

Некоторые особенности ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра

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

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

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

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

Для цитаты:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ранняя диагностика РАС

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

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

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

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

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

несколько тестов, доказавших на практике свою полезность¹.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Методические аспекты ранней помощи при РАС

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

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

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

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

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

Предложения по реализации Концепции ранней помощи в РФ до 2020 года

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

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

1. Длительное (не менее 2—3-х лет) формирование основных диагностически значимых признаков РАС, вследствие чего:

— ранняя помощь начинается до установления диагноза, в процессе диагностики, оказывается детям группы повышенного риска формирования РАС;

— при РАС ранняя помощь несет большую и исключительно важную диагностическую нагрузку;

— характер ранней помощи меняется в процессе ее оказания в соответствии с динамикой развития ребенка с РАС, в связи с чем целесообразно выделить несколько этапов ранней помощи;

— адекватная ранняя помощь создает благоприятную ситуацию для некоторого смягчения симптоматики РАС и снижения процента инвалидизации.

2. Первазивный характер нарушений при РАС требует именно комплексного сопровождения на основе межведомственного взаимодействия, что соответствует общепринятым представлениям о характере ранней помощи. Результаты пилотных экспериментов показывают целесообразность реализации ранней помощи при РАС прежде всего через активность родителей, подготовленных соответствующим образом, их включенность в лечебно-коррекционный

процесс под руководством специалистов по ранней помощи детям с РАС.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Сформулировать принципы методического обеспечения специализированной ранней помощи:

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

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

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

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

Литература

1. Брин И.Л., Демикова Н.С., Морозов С.А., Татарова И.Н., Шейнкман О.Г. Клинико-неврологические особенности атипичного аутизма и подходы к терапии в детском возрасте / Современные технологии в педиатрии и детской хирургии. М., 2002.
2. Брин И.Л., Дунайкин М.Л., Шейнкман О.Г. Нейропсихологические аспекты аутистических расстройств у детей и вопросы терапии / Организация психолого-педагогической и медико-социальной помощи лицам с расстройствами аутистического спектра / Под ред. С.А. Морозова. М., 2009, С. 61–73.
3. Концепция ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 г. Постановление Правительства Российской Федерации от 31.08.2016 г. № 1839 [электронный ресурс]. URL: <http://government.ru/docs/24425/>; <http://government.ru/media/files/7NZ6EКа6SOcLcCCQbyMRXHsdcTmR9lki.pdf> (дата обращения: 10.06.2017)
4. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика детского аутизма. М., 1991.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
6. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М., 2003.
7. Мнухин С.С., Зеленецкая А.Е., Исаев Д.Н. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера // Журнал невропатол. и психиатр. им С.С. Корсакова, 1967. Вып. 10. С. 1051.
8. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей / Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Л., 1968. С. 11.
9. Морозов С.А. К вопросу о клинико-психологической структуре расстройств аутистического спектра / Идеи Виктора Васильевича Лебединского в психологии аномального развития / Под ред. М.К. Бардышевской, Л.С. Печниковой, А.Л. Рыжова. М., 2012. С. 353–367.
10. Морозов С.А. Выявление риска развития расстройств аутистического спектра в условиях первичного звена здравоохранения у детей раннего возраста. Пособие для врачей. Воронеж, 2014.
11. Морозов С.А. Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра. М., 2015.
12. Морозов С.А., Морозова Т.И., Белявский Б.В. К вопросу об умственной отсталости при расстройствах аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития, 2016. Т. 14. № 1 (50). С. 9–18.
13. Морозова С.С. Коррекционная работа при осложненных формах детского аутизма. Ч.ч. I, II. М., 2004.
14. Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах. М., 2007.
15. Морозова С.С. Основные аспекты использования АВА при аутизме. М., 2013.
16. Никольская О.С. Аутизм лечится общением // Аутизм и нарушения развития. 2016. Т. 14, № 4 (53). С. 35–38.
17. Bishop S.L., Luyster R., Richler J., Lord C. Diagnostic Assessment // Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers / Eds. K. Chawarska, A. Klin, F.R. Volkmar. NY-London, 2008. Pp. 23–49.
18. Chawarska K., Klin A., Volkmar F.R. (eds.). Autism spectrum disorders in infants and toddlers. NY, London. Guilford Press, 2008.
19. Coleman M. Neurological framework // The neurology of autism / Ed. M. Coleman. 2005. Pp. 40–74.
20. Coonrod E.E., Stone W.L. Screening for Autism in Young Children // Handbook of autism and pervasive developmental disorders. 3d edn. Vol. 2. / Ed. F.R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen. John Wiley & Sons, 2005. Pp. 707–729.

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

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

S.A. Morozov*,

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

S.S. Morozova**,

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

T.I. Morozova***,

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

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

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

References

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

For citation:

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

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

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

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

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

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