ DSIP И МЕХАНИЗМЫ ЕЁ РЕАЛИЗАЦИИ

Одной из наиболее впечатляющих черт его мультифункционального физиологического действия является ярко выраженная стресспротективная и адаптогенная активность.

Стресс — общий адаптационный синдром — уже более 50 лет назад выявлен, как универсальная реакция организма на повреждение или угрозу такого повреждения.

Являясь необходимым механизмом адаптации и выживания организма, стресс обеспечивает мобилизацию комплекса реакций, обеспечивающих выживание организма в экстремальных условиях. Однако эта физиологическая реакция влечёт за собой целый спектр повреждений, являющихся своеобразной платой за каждый акт мобилизации ресурсов.

Нейроэндокринные, метаболические и иммунные нарушения, сердечно-сосудистые и другие расстройства подробно описаны в многочисленных публикациях на эту тему (Меерсон, Селье, Дильман и т. д.). Экспериментальные и клинические данные свидетельствуют о наличии прямого поражения целого ряда подкорковых ядер головного мозга вследствие стресса.

Этот факт представляется крайне важным, т. к. за последние годы наши представления о механизмах реализации как стрессорной реакции, так и дистресса существенно углубились. Классические представления о роли гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС) дополнились знаниями о том, что глюкокортикоидная секреция главным образом регулируется избранной популяцией нейросекреторных нейронов в паравентрикулярном ядре гипоталамуса. Имеются также неоспоримые данные о роли *amygdala* в осуществлении поведенческого и кардиоваскулярного ответа на стресс. Как оказалось, ядра полосатого тела также влияют на ГГНС, связывая воедино миндалевидное тело, гиппокамп с системами мозга, контролирующими витальные гомеостатические функции. Определённую роль в регуляции имеют также глутамат-содержащие нейроны. Все вышеописанные структуры, как правило, стимулируют ГГНС-ответ на стресс-стимул.

Тормозящие же влияния (помимо прямого тормозящего эффекта секретированных глюкокортикоидов) исходят из гиппокампа, префронтальной коры и боковых отделов перегородки. При этом тормозящие нейроны чаще всего оказываются ГАМК-содержащими.

Соответственно, понятно, что повреждение регуляторных структур влечёт за собой неадекватность стрессорного ответа: либо его истощение, порой несовместимое с выживанием, либо переход в дистресс. Сегодня же базисным является представление о роли стресс-дистресс реакций в патогенезе любых, как острых, так и хронических заболеваний.

Почему же происходит гибель нейронов при стрессе, ведь их нормальная работа столь жизненно важна для организма? И что же происходит с биохимическими процессами и мембранными структурами клеток, в том числе и нейрональных, в ответ на действие стрессорного агента?

“Катехоламиновое возбуждение” приводит к стимуляции тканевого дыхания в митохондриях. Было показано, что гексокиназа (ГК) — ключевой фермент утилизации глюкозы в мозгу — имеет характерную особенность: переменную внутриклеточную локализацию. В норме 90% общей клеточной активности ГК связано с митохондриями, при стрессе же доля митохондриальной ГК снижается на 10% и более. Разобщается окисление и фосфорилирование, активируется сукцинатдегидрогеназа, окисляющая янтарную кислоту, и интенсифицируются метаболические пути, обеспечивающие приток янтарной кислоты в цикл трикарбонных кислот. Это повышает мощность энергообеспечения, но вызывает и состояние “гипервосстановленности”. При этом создаются условия для генерации избыточного количества супероксидных радикалов. Активация катехоламинами липаз приводит к увеличению пула свободных жирных кислот. Эти два обстоятельства, в сочетании

с повышенным входением Ca^{2+} в клетку, создают условия для активации перекисного окисления липидов Са-зависимыми ферментами.

Увеличение количества свободных радикалов может происходить также вследствие изменений в распределении МАО-А и МАО-В. МАО-А в норме содержится в митохондриях клеток мозга, при стрессе её активность снижается, она появляется в цитоплазме и её цитоплазматическая составляющая становится примерно равна митохондриальной, вследствие чего резко увеличивается объём катализируемых этим ферментом реакций, что способствует увеличению перекисных остатков.

Источником активированного кислорода в тканях может быть также процесс окисления имеющегося при стрессе избытка адреналина в адренохром, а также образование флаво- и убисемихинонов.

Поскольку супероксидные радикалы являются нормальными метаболитами живой клетки, утилизирующей кислород в процессах обмена, то для поддержания стационарной концентрации перекисных радикалов существуют защитные ферменты семейства супероксиддисмутаз (СОД). При исследовании содержания СОД в клетках разных тканей при стрессе было обнаружено падение её содержания и активности в разные, но определённые сроки после воздействия стрессорного фактора, зависящее как от типа исследуемой ткани, так и от природы стрессорного агента. Поэтому ПОЛ, обусловленное увеличением количества перекисных радикалов, свободных жирных кислот и Са-зависимых ферментов, не встречает адекватного ограничения.

Интенсификация процессов ПОЛ неизбежно приводит к деформации, деструктуризации мембран митохондрий, в результате чего меняется как их ионная проницаемость, так и ухудшается связь с мембранно-связанными ферментами (МАО, ГК, креатинфосфокиназа и др.). Меняется также мембранная структура и самих клеток. На изменение мембранной структуры реагируют скэвенджер-рецепторы микроглии. Активизация микроглии приводит к развитию классического каскада воспалительных реакций, которые, протекая в важнейших мозговых структурах, приводят к разнообразным нейродегенеративным изменениям, в том числе и к непосредственной гибели нейронов вследствие апоптоза.

Поражённая в процессе стрессорной реакции ЦНС теряет согласованность в осуществлении комплекса реакций, необходимых для выживания организма, что приводит к трудно корригируемым нарушениям гомеостаза вплоть до полиорганной недостаточности в результате сильного стресса (травма, инфекционный процесс и т. д.).

Накопленные в последние годы данные указывают на то, что вызванная стрессами нейродегенерация является одним из основных механизмов формирования комплекса признаков старения организма.

Какова же роль DSIP во всех этих процессах? Как было упомянуто выше, его стресс-протекторные эффекты изучались на протяжении многих лет. В эксперименте было выявлено его предотвращающее кардиоваскулярные расстройства действие, улучшение адаптации к холоду, гипокинетическому стрессу и др. Но за счёт чего?

В литературе преобладает точка зрения, что его модулирующее, улучшающее скорординированность всех функциональных звеньев ЦНС влияние реализуется через классические нейромедиаторные системы: адренергические, серотонин- и ГАМК-ергические. Так, в работе Менджеричко, 1990, было показано увеличение содержания ГАМК в структурах мозга после системного введения DSIP. С помощью радиоиммунного анализа было

выяснено, что DSIP-подобные субстанции содержатся внутриклеточно, главным образом в митохондриях, и показано проникновение DSIP через гематоэнцефалический барьер.

В работе, осуществлённой НИИ мозга ВНЦ психического здоровья АМН СССР, Института биоорганической химии АН СССР и Горьковского мединститута (Хватова, Доведова, Михалёва, 1987), было показано его выраженное влияние на активность и внутриклеточное распределение ферментов МАО-А, МАО-Б и ГК в условиях острого стресса. Введение DSIP приводило к выраженному уменьшению падения активности МАО-А в митохондриях, повышая её активность в сравнении с контролем в 2–4 раза. Уменьшалась также наблюдаемая при стрессе активация МАО-Б.

Изменения в показателях окислительного фосфорилирования в митохондриях при гипоксическом стрессе существенно проявляются в снижении скорости фосфорилирования АДР и некотором понижении в скорости фосфорилирующего дыхания. Предварительное введение DSIP полностью предупреждает изменение этих показателей.

В условиях гипоксического стресса выявлено существенное изменение в уровне содержания адениновых нуклеотидов. Достоверно снижается концентрация АДР и АТР при одновременном повышении содержания АМР. В системе гуаниновых нуклеотидов отмечено резкое снижение концентрации ГТР (на 79%) при одновременном нарастании количества ГДР. После предварительного введения DSIP концентрация АДР и АТР у гипоксических животных выравнивается и приближается к исходному уровню, количество же АМР меняется мало. Заметные изменения происходят в содержании ГТР, его количество увеличивается, хотя окончательный уровень ещё остаётся ниже, чем у интактных животных.

Исследование активности ГК показало, что DSIP препятствует стрессорным изменениям распределения и активности ГК. Введение DSIP при стрессорном состоянии полностью предотвращает выход ГК из митохондрий. Если при стрессе способность митохондриальной мембраны связывать ГК падает в 3 раза, то на фоне предварительного введения DSIP она сохраняется на уровне нормы. Эти данные свидетельствуют о прямом защитном влиянии введённого DSIP на митохондрии тканей головного мозга.

В этой же работе было изучено изменение содержания серотонина в мозгу при стрессе, у интактных животных и после введения DSIP. Оказалось, что при гипоксическом стрессе уровень серотонина в мозге возрастает в 1,5 раза; введение же DSIP снижает его содержание при стрессе практически до нормы.

Оказалось также, что в условиях гипоксического стресса введение DSIP предупреждает возрастание уровня глюкозы в крови (увеличивается в 2 раза у подвергнутых стрессу животных), доводя его практически до нормы, и не влияет на содержание глюкозы в крови интактных животных.

Детали биохимического действия DSIP привлекают столь пристальное внимание, поскольку в понимании его места и роли в эндогенной регуляции стрессорного ответа организма во всём многообразии механизмов и взаимосвязей и лежат представления о его возможном клиническом применении при целом спектре патологических процессов и просто в условиях как физического, так и психоэмоционального, интеллектуального перенапряжения.

При этом хочется ещё раз подчеркнуть, что DSIP является исключительно эндогенным веществом. Поэтому и созданный на его основе препарат ДЕЛЬТАЛИЦИН, по своему

биологическому и биохимическому смыслу являющийся его структурным аналогом, не есть чужеродное человеческому организму вещество. Эта структура присутствует как в организме каждого из нас, так и в организмах позвоночных и др. животных. Молекула филогенетически консервативная, невидоспецифична и, в силу этого, не может нести в себе аллергенной информации. К тому же цепочка аминокислот в ней столь коротка, что даже получение антител к ней для проведения экспериментальных работ представляет собой весьма трудо- и наукоёмкий процесс, сам по себе являющийся научным достижением.

Добавляя извне DSIP в организм, мы восполняем дефицит, абсолютный или функциональный, данного субстрата, позволяя управляющим нейронам работать максимально адекватно в условиях стресса любого генеза.

ДЕЛЬТАЛИЦИН не тонизирует нервную систему, но и не является седативным препаратом. Он всего лишь (!!!) оптимизирует функционирование ЦНС в сложных условиях напряжения или перенапряжения.

СОМНОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ ДЕЛЬТАЛИЦИНА

Несмотря на то, что DSIP был открыт именно как пептид, вызывающий у кроликов дельта-сон, его первичная сомногенная функция долго оставалась под сомнением, так как полученные в эксперименте результаты оказались весьма противоречивы. При этом ни системное введение пептида, ни непосредственное его введение в желудочки мозга не показали его влияния на продолжительность и фазы сна.

Однако дальнейшие исследования как его распределения, так и функции в организме позволили предположить, что введённый извне эндогенный субстрат очень быстро разрушается эндогенными пептидазами. Оказалось, что выявленный короткий период его полужизни в организме, не превышающий нескольких минут, обусловлен воздействием специфической аминокептидазы.

Лишь создание модифицированных молекул DSIP повышает их устойчивость к аминокептидазам и в эксперименте даёт выраженный сомногенный эффект, зависящий как от способа введения, так и от способа защиты конечных молекул. Эффект длится на протяжении первых 8 часов введения в эксперименте.

Эти результаты позволили предположить, что при введении модифицированного и эндогенного DSIP возможны три варианта событий:

- 1) реализация сомногенного действия;
- 2) агрегация/образование комплекса с защитным белком-носителем;
- 3) деградация под влиянием протеаз.

Так как для частично защищённых аналогов возможно разрушение под действием карбоксипептидаз, то их деградация всё же наступает, но существенно позднее, что и обуславливает появление выраженного сомногенного эффекта в эксперименте.

Природа влияния DSIP на сон полностью пока не изучена. Имеются данные о воздействии DSIP на серотонинергическую и ГАМК-эргическую передачи в головном мозге. Кроме того, было показано участие эндогенного DSIP в регуляции целого ряда пептидных гормонов: подавлении выброса тиреотропина, кортикотропина, соматолиберина, стимуляции лютеинизирующего гормона, соматолиберина и гормона роста. Известно, что ГАМК является "медиатором медленного сна" (Steriade M., 1992). Соматолиберин обладает способностью увеличивать парадоксальный и отчасти медленный сон. Таким образом,

метаболически устойчивые аналоги DSIP могут осуществлять своё действие путём модуляции выброса вышеперечисленных медиаторов и гормонов, имитируя модуляторную и рилизинговую/ингибирующую функцию эндогенного DSIP.

Применение препарата ДЕЛЬТАЛИЦИН показало полную справедливость экспериментальных данных. Абсолютно во всех работах по клиническому использованию препарата ДЕЛЬТАЛИЦИН первым ярким и устойчивым эффектом являлся его сомногенный эффект. Как уже было сказано, у людей, страдающих бессонницей и иными нарушениями ритма и продолжительности сна, уровень собственного DSIP резко снижен, поэтому введение экзогенного аналога вызывает нормализацию процесса. При этом, как и всегда, нормализующий эффект проявляется лишь на фоне нарушений, и яркость его тем больше, чем выше исходный уровень патологических сдвигов. У людей без нарушений сна ДЕЛЬТАЛИЦИН не влияет на нормальный ритм труда и отдыха, лишь повышая выносливость и работоспособность при необходимости бодрствования в стандартное для сна время.

Сомногенный эффект проявляется на 1–2 сутки интраназального применения в дозе 3–6 мг в сутки. Препарат может широко использоваться в амбулаторной практике для коррекции вышеуказанных нарушений.

ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ

Стресс оказывает повреждающее действие на ион-транспортирующие системы миокарда: Na⁺, K-АТФазы сарколеммы и Са-АТФазы саркоплазматического ретикулума в результате активации ПОЛ. При этом было показано, что, кроме ранее упомянутых эффектов, резко снижается (на 22%) активность каталазы, одного из ферментов-защитников миокардиальной клетки при повышении ПОЛ. Уровень её снижения хорошо коррелирует с нарушениями эффективности Са-транспортных систем. Скорость транспорта Са резко снижается при стрессе. При этом добавление экзогенного Са приводит к дополнительному 30% ингибированию этого процесса, что говорит о снижении способности саркоплазматического ретикулума удалять Са из миоплазмы именно тогда, когда это особенно необходимо. Это, в свою очередь, приводит к ещё большему ингибированию Са-насоса, т. е. образуется т. н. “порочный круг”.

DSIP нормализует практически все звенья реализации стресс-ответа организма, в связи с чем стабилизирующе действует как на сократительную функцию миокарда, так и на электрическую активность, предупреждая возникновение фатальных нарушений ритма.

ДЕЛЬТАЛИЦИН В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Применение DSIP при **нейрорборрелиозе** приводило к исчезновению жалоб на повышенную раздражительность, потливость, головную боль, нарушения сна. Отмечалось и улучшение нарушенного интеллектуально-мнестического статуса, рефлексорных нарушений, исчезли патологические феномены, выравнился рефлексорный фон. Несколько медленнее восстанавливалась чувствительность. Дольше всего сохранялись атактические расстройства. По данным ЭЭГ отмечалось восстановление биоэлектрической активности головного мозга. Изучение иммунологического статуса показало: на фоне купирования клинических проявлений заболевания увеличивалась сенсibilизация лимфоцитов к нейроткани, однако через 3–6 месяцев регистрировалось столь достоверное снижение

уровня сенсбилизации лимфоцитов, что это, безусловно, свидетельствовало о прекращении деструктивных процессов в ЦНС.

При терапии больных с **рассеянным склерозом** отмечалась положительная динамика интеллектуально-мнестических расстройств. Наибольший регресс как объективной, так и субъективной симптоматики наблюдался у пациентов с синдромом вегетативной дистонии и НЦД по гипотоническому типу.

Положительная клиническая динамика проявлялась снижением мышечного тонуса, расширением объёма движений, нарастанием мышечной силы. При топографическом картировании определялось чёткое нарастание амплитуды альфа-потенциалов, в процессе лечения наблюдалось перемещение фокуса тета- и дельта-активности из передних отделов мозга в задние отделы (заднемозговая ассоциативная зона). Этот характер перестроек биоактивности мозга свидетельствует как о безусловном позитивном влиянии препарата, так и об участии в процессах компенсации заднемозговой ассоциативной зоны мозга, обеспечивающей, по-видимому, параллельный канал переработки моторной афферентации.

У больных с **тяжёлой черепно-мозговой травмой** применение DSIP способствовало снижению смертности и более полному восстановлению неврологических функций.

У ДЕТЕЙ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Включение в комплекс реабилитационных мероприятий Дельталицина позволило повысить их эффективность, увеличить концентрацию внимания, уменьшить расторможенность, уменьшило интеллектуальное недоразвитие, проявление двигательных нарушений, улучшило когнитивные функции и тем самым — качество жизни ребенка и уровень его социальной адаптации.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕЛЬТАЛИЦИНА ПРИ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ

Поскольку действие экстремальных факторов приводит неизбежно к каскаду реакций стресс-ответа организма с последующим их истощением и развитием дистресса, понятным является желание найти способы и средства для коррекции этих нарушений. При применении DSIP нормализовался сон, достоверно уменьшилось количество жалоб на головную боль, наступало улучшение психоэмоционального состояния, уменьшался уровень тревожности и беспокойства, улучшались когнитивные функции (память, запоминание).

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ДЕЛЬТАЛИЦИН ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ НА ФОНЕ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ НЕОНАТАЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ

При применении препарата у беременных женщин, активно принимающих героин, при отказе от наркотика быстро купируются симптомы синдрома отмены. Обращает на себя внимание тот факт, что все новорожденные родились в удовлетворительном состоянии, с лучшими показателями веса. При оценке по шкале Фенниган неонатальный абстинентный синдром или не возникал, или протекал в легкой форме, не требующей соответствующего лечения. Послеродовый период протекал без осложнений. Причем, чем раньше до родов проводилось лечение, тем лучше состояние женщины и исход.

Побочных эффектов и осложнений при лечении препаратом беременных женщин, активно принимающих героин, не выявлено.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕЛЬТАЛИЦИНА ПРИ ДРУГИХ ВИДАХ ПАТОЛОГИИ

Применение препарата у детей с ожогами позволило достичь улучшения со стороны психо-эмоциональной сферы: улучшился сон, аппетит, мягче стали проявления астенического синдрома, уменьшился страх перед перевязками. Достоверно более быстрыми темпами шёл процесс заживления и приживления трансплантата. Не столь ярко были проявления депрессивного состояния после окончания лечения.

ВЫВОДЫ

Учитывая все вышеизложенные биологические эффекты DSIP, вполне резонно предположить, что применение Дельталицина является осмысленным и необходимым всюду, где имеется напряжение или перенапряжение регулирующих гомеостаз систем. Благодаря позитивному влиянию на функциональную активность управляющих нейронов Дельталицин стабилизирует их действие и позволяет максимально повысить адекватность регуляции, особенно в случаях крайне тяжёлых патологических процессов, вовлекающих в болезненный синдром широкий спектр систем поддержания жизнедеятельности.

Дельталицин обладает высокой эффективностью при заболеваниях нервной системы за счет своего стресспротективного и адаптогенного действия, увеличивает устойчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов, нормализует сон и эмоциональное состояние, обладает антидепрессивным и противосудорожным действием, снимает тревожность, уменьшает проявления астенического синдрома, проявляет антитоксические свойства, повышает умственную и физическую работоспособность, ограничивает вегетативные расстройства и кардиоваскулярные нарушения.

Дополнительным преимуществом Дельталицина для детской (особенно амбулаторной) практики является удобный способ применения препарата — интраназально.

ИНСТРУКЦИЯ
по медицинскому применению препарата

ЦЕРЕБРОКУРИН®
(CEREBROCURIN)

Состав:

действующее вещество: 1 мл раствора содержит 2 мг Цереброкурина (активных нейропептидов, полученных из мозга эмбрионов крупного рогатого скота);
вспомогательные вещества: натрия хлорид, вода для инъекций, хинозол.

Лекарственная форма. Раствор для инъекций.

Фармакотерапевтическая группа. Психостимулирующие и ноотропные средства.

Код АТС N06B X.

Клинические характеристики

Показания

Заболевания, характеризующиеся нарушениями функций центральной нервной системы, в частности различные формы нейрциркуляторной дистонии, хронические ишемические дисциркуляторные и посттравматические энцефалопатии, остаточные явления острого нарушения мозгового кровообращения.

В качестве вспомогательного средства — после перенесенных нейрохирургических реконструктивных операций на магистральных сосудах головы, при болезни Альцгеймера, синдроме Бинсвангера (ишемический перивентрикулярный ариолизм), при синдроме хронической усталости и старческом слабоумии сосудистого генеза; при деменции смешанных форм, интеллектуальных динамических нарушениях, психоорганическом синдроме с интеллектуальной недостаточностью; последствиях энцефалита; болезни Дауна, синдромах Ретта и Мартина-Белла.

В офтальмологической практике — синильная макулодистрофия (сухая и влажная формы), высокая осложненная близорукость, состояния после отслойки сетчатки; частичная атрофия зрительного нерва, посттравматическая макулодистрофия; центральная серозная хориоретинопатия, непролиферативная диабетическая ретинопатия без выраженного отека макулярной области, глаукома с компенсированным внутриглазным давлением.

В педиатрической практике — при задержке психического развития и речи у детей, врожденной алалии и дислексии, последствиях инсульта с афазией, церебральном параличе с психоречевой задержкой (нетяжелой степени), апаллическом (декортикационном) синдроме — в подостром периоде и его последствиях без частых эпилептических приступов, последствиях энцефалита или черепно-мозговой травмы с расстройствами интеллектуальных функций и устойчивых цефалгиях, вялых параличах. В неонатальном периоде — при умеренной и тяжелой асфиксии, последствиях тяжелой хронической гипоксии.

Противопоказания. Повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата, беременность, период кормления грудью.

Способ применения и дозы. Цереброкурин® вводить внутримышечно.

Взрослым применять по 2 мл ежедневно. Минимальный курс лечения — 10 инъекций (20 мл). Больные с тяжелыми органическими поражениями головного мозга, болезнью Альцгеймера требуют более длительного и продолжительного лечения: курс может быть увеличен до 40 инъекций, повторные курсы рекомендуется проводить 2–3 раза в год.

В педиатрической практике применять с первых дней жизни и до 6-месячного возраста — по 0,5 мл через день, на курс лечения — 3–5 инъекций; с 6 месяцев до 1 года — по 0,5 мл через день, на курс лечения — 10 инъекций; детям в возрасте 1–3 года — по 1–2 мл через день, курс — 10 инъекций (в условиях стационара); 3 года и более — 2 мл через день, курс — 10–20 инъекций. Целесообразны повторные курсы (2–4) через 1–3 месяца.

В офтальмологической практике назначают внутримышечно: по 2 мл ежедневно или первые пять инъекций внутримышечно, в дальнейшем 1 мл перибульбарно, 1 мл внутримышечно. Инъекции проводят ежедневно, без перерывов. Минимальный курс лечения — 10 инъекций (20 мл).

Побочные реакции. Возможна индивидуальная чувствительность к компонентам препарата. При применении лекарственного средства при лечении детского церебрального паралича с симптоматической эпилепсией могут ожидать такие побочные реакции, как учащение приступов, головная боль, чрезмерная возбудимость.

Передозировка. Случаи передозировки препарата не наблюдались.

Применение в период беременности или кормления грудью. Цереброкурин® не рекомендовано применять в период беременности или кормления грудью.

Дети. В педиатрической практике применять с первых дней жизни.

Особенности применения. Назначать с осторожностью при склонности к аллергии. Пациентам с эпилептическим статусом и припадками применять Цереброкурин® желательно под наблюдением врача.

Детям не рекомендуется применять Цереброкурин® на ночь.

В педиатрической практике новорожденным и детям до 3-х лет лечение Цереброкурином® следует проводить в условиях стационара.

В период лечения препаратом не следует употреблять алкоголь.

Способность влиять на скорость реакции при управлении автотранспортом или работе с другими механизмами. Клинические испытания не выявили влияния Цереброкурина® на способность управлять автотранспортом и работать с другими механизмами.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействий. Какого-либо взаимодействия не наблюдалось.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Фармакодинамика

Пептидный модулятор Цереброкурин® оказывает положительное влияние на высшую нервную деятельность, в основе которого лежит активация энергопродуцирующей и белоксинтезирующей функции нервных клеток, повышение активности синаптического аппарата нейронов.

Цереброкурин® способствует увеличению диаметра митохондрий, увеличению их площади в единице объема и восстановлению миелиновых оболочек в нейронах мозга, мозаичное разрушение которых происходит при гипоксическом поражении нейроцитов. Препарат проявляет выраженный ноотропный и вазоактивный эффекты, оказывает регулирующее действие относительно биоэлектрической активности мозга.

Цереброкурин® улучшает артериальное и венозное церебральное кровообращение. Ноотропное, гиполипидемическое, гепатопротекторное, анаболическое действие способствует реституции нарушенных функций центральной нервной системы, обусловленных как функциональными, так и органическими поражениями головного мозга, нормализации эмоционально-мнестических функций, расширяет диапазон адаптационно-приспособительных реакций, что способствует успешной физической, психической и социальной реабилитации больных с нервными и психическими заболеваниями.

При наследственно детерминированных и генетически обусловленных заболеваниях Цереброкурин® оказывает стабилизирующий ноотропный эффект.

Фармакокинетика

Изучение фармакокинетики невозможно, так как активные нейропептиды, входящие в состав препарата, присутствуют в организме в виде высокомолекулярных белков-предшественников, биосинтез которых происходит в постнатальный период.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Основные физико-химические свойства: прозрачная жидкость светло-желтого цвета.

Несовместимость. Не обнаружена.

Срок годности. 2 года.

Условия хранения. Хранить в оригинальной упаковке, при температуре от +4°С до +10°С, в недоступном для детей месте. Не замораживать!

Упаковка. По 0,5 мл в ампулах № 5;
по 2 мл в ампулах № 10 в картонной упаковке с полимерным ячейковым вкладышем.

Категория отпуска. По рецепту.

Производитель. ООО "НИР".

Местонахождение. 02160, г. Киев, Харьковское шоссе, 50.

Тел./факс: (044) 559-70-30; 296-84-76.

ИНСТРУКЦИЯ
по медицинскому применению препарата
ИНФЛАМАФЕРТИН
(INFLAMAFERTIN)

Состав

Действующее вещество: 1 мл раствора содержит не менее 5 мг регуляторных пептидов, полученных из плацентарной ткани крупного рогатого скота;
вспомогательные вещества: натрия хлорид, вода для инъекций, хинозол.

Лекарственная форма. Раствор для инъекций.

Фармакотерапевтическая группа

Цитокины и иммуномодуляторы. Код АТС L03A X 15**.

Клинические характеристики

Показания

Профилактика и лечение женского бесплодия, причиной которого являются хронические воспалительные заболевания (сальпингит, оофорит, периоофорит, сальпингоофорит, параметрит), а также указанных патологических состояний, которые возникают после абортов. Профилактика и терапия спаечного процесса после операций на органах малого таза. Лечение начальных стадий аутоиммунных системных заболеваний, в частности склеродермии и ревматоидного артрита. Применяют в комплексной терапии заболеваний, в основе которых лежит воспалительный компонент.

Противопоказания. Повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата. Острые инфекции, наличие в анамнезе аллергии к животным белкам. Период беременности и кормления грудью.

Способ применения и дозы. Препарат вводят взрослым внутримышечно по 2 мл (1 ампула) через день. Всего на курс лечения — 10 инъекций. При лечении аутоиммунных системных заболеваний рекомендуется после каждых 5 ежедневных инъекций делать 1–2-недельные перерывы. С интервалом в 1 месяц можно повторить несколько курсов.

Курсовые дозы: средняя — 20 мл; максимальная — 40 мл с повтором 2–3 средних курсов на год.

Побочные реакции. Наиболее типичными побочными реакциями, которые наблюдаются после 3–4-ой инъекции, являются отек и покраснение в месте введения препарата,

что связывают с эффектом препарата в связи с развитием противовоспалительных реакций. В редких случаях возможно повышение температуры до субфебрильной, а именно: 37–37,2°C. Эти реакции не требуют специального лечения, однако, когда они причиняют беспокойство, желательно прекратить лечение на 3–5 дней, затем курс закончить. Такой перерыв не влияет на результат лечения. После прекращения введения препарата все побочные реакции самостоятельно проходят в течение 2–5 дней. У людей с повышенной гиперчувствительностью возможны аллергические реакции.

Передозировка. Случаи передозировки препарата не наблюдались.

Применение в период беременности или кормления грудью. В связи с отсутствием исследований по токсическому воздействию на репродуктивную функцию у людей Инфламафертин не рекомендуется применять женщинам во время беременности и в период кормления грудью.

Дети. Опыт применения у детей отсутствует, поэтому препарат не применяют в педиатрической практике.

Особенности применения. В связи с потенциальной возможностью возникновения аллергических реакций препарат следует назначать с осторожностью лицам, в анамнезе которых есть ссылки на склонность к аллергии на животные белки. Желательно монитринговое иммунологическое наблюдение при лечении аутоиммунных заболеваний.

Способность влиять на скорость реакции при управлении автотранспортом или работе с другими механизмами. Клинические испытания не выявили влияния Инфламафертина на способность управлять автотранспортом и работать с другими механизмами.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействий. Какого-либо взаимодействия не наблюдалось.

Фармакологические свойства

Фармакодинамика. Инфламафертин обладает иммуотропным действием: стимулирует функциональную способность фагоцитов слизистых оболочек и крови, увеличивает синтез противовоспалительных цитокинов, влияет на активность регуляторных субпопуляций лимфоцитов. При аутоиммуноагрессивных заболеваниях или синдромах уменьшает проявления иммунозависимого воспаления, увеличивает число CD4⁺/25⁺- и CD8⁺/25⁺-клеток, особенно уровня IL-10 в сыворотке крови. Инфламафертин обладает выраженным противовоспалительным и рассасывающим действием, снижая интенсивность деструктивных, инфильтративных и пролиферативных процессов в очаге воспаления. Ускоряет процессы эпителизации, регенерации, предупреждает развитие спаечного процесса. Уменьшение явлений отека и спайкообразования обеспечивает предупреждение развития трубного бесплодия. По влиянию на пролиферативную экссудативную фазы воспаления существенно превышает экстракт плаценты.

Фармакокинетика. Препарат является сложным комплексом регуляторных пептидов, часть из которых присутствует в свободном виде или в виде высокомолекулярных белков-предшественников в организме человека и животных, поэтому изучение фармакокинетических свойств не представляется возможным.

Фармацевтические характеристики

Основные физико-химические свойства: прозрачная жидкость светло-желтого цвета.

Несовместимость. Несовместимость не обнаружена. Не следует смешивать препарат в одном шприце с другими лекарственными средствами.

Срок годности. 2 года.

Условия хранения. Хранить в защищенном от света месте при температуре от 4°C до 8°C. Не замораживать! Хранить в недоступном для детей месте.

Упаковка. По 2 мл в ампулах № 10 в картонной упаковке с полимерным ячеистым вкладышем.

Категория отпуска. По рецепту.

Производитель. ООО "НИР".

Местонахождение. 02160, г. Киев, Харьковское шоссе, 50.

ИНСТРУКЦИЯ
по медицинскому применению препарата
ДЕЛЬТАЛИЦИН
(DELTALICIN)

Состав:

Действующее вещество: 1 ампула содержит пептида дельта-сна 0,0003 г;

Вспомогательное вещество: глицин.

Лекарственная форма. Лиофилизированный порошок для приготовления назальных капель.

Фармакотерапевтическая группа. Лекарственные средства. Код АТС V03A.

Клинические характеристики

Показания. При патологических состояниях центральной и периферической нервной системы: менингиты, энцефалиты любого генеза, невриты, радикулиты, парезы, инсульты, рассеянный склероз, черепно-мозговые травмы, детский церебральный паралич.

При неотложном состоянии: шок любого генеза.

В геронтологической практике: для устранения синдромов дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротического генеза (при головных болях, тяжести и шуме в голове, раздражительности, нарушении эмоционального равновесия, дисфории и нарушениях сна).

В неврологической практике: при снижении памяти, умственной работоспособности и других интеллектуально-мнестических нарушениях;

В наркологической практике: как средство для купирования алкогольного абстинентного синдрома и первичной патологической тяги к алкоголю. Препарат наиболее эффективен при наличии в структуре алкогольного абстинентного синдрома вегетативных и аффективных проявлений (субдепрессивных и дисфорических).

При интоксикация: алкогольной, наркотической, ятрогенной, в том числе в случаях химиотерапии высокими дозами.

При заболеваниях сердечно-сосудистой системы: атеросклероз, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, аритмии, миокардиты.

Противопоказания

Повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Способ применения и дозы

Интраназально (капли в нос). Ампулу открывают, добавляют 10–12 капель дистиллированной или охлажденной кипяченой воды и закапывают по 1–2 капли в среднюю часть каждого носового хода с интервалом 15–20 минут (при закапывании препарата в левый носовой ход следует наклонить голову к правому плечу и наоборот). Препарат полностью впитывается слизистой оболочкой носа. Не допускать попадания препарата в носоглотку.

При патологических состояниях центральной и периферической нервной системы: в зависимости от тяжести заболевания взрослым — 3–5 ампул в сутки на протяжении 5–7 дней; детям в возрасте от 1 до 3 лет — по 1 ампуле в сутки на протяжении 3 дней; от 4 до 5 лет — по 1 ампуле в сутки на протяжении 5 дней; от 6 до 7 лет — по 1 ампуле в сутки на протяжении 7 дней; от 8 до 15 лет — по 2 ампулы в сутки на протяжении 5 дней.

При снижении памяти, трудоспособности и других интеллектуально-мнестических расстройствах: взрослым — по 1–2 ампулы в сутки курсом 10 дней; детям от 4 до 5 лет — по 1 ампуле в сутки курсом 5 дней; от 6 до 7 лет — по 1 ампуле в сутки курсом 7 дней; от 8 до 15 лет — по 2 ампулы в сутки курсом 5 дней.

При неотложных состояниях (шок) взрослым назначают по 3–5 ампул в сутки до выхода из критического состояния.

В геронтологической практике: 1–2 ампулы в сутки на протяжении 10 дней.

При заболеваниях сердечно-сосудистой системы: для взрослых — по 2–3 ампулы в сутки курсом 7–10 дней.

В наркологической практике: 2–3 ампулы в сутки на протяжении 5–10 дней в зависимости от тяжести заболевания.

При интоксикациях: взрослым назначают по 1–3 ампулы в сутки на протяжении 3–5 дней, детям в возрасте от 1 до 3 лет — по 1 ампуле в сутки на протяжении 3 дней; от 4 до 5 лет — по 1 ампуле в сутки на протяжении 5 дней; от 6 до 7 лет — по 1 ампуле в сутки на протяжении 7 дней; от 8 до 15 лет — по 2 ампулы в сутки на протяжении 5 дней.

Побочное действие

Возможны аллергические реакции.

Передозировка

Не отмечалась.

Применение в период беременности или кормления грудью

Опыта применения препарата беременным, в период кормления грудью нет.

Дети

Применяется у детей в возрасте от 1 года по назначению и под наблюдением врача.

Особенности применения

Следует придерживаться рекомендованных дозировок.

Способность влиять на скорость реакции при управлении автомобилем или работе с другими механизмами

Во время лечения препаратом нужно быть внимательным при управлении автотранспортом и другими механизмами, требующими повышенного внимания.

Взаимодействие с лекарственными препаратами

Несовместимость с другими лекарственными препаратами не выявлена.

Фармакологические свойства

Фармакодинамика. Пептид дельта-сна как основной действующий компонент Дельтамицина является природным нейромодуляторным пептидом, который вырабатывается в организме и имеет широкую фармакологическую активность. Этот пептид проявляет выраженное стресс-протекторное и адаптогенное действие, он усиливает стойкость организма к различным стрессовым факторам при патологических состояниях вследствие заболеваний различной этиологии. Пептид дельта-сна препятствует возникновению или ограничивает выраженность стресс-индуцированных патологических процессов в организме, его модулирующее действие не проявляется при нормальном физиологическом состоянии организма. Пептид дельта-сна обладает антидепрессивным и противосудорожным действием, нормализует сон, проявляет антитоксические свойства, повышает умственную и физическую работоспособность, ограничивает вегетативные расстройства. Этот нейропептид увеличивает электрическую стабильность сердца и повышает порог фибрилляции, он ограничивает кардиоваскулярные нарушения при стрессе. Пептид дельта-сна уменьшает первичную патологическую тягу к алкоголю и наркотическим веществам, купирует проявления алкогольной и опиийной абстиненции.

Фармакокинетика. Не изучалась.

Фармацевтические характеристики

Основные физико-химические свойства: белый аморфный порошок или пористая масса.

Срок годности. Срок годности препарата 2 года.

Условия хранения. Хранить в недоступном для детей, сухом, защищенном от света месте при температуре 8–15°C.

Упаковка. Порошок по 0,0003 г в ампулах; по 5 или 10 ампул в упаковке.

Категория отпуска: По рецепту.

Производитель: ЧАО "Биофарма".

Местонахождение: 03038, Украина, г. Киев, ул. Н. Амосова, 9.

Наукове видання

А. П. Чуприков, А. М. Хворова

**Расстройства спектра аутизма:
медицинская и психолого-педагогическая помощь**

**Комп'ютерна верстка
Мирослав Дуб**

**Формат 64x90/16. Папір офсетний.
Друк офсетний. Підписано до друку 21 листопада 2013
Гарнітура "Міріад Про"
Ум. друк. арк. 17**

**Видавництво "Мс"
Свідоцтво ДК 1298.
Львів, 79071, а.с. 3566
Тел. (032) 224-47-15
Е-пошта: msvitu@mail.lviv.ua**