

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра специальной психологии

Кускова Екатерина Сергеевна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**Культурно-исторический анализ развития знаний об аутизме в России
и за рубежом**

Направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы

Психолого-педагогическое сопровождение детей и подростков с нарушениями в развитии
и эмоционально-волевой сфере

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

И.о. заведующего кафедрой

К.м.н., доцент, В.Ю. Потылицина

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

14.12.2019

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

канд. пед. наук, доцент Е.А. Черенева

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

14.12.2019

(дата, подпись)

Научный руководитель

канд. мед. наук, Я.В. Бардецкая

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

14.12.2019

(дата, подпись)

Обучающийся

Кускова Е.С.

(фамилия, инициалы)

14.12.2019

(дата, подпись)

Красноярск, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. Общетеоретические аспекты становления и развития знаний об аутизме в мировой науке	8
1.1. Понятие аутизма в научной литературе	8
1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика феномена аутизма	12
1.3. Причины и факторы возникновения аутизма	22
Выводы по первой главе	33
Глава 2. Культурно-исторический анализ развития знаний об аутизме за рубежом	35
2.1. Ретроспективный анализ зарубежных научных источников	35
2.2. Обзор современных исследований феномена аутизма в зарубежной науке	45
2.3. Зарубежная практика реабилитации лиц с аутизмом	72
Выводы по второй главе	84
Глава 3. Культурно-исторический анализ развития знаний об аутизме в России	86
3.1. Появление и развитие знаний об аутизме в России	86
3.2. Обзор современных исследований феномена аутизма в отечественной науке	91
3.3. Российские программы обучения и специального сопровождения лиц с аутизмом	103
Выводы по третьей главе	120
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	122
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	125

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. На сегодняшний день, по разным данным, в России насчитывается около 2 млн. детей с особенностями

развития (8 % от общего числа детей). Особенно быстро растёт количество детей с расстройствами аутистического спектра. Многочисленные научные исследования подтверждают тот факт, все дети с аутизмом имеют особенности социализации, что проявляется и в повседневной их жизни в семейной среде, и, особенно, при нахождении в образовательных учреждениях. Такие дети плохо входят в режим занятий, требуют индивидуального подхода, постоянного побуждения и поддержки, не умеют общаться с другими детьми, не могут самостоятельно адаптироваться к неожиданным изменениям в режиме жизнедеятельности. Это часто ставит аутичного ребёнка под угрозу эмоционального срыва и хронической дезадаптации.

Разнообразие проявлений аутистических расстройств обуславливает разнообразие вариантов прогноза дальнейшего развития самого ребёнка в онтогенезе и степень его успешности в социуме. Очевидно, что прогноз будет максимально благоприятным в том случае, если с самого раннего детства ребёнок с аутизмом обеспечен полноценной поддержкой. Полноценная поддержка предполагает комплексный подход к сопровождению процесса развития ребёнка с аутизмом, который, помимо ранней диагностики и точечной коррекции, подразумевает создание условий для включения ребёнка с нарушениями в развитии в социальное пространство здоровых людей и благополучной адаптации в нём.

Во всём мире, в том числе в России, существует множество различных организаций, занимающихся поддержкой и сопровождением детей с аутизмом, однако их деятельность не решает проблему социализации детей с РАС в тех масштабах, в которых того требует распространённость аутистических расстройств.

Анализ исследований и публикаций по изучаемой проблематике показывает, что в трудах отечественных (О.С. Никольской, Е. Р. Баенской,

В.М. Башиной, К. С. Лебединской, В.В. Лебединского, М.М. Либлинг, С.С. Мнухина) и зарубежных учёных (L. Kanner, Н. Asperger., М. Varnock, V. Lewis, М. Rutter, E. Newson, R. Hobson, С. Gillberg) подробно раскрыты предполагаемая этиология и патогенез РАС, особенности познавательной, коммуникативной, речевой, двигательной сфер рассматриваемой категории детей. Необходимость специальной помощи детям с аутизмом для освоения ими навыков общения и социального взаимодействия убедительно доказана в работах О.С. Никольской, Н.Б. Лаврентьевой, S. Ozonoff, J.M.A. Roberts.

В трудах К. Гилберта, И.А. Костин, О.С. Никольской, Т. Питерса, К. Dahle, N. Humphrey и многих других исследователей имеются многочисленные указания на то, что детям с РАС, в силу их познавательных, коммуникативных и поведенческих особенностей, как правило, предлагается индивидуальная, надомная, семейная или дистанционная формы обучения, что, безусловно, создаёт условия искусственной изоляции, усугубляющие и без того изолированное от общества в целом положение самого ребёнка и его семьи.

В зарубежной науке усиливается интерес к изучению процессов обучения и социализации детей с РАС в общеобразовательных учреждениях (В. Haller, Р. Shattuck). Особое внимание уделяется вопросам оценки эффективности инклюзивного обучения детей с РАС, которые пока изучены в недостаточной мере, на что в своих работах указывают К.L Hess, J.M. Sansosti.

В отечественной науке проблема социализации детей с РАС посредством механизмов инклюзии в последние годы только начинает рассматриваться и, в основном, в контексте зарубежного опыта создания инклюзивных образовательных сред. При этом российские эксперты (Н.Н. Малофеев, Н.М. Назарова и др.) указывают на неприемлемость прямого переноса зарубежной практики организации инклюзивного

образования для детей с аутистическими расстройствами в отечественную практику без её адаптации к системе российского образования с учётом её нынешнего состояния и отличий от западноевропейских и американских образцов дошкольного, школьного и профессионального образования.

Проблема исследования. Исходя из вышеизложенного, можно констатировать тот факт, что на сегодняшний день наблюдается ярко выраженное противоречие между современными запросами педагогического сообщества и родительской общественности на разработку механизмов инклюзии детей с аутизмом в социальную среду здоровых людей и актуальными возможностями сфер медицины. По нашему мнению, основная причина такого положения дел заключается в излишне автономизированном подходе к теоретико-методологическому обоснованию программ медико-психолого-педагогического сопровождения лиц с аутизмом, в то время как для понимания наиболее перспективных направлений работы необходимо ориентироваться на культурно-исторический контекст проблемы изучения и коррекции аутизма.

В этой связи **целью настоящего исследования** стал культурно-исторический анализ развития учения об аутизме за рубежом и в России.

Объект исследования: учение об аутизме.

Предметом исследования являются историко-культурные закономерности и особенности развития учения об аутизме за рубежом и в России.

Гипотезой исследования послужило предположение о том, что объём и содержательные характеристики современных научных исследований феномена аутизма позволяют дополнить традиционную периодизацию развития учения об аутизме современным этапом.

В соответствии с объектом, предметом и поставленной целью были определены следующие **задачи исследования:**

1. На основании анализа клинико-психолого-педагогической литературы определить степень разработанности проблемы исследования, её современное состояние.

2. Проанализировать зарубежную научную литературу о развитии учения об аутизме. Осуществить обзор современных исследований феномена аутизма в зарубежной науке. Ознакомиться с зарубежной практикой реабилитации лиц с аутизмом.

3. Исследовать появление и развитие знаний об аутизме в России. Определить современное состояние отечественного учения об аутизме. Проанализировать российские программы обучения и специального сопровождения лиц с аутизмом.

Методологическую основу исследования составили: описательные теории аутизма (Дж. М. Итара, 1828; Н. Чаллис, 1974; П. Коллинз, 2004 и др.), психогенетические теории аутизма (Л. Каннер, 1943; Ф. Аппе, 2006), медико-генетические теории аутизма (В.М. Башина, 1980, 2004; Х. Ремшмидт, 2003; А.Р. Лурия, 2017 и др.), базовое определение аутизма (Е. Блейлер, 1950), учение о триаде нарушений при аутизме (L.Wing & J.Gould, 1979), отечественные классификации психического дизонтогенеза (В.В. Лебединский, 2004), детского аутизма (О.С. Никольская, 2014), моделей аутичного поведения (Д.И. Исаев, В.Е. Каган, 2011).

Теоретическая значимость исследования заключается в дополнении традиционной периодизации развития учения об аутизме современным этапом с характеристикой основных достижений зарубежных и отечественных исследователей современности.

Практическая значимость исследования состоит в возможности использования представленных материалов для разграничения существующих в исследуемой области проблем клинико-психолого-педагогического свойства, решением которых призваны заниматься специалисты узкого профиля, и проблем институционального характера,

решение которых требует разработки и принятия управленческих решений на уровне функционирования систем здравоохранения, образования и социальной защиты населения. Такое разграничение позволит развивать и совершенствовать существующие практики специального сопровождения лиц с аутизмом в России и, в конечном итоге, выстроить систему помощи и поддержки.

Апробация результатов исследования осуществлялась посредством написания и публикации научных статей. По теме исследования опубликовано две статьи: Кускова Е.С. Проблемы социализации детей с расстройствами аутистического спектра // Научный журнал «East European Science Journal», 2019, выпуск №67, с. 67-74. Кускова Е.С. Причины и факторы возникновения аутизма // XXXVI Международная научно-практическая конференция «Проблемы и инновации». Издательство «Наука и просвещение», 2019, с. 203-209.

Структура и объем магистерской диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы в количестве 177 источников (из них 80 на иностранном языке).

Глава 1. Общетеоретические аспекты становления и развития знаний об аутизме в мировой науке

1.1. Понятие аутизма в научной литературе

Рассмотрение вопроса о подходах к трактовке ключевого термина настоящего исследования следует начать с упоминания о том, что понятие аутизм – очень широкое. В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) блок «Нарушения психологического развития» (F80 – F89) включает раздел «Общие расстройства психологического развития» (F84). В данный раздел включены следующие нарушения: детский аутизм (F84.0); атипичный аутизм (F84.1); синдром Ретта (F84.2); другое дезинтегративное расстройство детского возраста (F84.3); гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4); синдром Аспергера (F84.5); другие общие расстройства развития (F84.8); общее расстройство развития неуточненное (F84.9) [54].

Более того, на сегодняшний день и в теоретических, и в прикладных исследованиях чаще используется термин «РАС» (первазивные расстройства развития – ПРР), являющийся неофициальным, но, тем не менее, используемым достаточно широко. Он объединяет такие расстройства, как (официальные названия): аутистическое расстройство (синонимы: аутизм, инфантильный аутизм, детский аутизм, ранний детский аутизм); расстройство Ретта (синдром Ретта); дезинтегративное расстройство детского возраста (синдром Геллера, дезинтегративное расстройство, дезинтегративный психоз); расстройство Аспергера (синдром Аспергера, аутистическая психопатия, аутистическое расстройство личности); ПРР неуточнённое (атипичное ПРР, атипичная личность) [54].

Аутизм (или аутистическое расстройство) в первоначальном, «классическом» его понимании был и остаётся наиболее распространенным из всего класса ПРР.

Понятие «аутизм» происходит от латинского слова *autismus*, которое было образовано от древнегреческого *αὐτός* «сам, он» с субстантивирующими суффиксами *-ισμα* или *-ισμός*. Латинское *-isma*, в свою очередь, происходит от глагольного суффикса *ιζειν*, восходящего к праиндоевропейскому глагольному суффиксу *-idj-*. К древнегреческому *ιζειν* через латинское *-is* возводятся современные глагольные суффиксы в английском (*ize/-ise*) и русском (*-из*) языках.

Этот термин, впервые введенный швейцарским психиатром Э. Блейером при описании симптоматики шизофрении, получил широкое распространение в трудах Л. Каннера (1943 г.), который под аутизмом предложил понимать «отрыв от реальности, отгороженность от мира, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверхранимость в контактах со средой в целом» [43].

Обратимся к словарным дефинициям.

В «Антропологическом толковом словаре» аутизм трактуется как «состояние психики, характеризующееся преобладанием замкнутой внутренней жизни и активным отстранением от внешнего мира» [2].

Как видим, в данном определении не имеется указания на отнесённость аутизма к клиническим нарушениям, акцент делается на социальной составляющей жизнедеятельности человека, характеризующейся предпочтением личностью внутреннего мира внешнему.

В педагогическом терминологическом словаре аутизм определяется так: «патологическое состояние психики, проявляющееся в нарушении контактов с людьми, в уходе от реальности в мир внутренних переживаний, где мышление теряет непосредственную связь с внешними обстоятельствами, не организуется произвольно, а определяется субъективными аффективными тенденциями (т.н. аутистическое мышление)» [16].

При этом особо отмечается, что аутизм является первазивным нарушением, охватывающим все области психики, а последствия его выходят далеко за пределы детского возраста.

Имеются так же указания на возможность проявления признаков аутизма при нормативном развитии, то есть в форме индивидуальных личностных особенностей, именуемых аутистическими чертами, и на сохранность интеллекта, что позволяет достигать значительных успехов в обучении лиц с аутистическим расстройством.

В указанном источнике приводится перечень типичных признаков аутизма, большинство которых проявляется в возрасте двух с половиной лет, а наибольшую степень выраженности приобретают в возрастном интервале от 3 до 5 лет.

В данном случае авторами словарной статьи внимание акцентируется на клиническом аспекте (через утверждение о том, что аутизм – состояние патологическое) и на тех проявлениях аутизма, которые имеют прямое и непосредственное отношение к вовлечению ребёнка с аутизмом в педагогический процесс.

В словаре-справочнике по коррекционной и реабилитационной работе с детьми и подростками, имеющими отклонения в развитии аутизм определяется следующим образом: «Аутизм – это: 1) состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности или затруднениями в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам с окружающими; 2) болезненное состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отгороженностью от внешнего мира, погружением в мир собственных внутренних переживаний» [45].

Первая формулировка сходна с той, которая приводится в «Антропологическом толковом словаре», вторая – с той, которая фигурирует в «Педагогическом энциклопедическом словаре». В обоих случаях внимание

акцентируется на интровертированности личности, различие лишь в том, что вторая формулировка указывает на патологический характер расстройства.

В зарубежном словаре-справочнике по психологии аутизм определяется как «детское психическое расстройство, которое классифицируется как стойкая задержка развития» [71]. Далее перечисляются ключевые характеристики: «Дети, страдающие аутизмом, плохо реагируют на окружающее, имеют слабые навыки общения и могут вести себя непредсказуемым образом. Аутизмом в основном страдают дети мужского пола; две трети больных остаются психически уязвимыми и в зрелом возрасте» [71].

Как видим, в такой трактовке содержатся лишь самые общие, выражающиеся во внешнем плане признаки расстройства, которых недостаточно для точной дифференциальной диагностики. На патологический характер расстройства указывает лишь упоминание о том, что в большинстве случаев последствия имеют долгосрочный характер.

Примечателен тот факт, что и в дефектологическом словаре приводится такая трактовка термина «аутизм», которая ориентирована, главным образом, на позиционирование аутизма не как патологического феномена, а как специфического психического состояния: «Аутизм – состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам с окружающими» [3].

Однако следует заметить, что в указанном источнике даются разъяснения относительно различных степеней выраженности аутизма: «В легкой степени он может встречаться при конституционных особенностях психики (акцентуация характера, психопатия), а также в условиях хронические психические травмы (аутистическое развитие личности). Аутизм может выступать как грубая аномалия психического развития» [3].

В публикациях современных исследователей отмечается, что на сегодняшний день термин «аутизм» принято использовать также в тех случаях, когда психическое развитие соответствует норме, но при этом имеет место феномен аутизации личности при психотравмирующих влияниях, когда аутизация выступает в качестве своеобразного механизма психологической защиты [97].

Отдельные зарубежные психологические теории рассматривают аутизм в качестве варианта нормы на начальных этапах развития ребёнка, что в дальнейшем будет подробно освещено в соответствующем разделе настоящего исследования.

Наличие большого количества разнообразных трактовок изучаемого понятия, наличия в них определённых сходств и различий обуславливает необходимость поиска такого рабочего определения, которое учитывало бы и клинический, и социальный, и педагогический аспекты проблемы работы с аутичными детьми.

По нашему мнению, наиболее приемлемой является трактовка термина «аутизм», изложенная в МКБ-10: «Аутизм – это тип общего расстройства развития, который определяется наличием аномального и/или нарушенного развития, проявляющегося в возрасте до трех лет, а также аномальным функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения» [54].

1.2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика феномена аутизма

В современной литературе по теме исследования выделяется три группы признаков, по которым осуществляется дифференциальная

диагностика аутизма с возможностью максимально точно устанавливать структуру нарушения развития в каждом конкретном случае.

Первая группа признаков – это качественные нарушения в социальном взаимодействии.

В их число входят [48]:

- трудности в использовании невербальных средств (зрительного контакта, мимики, жестов, поз, положения тела в пространстве) при осуществлении и регулировании социального взаимодействия;

- невозможность осуществления социального взаимодействия со сверстниками на основе общих видов деятельности, интересов, обмена эмоциональными реакциями и переживаниями;

- отсутствие потребности и/или неумение находить у окружающих поддержку в состоянии беспокойства, а также проявлять сочувствие и оказывать поддержку другим людям, находящимся в стрессовом состоянии;

- отсутствие потребности разделять с другими переживаемое чувство радости, обмениваться информацией об интересах и достижениях;

- снижение или полное отсутствие способности адекватно реагировать на эмоциональные переживания других людей, вести себя в соответствии с социальным контекстом; рассогласованность коммуникативного и социального поведения.

Принято считать, что при наличии хотя бы двух из пяти перечисленных критериев имеются основания для фиксации признаков аутистического расстройства.

Вторая группа диагностических признаков – аномальные изменения в коммуникативной сфере. Они проявляются, по меньшей мере, в одной из 4 следующих областей [50]:

- отставание в формировании разговорной речи с одновременным отсутствием попыток компенсировать недостаток лексического запаса и грамматических конструкций мимикой и жестами;

- ограниченность или полное отсутствие воображаемой (в более раннем возрасте) или социальной игры-имитации;

- потребность и способность инициировать и поддерживать разговор;

- идиосинкразия (болезненное использование слов или предложений).

Третья группа диагностических признаков – различные виды ограничений и стереотипий. В эту группу входят [51]:

- стереотипные и повторяющиеся механические движения;

- поглощённость одними и теми же интересами при слабом реагировании или полном отсутствии реагирования на попытки заинтересовать чем-то другим;

- фиксация на каких-то определенных частях или не функциональных признаках (элементах) предметов;

- наличие и скрупулёзное соблюдение специфических ритуалов, не обладающих свойством функциональности.

Применительно к данной группе признаков, диагностически значимым является наличие хотя бы одного из четырёх перечисленных.

Перечисленные выше симптомы во многом пересекаются с теми, что были выделены L. Wing и J. Gould (1979) и объединены ими в так называемую «триаду нарушений», которая наблюдается при аутизме.

Остановимся на ней подробнее. Первая ключевая область нарушений связана с общением. Авторы приводят следующие примеры проявления (расположены в порядке уменьшения тяжести аутизма) [17]:

1) отрешённость и безразличие по отношению к другим людям;

2) пассивное принятие социального контакта, возможно проявление определённого удовольствия от этого, однако предпринятие конкретных действий к созданию (поддержанию) коммуникации нет;

3) имеются попытки вступить в контакт с окружающими, однако достигается это специфическими нетипичными способами, обращая мало внимания (или совсем не обращая внимания) на то, как реагируют на это люди, с которыми они пытаются общаться;

4) неестественный, неподходящий, формальный способ взаимодействия с другими людьми (как с близкими, так и с незнакомыми).

Следующий базовый признак аутизма (L. Wing) – нарушения в социальной коммуникативной сфере. Исследователи указывают на трудности формирования вербальных и невербальных средств коммуникации [20].

Третьим компонентом «триады» является аномальное развитие воображения, которое может проявляться следующим образом (в порядке уменьшения степени тяжести аутизма) [4]:

1) отсутствует возможность использовать воображение в игре;

2) склонность фиксироваться на несущественных аспектах предметов разных объектов окружающего места – нет целостного восприятия происходящего;

3) количество действий, которые люди с аутизмом способны имитировать, резко снижено; игры оказываются «очень жесткими и стереотипными», хотя могут казаться сложными;

4) понимание действий, предполагающих осознание слов, отсутствует, вследствие чего аутисты не стремятся принять участие в подобном разговоре (даже при наличии необходимых навыков).

Сопутствующим «триаде нарушений» компонентом, по замечанию L. Wing и J. Gould, выступают повторяющиеся действия. Они подразделяются простые (верчение пальцами, кручение верёвки, постукивание, ощупывание

ткани, раскачивание или перепрыгивание с ноги на ногу, скрежет зубами, визг, удары себе по голове и т.д.) и сложные стереотипные действия с предметами (сильная привязанность к предметам, зачарованность рисунком, расположение предметов в линию/узор, бесцельное коллекционирование камешек и т.д.), «стереотипные действия рутинного характера» (постоянное жесткое соблюдение определенных маршрутов, ритуалов и т.д.), «сложные вербальные или абстрактные повторяющиеся действия» (захваченность какими-то конкретными темами, названиями т.д.)) [169].

Перечисленные признаки относят к первичным. Кроме них, Wing, L. & Gould, J. выделили и вторичные характеристики РАС: «нарушение языкового развития»; отсутствие зрительного контакта; специфические реакции на сенсорные раздражители; трудности в моторной сфере и подражании; избирательность в еде; одаренность какой-то конкретной (узкой) области; «нарушения поведения»; «аномалии в развитии физических функций и физического развития (нарушение сна и не восприимчивость к седативным средствам)» [169].

Специфика аутизма заключается в том, что у детей нарушена способность к установлению эмоционального контакта, отмечается стереотипное поведение (дети стремятся сохранить постоянство окружающей их обстановки, не переносят даже минимальных изменений).

Им свойственны однообразные действия: моторные – раскачивание, постукивание; речевые – произнесение одних и тех же звуков, слов, фраз; стереотипные манипуляции предметом; однообразные игры и интересы; пристрастия к одним и тем же объектам. Кроме этого, отмечаются особые нарушения речевого развития, как-то: отсутствие речи, эхολалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица. У детей с аутизмом нарушена возможность использовать речь для коммуникации [60].

Описывая особенности детей с аутизмом, важным является рассмотрение известной в России психологической классификации детского аутизма, разработанной О.С. Никольской, которая отражает разные типы поведения и разные варианты взаимодействия со средой и людьми. По мнению автора классификации можно выделить 4 группы аутистов [66]:

1) Группа детей, у которых наблюдается максимально глубокий аутизм, который выражается в полной отрешенности от происходящего вокруг. Поведение характеризуется как полевое, то есть линия направления этой группы детей зависит не столько от самих вещей и их свойств, сколько от взаимного их расположения в пространстве. Отсутствует развитие активных форм аутистической защиты: дети уклоняются от любой попытки организовать их поведение. Активное проявление имеет только самоагрессия – самая отчаянная форма защиты в ответ на прямое давление окружающих. Дети данной группы дают самые низкие показатели интеллектуального развития, в наименьшей степени у них выражается сопротивление изменениям в окружающей обстановке, нет развития активных форм аутоstimуляций (отсутствуют фиксированные примитивные моторные стереотипии).

2) Группа детей, у которых аутизм проявляется как неприятие большей части мира, любых контактов, неприемлемых для ребенка. Дети этой группы не так ранимы в контактах со взрослыми, как в первом варианте [28]. Здесь дети уже способны в определенной степени к борьбе с тревогой и страхами, что возможно за счет аутоstimуляций положительных ощущений при помощи разных стереотипий (двигательных, сенсорных и др.), которые «заглушают неприятные воздействия извне» [64]. Поведение характеризуется манерностью, импульсивностью разных движений, стереотипностью, причудливыми гримасами и позами, походкой и особой интонацией речи.

Наиболее ярко проявляются страхи (а не ранимость, как у детей первой группы).

3) Группа детей, аутистические черты которых проявляются, прежде всего, в сверхзахваченности стойкими интересами, которые осуществляются в стереотипной форме. Дети этой группы конфликтны, не уступают другим, не учитывают интересы окружающих. Они поглощены одними и теми же занятиями. В тоже время, у них отмечается намного меньше моторных, стереотипных движений; нет такого пристального внимания к детальному сохранению постоянства окружающего, как у детей второй группы. Они стремятся к отстаиванию неприкосновенности своих программ поведения, которые они уже способны выстраивать. Аутоstimуляции детей направлены на взбадривание себя неприятными и пугающими впечатлениями.

4) Группа детей с наиболее лёгким вариантом аутизма. Здесь детям свойственна повешенная ранимость, неразвитость форм общения, «тормозимость в контактах», а также трудность сосредоточения. В качестве центральной проблемы выступает затруднение в организации взаимодействия с окружающими людьми. Одним из отличий от других групп является способность в установлении глазного контакта. Отсутствуют аутоstimуляции (стереотипные действия возникают только в напряженной ситуации). В нормальных условиях у этих детей не развивается аутистическая защита: стереотипность в их поведении считается более естественной.

О.С. Никольская считает, что «искажения самих смысловых основ взаимоотношений со средой является основным проявлением системности психического нарушения при РАС» [66].

В классификации психического дизонтогенеза В.В. Лебединского детский аутизм отнесен к искаженному типу нарушения развития. Искажение, по мнению автора, заключается в изменении последовательности

созревания тех или иных функциональных систем (асинхрония развития). Отмечается, что становление речевой деятельности происходит раньше, нежели формирование локомоторных функций, а предметные действия развиваются позже «вербального интеллекта». При этом характерны так называемые «явления изоляции», когда функции, которые развиваются ускоренно, «не подтягивают» развитие других. Кроме этого, указываются случаи их частого «зацикливания», что обуславливает, в свою очередь, проявление стереотипий [44].

Клинико-педагогическая структура данного состояния характеризуется определёнными особенностями.

Прежде всего, это трудности в установлении контактов с окружающими, которые отсутствуют или сильно снижены. Они относятся не только к малознакомым людям и сверстникам, но и к близким. Так, находясь дома или в детском саду (на детской площадке), дети с аутизмом не проявляют интереса к окружающим, не реагируют на них (на их обращения к нему слова), не смотрит на них (или смотрят «сквозь») [44]. Они постоянно «уходят в себя», скрывая свой внутренний мир.

Однако дезадаптация аутичных детей, как указывает О.С.Никольская, проявляется не только в отношениях с людьми, но и с миром в целом, которая наблюдается «и на базальном инстинктивном уровне, и в когнитивном развитии, в формирования произвольности, целостных и связанных представлениях об окружающем» [66]. Исследователь подтверждает, что нарушения в социальном развитии выступают в качестве специфической черты детей с аутизмом. Акцентируется внимание на том, что все характерные трудности, имеющиеся во все трех сторонах общения, имеют место «в более широком контексте дезадаптации во взаимодействии со средой» [66]. И это уже, в свою очередь, приводит к значительному снижению возможности установления контактов с людьми. Такое замечание

позволяет говорить, что дети с аутизмом не столько не хотят, сколько не могут вступать в общение с окружающими.

Центральным проявлением аутизма является также нарушение установления эмоциональных связей. У детей отсутствует «эмоциональный резонанс на окружающую ситуацию», часто «холодность и безразличие даже к близким» сосуществует у аутичного ребёнка с ранимостью и пугливостью [74]. Кроме этого, имеется склонность к фиксации на тех впечатлениях, которые ему не приятны, а также «жесткая отрицательная избирательность в контактах со средой» [73].

Обращает на себя внимание болезненная гиперестезия (повышенная чувствительность) к стандартным сенсорным раздражителям. Для многих детей с аутизмом компоненты окружающей среды (свет, цвет предметов, звуки, температура, прикосновения и т.д.) вызывают дискомфорт. Достаточно часто в качестве такого раздражителя выступает лицо человека. В связи с этим дети не смотрят в глаза (или же смотрят «сквозь»), предпочитают оставаться в своем внутреннем мире, скрываясь от чрезмерных внешних раздражителей [77].

Сенсорная гиперчувствительность, эмоциональный дискомфорт, по данным исследователей, есть «благоприятная» почва для развития неуверенности в себе и формирования страхов [79].

В.В. Лебединский и О.С. Олихейко убедительно доказывают, что последним (страхам) в возникновении аутистического поведения отводится одно из самых главных мест. Как показывает практика, жалобы на страхи от детей поступают редко: выясняются они после установления контакта, а также во время игротерапии (В.В. Лебединский, О.С. Никольская). Уточняется, что страхи связаны, кроме того, с неадекватной реакцией аутичных детей на все новое и тенденцией к четкому определению «этологических признаков витальной угрозы» [4].

В свою очередь, аутистические страхи приводят к деформированному восприятию предметного мира. Экспериментальные исследования свидетельствуют о том, что при аутизме окружающие объекты воспринимаются «на основании отдельных аффективных признаков» (целостное их восприятие не возникает).

Говоря об особенностях формирования мышления детей с аутизмом, важно отметить неоднозначность мнений по данному вопросу. Так, L. Kanner полагал, что люди с аутизмом не обладают нарушениями в интеллектуальной сфере [93].

В то же время различные зарубежные и отечественные исследования (О.С. Никольская, Е.С. Иванов, Т. Peeters, L. Lerea и др.) показывают: примерно 70% из них имеют снижение интеллекта (IQ), при этом около 60% от этого числа страдают умственной отсталостью от умеренной до глубокой степени [92].

F.R. Volkmar, L.A. Wiesner пишут, что какие-либо ограничения в умственном развитии при четко диагностированном аутизме наблюдаются приблизительно в 50% случаев [95]. Имеются многочисленные указания на парциальную одаренность в какой-то одной сфере. В целом же для них характерным является «вычурность мышления, склонность к символическим играм», трудности в концентрации внимания, быстрая пресыщаемость, затрудненность «гибкой корректировки собственной программы действий» [41].

Нарушение коммуникации выступает как одна из наиболее ярких особенностей детей с аутизмом.

Помимо перечисленных характерных особенностей, необходимо упомянуть и о несовершенстве моторики. Отмечается мышечная гипотония, двигательная неловкость, трудность при овладении навыками самообслуживания, «манерность и вычурность движений» [43]. Как правило,

двигательная активность таких детей состоит из непрерывной ходьбы, которая сопровождается нетипичными для нормального развивающегося сверстника движениями рук (перебирающие движения пальцев рук, их переплетение, потряхивание кистями рук или их кручение и др.). Способность к подражанию, «схватыванию» необходимой позы и перераспределение мышечного тонуса значительно снижена или отсутствует. В тоже время имеются указания на неожиданную «исключительную ловкость в своих странных действиях» [49].

Таким образом, анализ литературных источников по вопросу о клинико-психолого-педагогической картине при аутизме позволяет выделить три ключевых признака, которые отмечаются многими авторами: нарушения в социальной сфере; качественные аномальные изменения в коммуникации; стереотипные, однообразные повторяющиеся действия и интересы.

1.3. Причины и факторы возникновения аутизма

Вопрос возникновения и течения аутизма на сегодняшний день является дискуссионным. Согласно одним сведениям, база для развития аутизма закладывается ещё в пренатальном периоде; по другим данным – возникает сразу же после рождения либо в конце первого года жизни, а также может проявляться и позднее.

Психопатологическая структура симптомов аутизма трактуется по-разному. Разброс мнений в нозологической трактовке довольно обширный.

Исследование закономерностей патологий детского развития психики локализируются в 3-х сферах знаний: патопсихологии, психиатрии и дефектологии.

При исследовании психически больного ребенка основное внимание патопсихолог отводит следующим вопросам: психологическая квалификация, структура и степень выраженности психических расстройств.

Методы исследования патологий детского развития в отечественной психологии разрабатывали А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, С.Л. Рубинштейн и многие другие учёные.

В момент дефектологического исследования при оценке психических нарушений в детском возрасте должны приниматься во внимание и отклонения от стадии возрастного развития (на момент нахождения больного ребёнка), иными словами, характерные черты дизонтогенеза, инициированного болезненным действием или его последствиями.

В детской психиатрии Л. Каннер, Г.К. Ушаков, Г.Е. Сухарева, В.В. Ковалев изучали другую сторону аномалий развития. Объектами их исследований являлись: формирование аномалий развития в ходе данного заболевания (шизофрения, эпилепсия); динамика дизонтогенетических форм психической конституции (психопатия и её различные формы) и аномальное развитие личности в результате влияния отрицательных условий воспитания [34].

Л.С. Выготский внес значительный вклад в изучение аномалий развития. Он определил несколько общетеоретических положений, которые оказали фундаментальное воздействие на все последующие изучения патологий развития. Ключевые положения, имеющие основополагающее значение и для теоретических, и для прикладных изысканий в области изучения аутизма, таковы [23]:

1. Развитие аномального и здорового ребёнка подчиняется одним и тем же основным закономерностям.

2. Первичный дефект, наиболее близко связан с повреждением нервной системы, и рядом второстепенных недостатков, отражающих нарушение психического развития в условиях изначального недостатка.

Л.С. Выготским была представлена ценность этих вторичных дефектов для планов дальнейшего развития и возможностей психолого-педагогической коррекции.

Сведения, приобретенные детской патопсихологией, дефектологией и психиатрией, объясняют различные стороны патологий развития. Исследования в этих областях наглядно показали взаимосвязь механизмов аномального и нормального развития, а также несколько закономерностей системогенеза, т.е. вторичных дефектов, являющихся основными в патологии развития.

Психотерапевты же представили соответствия симптомов болезни и патологии развития при различных психических заболеваниях.

Соотнесение сведений, накопленных в этих сферах знаний, может способствовать углублению взглядов об искажённом формировании в детском возрасте и систематизации его психологических закономерностей [8].

В настоящее время выдвигаются различные теории, объясняющие возникновение детского аутизма.

Ряд авторов связывают сущность главного расстройства с изменением психофизиологических механизмов. Происходит первичное снижение витального тонуса, нарушение уровня бодрствования, изменение сенсорных порогов, расстройство функций вестибулярного аппарата [25].

Другие же авторы связывают с особенностями отдельных психических процессов, с расстройством сознания и активности, и т.д. [37].

Тем не менее, самым популярным является мнение о наследственном происхождении детского аутизма шизофренического спектра. Считается, что

наследственно обусловленное эндогенное расстройство эмбрионального становления при детском аутизме декомпенсируется под воздействием родов, возрастных кризисных периодов, инфекций, травм различного рода.

Генетическая теория в настоящее время распространяется на ключевые формы детского аутизма: синдром Каннера и Аспергера, детский аутизм процессуального генеза при инфантильном и атипичном психозах [39].

Каждая форма аутизма обладает своей спецификой, поэтому и его патогенез имеет свои отличительные черты.

Работы таких отечественных детских психиатров, как О.П. Юрьева, В.М. Башина, Г.Н. Пивоварова, Г.К. Ушаков др. имели существенное значение для понимания патогенеза детского аутизма эндогенного генеза. В данных трудах изучалась структура личностного развития у детей с синдромом Каннера и в преморбиде у больных ранней детской шизофренией.

Впервые, было выделено несколько видов дизонтогенеза: стигматизированный, задержанный, искажённый и вид раннего детского аутизма Каннера [11].

В последующем, в трудах отечественных исследователей было представлено то, что в совокупности личностной патологии развития может быть рассмотрен весь диапазон дизонтогений так называемого шизофренического круга – от конституциональных, шизоидных к промежуточным видам синдрома Каннера, а также от синдрома Каннера к постприступным, процессуальным шизофреническим типам развития.

Учёными было продемонстрировано, что главнейшей особенностью данных форм детского аутизма считается особый асинхронный тип задержки развития.

Свойства асинхронии развития выражались в нарушении физиологического феномена вытеснения простых функций, сложными, в психическом, речевом, моторном и эмоциональном созревании. В

последующем, был введен синдром «переслаивания» простых функций сложными.

Следовательно, нарушение развития эндогенного генеза при детском аутизме может рассматриваться, как диссоциированный дизонтогенез.

Дизонтогенез при разных типах детского аутизма эндогенного генеза может рассматриваться как конституциональный, процессуальный и эволютивно-процессуальный. Аутизм, формирующийся в связи с приступами болезни, при ранней детской шизофрении, с началом болезни после 3 лет, возникает как дефектное состояние. Патогенез данного состояния можно рассматривать как процессуальный диссоциированный дизонтогенез приобретённый после рождения [91].

Патогенез хромосомного, обменного и органического генеза в структуре умственной отсталости связан с поражением тех же или близких структур центральной нервной системы (далее – ЦНС), которые поражаются и при детском аутизме эндогенного генеза. Структура данного дизонтогенеза близка к тяжелому умственному недоразвитию, специфичному для любого вида заболеваний хромосомного или обменного характера. В таких случаях аутистические расстройства можно рассматривать как аутистически подобные синдромы [76].

Во время нейропсихологических обследований, проведенных на здоровых детях, было показано, что можно выделить ряд критических периодов, с наиболее интенсивными изменениями [34]:

- 1 период – проявление в 14-15 месяцев в виде резкого увеличения спектральной мощности 7-8 Гц сегментов сенсомоторного ритма (Н.С. Галкина, А.И. Боравова).

- 2 период – проявление в 5-7 лет. На данном этапе происходит увеличение спектральной мощности большинства ритмических

составляющих ЭЭГ, а также появляется субдоминирующий компонент с частотой 9,5-10 Гц.

- 3 период – критический. Он проявляется в 10-11 лет (Н.Л. Горбачевская, Л.П. Якупова).

В.А. Васильева и Т.А. Цихместеренко провели исследования нейроморфогенеза, в результате которых было выявлено, что многочисленные преобразования в мозге у человека происходят в послеродовом периоде. Важнейшие этапы совершенствования морфологической базы высших регуляторных механизмов выделяются при более выраженных структурных изменениях неокортикальных формаций коры больших полушарий, происходящие в периоды от появления на свет до 1 года, от 1 года до 3 лет и от 3 до 6 лет [36].

В каждой области мозга состав нейронов обуславливается количеством выделяемых тканью-мишенью нейротрофических факторов белковой природы (Г.П. Кржижановский, Т.П. Ключник) [42].

Т.П. Ключник утверждал, что на возрастном интервале от 1 года до 3-х лет у здоровых детей при исследовании уровня аутоантител (ААТ) к фактору роста нервов (ФРН) в крови был выявлен многочисленный рост данного показателя. Подобное изменение взаимосвязано с изменением ЭЭГ-параметров, которые отражают функциональные перестройки формирующегося мозга. Исходя из этого, было подтверждено существование критических периодов онтогенеза и выявлены их биологические маркеры [46].

В других трудах представлено несколько этапов изменений в коре больших полушарий [53]:

- 1 этап приходится на 8-30 месяцев. В данный период наблюдается лизис приблизительно 43% нейронных популяций во II-IV слоях зрительной коры;

- 2 этап приходится на 5-7 лет. На данном этапе отмечается лизис незначительной части нейронов в V-VI слоях коры большого мозга морфофункциональных изменений.

Исследование пациентов с детским и атипичным аутизмом в сыворотке крови показало повышение уровня ААТ к ФРН в активном периоде течения процесса. При этом было выявлено и преимущественное выпадение ритмического диапазона – полосы частот, которая является основной у детей в возрасте до 6 лет. У детей с синдромом Ретта и с инфантильным аутизмом цитоморфологические исследования не выявили значительных утрат корковых полей в коре большого мозга, неостриатуме и паллидуме, а также признаков дисгенезии в виде нарушения нормальной миграции нейронов [56].

Психогенетические теории аутизма появились вместе с описанием детского аутизма Л. Каннером. Он предполагал, что аутизм является выражением врожденной неспособности ребёнка к эмоциональному взаимодействию с окружающими людьми (дефекта аффективного контакта).

Однако данные представления стремительно превратились, в довольно популярное на данный момент мнение, что детский аутизм является результатом отсутствия материнского тепла и внимания и общей положительной атмосферы с самого момента рождения. Особенное значение придается взаимоотношению матери с ребенком. Данное взаимодействие неразрывно связано с постоянным воздействием самых разных раздражителей (стимулов), необходимых для созревания функций центральной нервной системы. Реальность существования чисто психогенного (депривационного) аутизма, развивающегося у детей-сирот, подтверждает, что психосоциальные взаимодействия играют несомненную роль в патогенезе раннего детского аутизма [63].

В число биологических концепций входит ряд различных теорий, а именно:

- генетическая теория;
- теория нарушения развития мозга;
- концепция, связанная с действием перинатальных факторов;
- нейрхимическая и иммунологическая теории.

Наиболее популярной, среди приведенных теорий считается генетическая теория. В раннем детском аутизме в генетических факторах подтверждаются следующие сведения: 2-3% сибсов детей-аутистов, переносят тоже заболевание, что в 50 раз превосходит популяционную частоту детского аутизма; наличие по детскому аутизму среди пар монозиготных близнецов варьируется от 36% до 89%, при этом среди пар дизиготных близнецов конкордантность равна 0; у родителей детей-аутистов при рождении второго ребенка после рождения первого ребенка с аутизмом риск развития раннего детского аутизма достигает 8,7%. Вопреки столь убедительным сведениям, о существенной значимости наследственных факторов в развитии раннего детского аутизма, разновидность наследования остается неизвестной. Допускается такая возможность, что генетически может передаваться не само заболевание, а предрасположенность к нему. В рамках генетической концепции также рассматривается роль X-ломкой хромосомы, так как она сочетается с ранним детским аутизмом в 8% случаев (варьируется от 0% до 20%) [67].

Теория нарушения развития мозга основана только на теоретических представлениях о незрелости мозговых структур, так и на нейроанатомических и компьютерно-томографических наблюдениях последних лет. При макроскопии мозг больных детей практически не имеет каких-либо отличительных черт. При этом при микроскопии обнаруживается уменьшение размеров нейронов в гиппокампе, энториальной коре,

миндалине, маммилярных телах, в мозжечке и в некоторых других отделах головного мозга. При рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии были обнаружены уменьшение размеров лобных и височных отделов мозга, преимущественно слева, и увеличение внутренних ликворных пространств. Не исключается возможность того, что в пренатальном периоде возможны нарушение созревания нейронов, а также их преждевременная и повышенная гибель, а, кроме того, нарушения миграции под влиянием генетических или «экзогенных» факторов [74].

В концепции, связанной с действием перинатальных факторов к патогенетическим значимым перинатальным факторам относятся различные негативные воздействия в неонатальном периоде, а также во время родов и раннем постнатальном периоде. К ним относятся: кровотечения у матери во время беременности, употребление ею избыточного количества лекарственных препаратов, а также иные токсические и инфекционные воздействия на плод [89].

К данной концепции близко примыкают иммуно-вирусологические теории.

К иммунологической теории относят предположения о возможном наличии в крови матери аутоантител, нарушающих развитие соответствующих элементов нервной ткани. Среди вирусных инфекций наибольшее значение отводится вирусам краснухи, простого герпеса, гриппа и цитомегаловирусной инфекции, которые наиболее опасны на ранних стадиях развития плода. Нейрохимическая теория ориентирована на функцию дофаминергической, серотонинергической и опиатной систем мозга [89].

Результаты различных биологических исследований послужили основанием для предположения о том, что функция данных систем мозга при раннем детском аутизме увеличена. Предполагают, что с гиперфункцией

данных систем могут быть связаны различные клинические проявления (аутизм, стереотипии и др.) заболевания. О правомерности подобных предположений подтверждает успешное применение в различных случаях галоперидола, антидепрессантов и налтрексона [91].

Несложно обнаружить, что все перечисленные концепции полностью сопоставляются с таковыми при шизофрении. По этой причине до сих пор не исключена возможность, что ранний детский аутизм входит в круг эндогенных психических расстройств шизофренического спектра.

Аутичные дети существенно различаются по тяжести дезадаптации и проблем, по прогнозу вероятного развития, именно по этим причинам, разработка соответствующей классификации всегда являлась существенной проблемой.

С целью классификации в качестве критериев выдвигались: оценивание речевого и интеллектуального формирования, характер общественной дезадаптации, главным принципом которой являются производные проявления нарушения.

Также имелись попытки клинической классификации, которые опирались на этиологию синдрома, разделение форм биологической патологии, обуславливающей развитие.

Наиболее удобной в прикладном плане представляется классификация моделей аутичного поведения ребенка, которую предложили Д.И. Исаев и В.Е. Каган. В этой классификации учтены ведущие причины и факторы развития аутизма, что позволяет чётко представлять структуру нарушения развития и выстраивать коррекционную работу над первичным и вторичным дефектами.

1. Аутистические психопатии. Причины: поздний возраст родителей, легкий токсикоз либо асфиксия при родах, психотравма матери в период всей беременности, слабость родовой деятельности, заболевания в первый год

жизни (реакции на прививки, отит и т.д.). Начинают проявляться с 2-3 лет на фоне качественного и количественного изменения требований среды (поступление в детский сад, изменение семейной обстановки, а также места жительства). Интеллект у данной группы детей высокий, склад мышления проблемный, речь начинает развиваться раньше ходьбы. Трудности коммуникации из-за неумения наладить контакт, нарушение соблюдения субординации и общепринятых правил, наблюдается двигательная неловкость.

2. Органические аутистические психопатии. В анамнезе выявляются интранатальные факторы, тяжелые соматические заболевания на первом году жизни. Детям данной группы свойственны: выраженная двигательная неловкость, неловкая манера держаться и своеобразная форма общения с окружающими. Интеллект преимущественно средний или пограничный, предрасположение к витиеватой речи, зависимость поведения от внешних раздражителей, дефицитность психического напряжения, неумение к глубоким эмоциональным контактам с окружающими людьми.

3. Аутистический синдром при олигофрении. В данной группе недостаточность связана с глубокой эмбриопатией и интранатальными вредностями, а также с тяжелыми заболеваниями (энцефалиты, черепно-мозговые травмы, тяжелые осложнения вакцинации в раннем детстве).

Проявляется странность и чужаковатость в поведении, неспособность к выраженному психическому напряжению, однообразная активность, нарушения в сфере инстинктивных проявлений, наблюдается неловкость моторики. Такие дети тепло относятся к родителям, но при этом практически не способны к эмоциональным контактам со сверстниками. Испытывают трудности в обучении и бытовой адаптации, из-за грубых нарушений пространственно-временной координации и ориентации.

4. Аутизм детей с эпилептическими припадками. У данной группы детей нарушения поведения и интеллекта чаще связаны с внутриутробными последствиями, при этом недостаток интеллекта перекрывается аутистическими проявлениями. Данные дети неуклюжи, с неловкой моторикой, но при этом хорошо запоминают длинные стихи и сказки. Склонны к мудрствованию, фантазированию и резонёрству. Инстинктивные и эмоциональные проявления у них бедны.

5. Аутистические реакции и патологическое развитие личности по аутистическому типу. В данной группе в рамках единого патогенеза действуют различные факторы: психогенный, соматогенный, а также фактор продолжительности личностного реагирования, который зависит от ряда условий (дефекта внешности, длительных заболеваний и состояний ограничивающих двигательные возможности и т.д.). Данные условия ведут к снижению поступления информации, и затрудняют общение. В развитии имеют значение: возрастные кризисы, средовые особенности и характер реагирования референтной группы на проявление особенностей ребёнка и его собственное отношение к ним [33].

Подводя итог всему вышесказанному, мы можем сделать вывод о том, что в возникновении аутизма играют роль самые разнообразные факторы: генетические, соматогенные, психогенные, социогенные. В зависимости от патогенеза, развивается так или иная форма аутистического расстройства, коррекция которой осуществляется в соответствии со структурой и спецификой дефекта.

Выводы по первой главе

1. На сегодняшний день аутизм является одним из довольно широко распространённых отклонений в психическом развитии детей, которое проявляется в раннем детстве и, в большинстве случаев, имеет отдалённые последствия. Понятие аутизм – очень широкое, оно объединяет разнообразные виды расстройств со сходным патогенезом, включённые в МКБ-10 в раздел «Общие расстройства психологического развития», и в последние годы стало именоваться неофициальным понятием «расстройства аутистического спектра».

2. В настоящем исследовании в качестве рабочего определения принята трактовка термина «аутизм», зафиксированная в МКБ-10: «Аутизм – это тип общего расстройства развития, который определяется наличием аномального и/или нарушенного развития, проявляющегося в возрасте до трех лет, а также аномальным функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения».

3. Клинико-психолого-педагогическая характеристика аутизма складывается из проявлений так называемой «триады нарушений», компонентами которой являются нарушения в социальной сфере (отстранённое отношение к другим людям, отсутствие потребности и инициативы в установлении и поддержании контакта с другими, формальность и неадекватность выбора способов взаимодействия с другими), нарушения в коммуникативной сфере (значительные трудности в формировании и развитии базовых вербальных и невербальных средств коммуникации), аномалии в развитии воображения (ограниченность в использовании функционала воображения, значительные трудности в имитировании действий, фиксация на несущественных признаках объектов окружающего мира, непонимание и невозможность выполнения требующих осознания слов действий).

В качестве дополнительных признаков аутизма выступают ярко выраженные стереотипии, наличие в поведении нефункциональных ритуалов.

4. Многочисленные исследования зарубежных и отечественных исследователей показали, что специфика аутизма заключается, главным образом, в нарушенной способности к установлению эмоционального контакта и болезненной склонности к сохранению постоянства окружающей среды.

5. В число вторичных признаков аутизма входят: нарушение языкового развития; отсутствие зрительного контакта; специфические реакции на сенсорные раздражители; трудности в моторной сфере и подражании; избирательность в еде; одарённость какой-то конкретной (узкой) области; общие и специфические аномалии в физическом/физиологическом развитии. В возникновении аутизма играют роль самые разнообразные факторы: генетические, соматогенные, психогенные, социогенные. В зависимости от патогенеза, развивается так или иная форма аутистического расстройства, коррекция которой осуществляется в соответствии со структурой и спецификой дефекта.

Глава 2. Культурно-исторический анализ развития знаний об аутизме за рубежом

2.1. Ретроспективный анализ зарубежных научных источников

Исследование общетеоретических аспектов проблемы аутизма показало, что на сегодняшний день аутизм понимается как особый тип нарушения психического развития, возникающий на фоне биологической дефицитарности ребёнка, имеющей системный характер, но в полной мере пока ещё не объяснённый по причине множественности проявлений расстройств аутистического спектра.

Анализ специальной литературы по теме исследования позволяет сделать вывод о том, что в развитии учения об аутизме традиционно выделяется 4 основных исторических этапа: донозологический (конец 19 – начало 20 вв.), доканнеровский (1920-1940 гг.), каннеровский (1940-1980 гг.) и послеканнеровский (1980-1990 гг.) [8].

Такая периодизация представляется нам недостаточно завершённой, в силу того, что она ограничивается временными рамками от конца 19 века до конца 20 века включительно. Иначе говоря, она не учитывает те научные изыскания, которые совершались с начала 2000-х годов и продолжаются в настоящее время. В этой связи мы считаем обоснованным и целесообразным дополнить традиционную периодизацию пятым этапом, который можно назвать современным.

Рассмотрим развитие учения об аутизме в трудах зарубежных исследователей на каждом из этапов, включённых в традиционную периодизацию. Что касается современных исследований, то они будут рассмотрены в отдельном параграфе.

Хронологические границы донозологического периода развития учения об аутизме определяются с конца XIX века по начало XX века. Это период сбора и описания единичных случаев обнаружения детей, имеющих ярко выраженную склонность к одиночеству.

Среди таких работ описательного плана следует назвать, в первую очередь, статью Натальи Чаллис и Горация В. Дьюи в «Ежегоднике по истории Восточной Европы», которая была посвящена культурно-историческому анализу поведения древнерусских юродивых, отличавшихся, по наблюдениям авторов публикации, равнодушием к обществу, принятым в нём нормам и правилам, преобладанием невербальных форм коммуникации, низкой восприимчивостью к боли, а также широкой распространённостью среди них эпилепсии [107]. В этом же исследовании была выдвинута гипотеза о том, фигурирующие в старинном фольклоре образы оборотней являются сказочным воплощением образов аутичных детей.

Автор «Введения в психологическую теорию аутизма» Франческа Аппе [1] приводит в своей работе описание индийских историй о шейхе по имени Чилли и юноше по имени Гахан. Первая история повествует о неадекватном поведении шейха, который, чтобы привлечь внимание понравившейся ему девушки, бросил в неё булыжником и, тем самым, нанёс ей серьёзное увечье. Этот поступок он совершил, следуя совету своей матери, которая предложила Чилли бросить в девушку камешком и улыбнуться. Очевидно, что совет о действии, призванном привлечь внимание, был воспринят шейхом не так, как того требовал контекст, и результат оказался совершенно иным, нежели тот, что предполагался. Однако именно это несоответствие очень ярко характеризует особенности восприятия и реагирования лиц с аутизмом.

Вторая история – это описание следования совету матери юноши, которому было велено, уходя из дома, закрыть дверь и потянуть её как

следует. Юноша открыл дверь, закрыл её и потянул за ручку с такой силой, что выдернул её. Здесь мы так же можем наблюдать исключительную конкретность восприятия и не адекватное ситуации поведение.

Помимо этих признаков, свойственных аутистам, автор указывает и на гендерную специфику заболеваемости аутизмом, отмечая, что практически все герои таких сказок – мужского пола, а, согласно данным научных исследований, в мужской популяции аутизм встречается в два раза чаще, чем в женской.

В 1724 году под немецким городом Хамельн был замечен оголётанный бегущий по полям мальчик, который позже стал известен как «одичавший ребёнок Питер». Изучавший этот случай психиатр Пол Коллинз предполагает, что он был болен аутизмом [109].

В 1828 году вышла в свет работа «Мутизм, вызванный поражением интеллектуальных функций» французского исследователя Дж. М. Итара, который изложил результаты своих наблюдений за «Диким мальчиком из Аверона» по имени Виктор, которого в течение длительного времени пытались реабилитировать и социализировать в парижском научно-исследовательском институте Сур-Муэ. Учёный тщательно исследовал познавательные процессы и имитационные способности самого Виктора и подобных ему детей, в результате чего пришёл к выводу о том, что дети с интеллектуальным мутизмом асоциальны, испытывают огромные сложности в установлении дружеских отношений со сверстниками, используют взрослых лишь как орудия для удовлетворения своих потребностей, проявляют значительные нарушения в развитии речи и языка (особенно в употреблении личных местоимений) [85].

Примерно в это же время врач лондонской Больницы Святого Георгия Уильям Гаушип Дикинсон, и английский психиатр Генри Модсли в своих

трудах описывали симптомы заболевания у детей, которые характерны для аутизма [47].

В 1887 году Джон Лэнгдон Даун, известный британский врач-генетик, ввёл разграничение между ранним и поздним началом расстройства, а также описывал присущи им значительные способности назвав их «слабоумными учёными» [75]. Ведущий мировой эксперт по синдрому саванта, доктор Дэролд Трефферт, небезосновательно полагал, что Джон Даун говорил о «регрессивном аутизме» [165].

Как отмечалось выше, определение «аутизму» впервые было сформулировано в 1911 году швейцарским психиатром Е. Блейлером, выдвинувшим гипотезу о расщеплении психики, которое на клиническом уровне проявлялось аутизмом. При этом аутизм выступал в качестве одного из важнейших симптомов шизофрении, обозначающих «активный уход из внешнего мира и преобладание внутренней жизни». В своём знаменитом труде «Dementia Praecox et the Group of Schizophrenias» Блейлер дал следующее определение аутизму: «Одним из важнейших симптомов некоторых психических заболеваний является преобладание внутренней жизни, сопровождающееся активным уходом из внешнего мира. Более тяжёлые случаи полностью сводятся к грезам, в которых как бы проходит вся жизнь больных; в более лёгких случаях мы находим те же самые явления в меньшей степени. Этот симптом я назвал аутизмом» [102].

Исследования Блейлера были продолжены французским психиатром Е. Минковским, который считал аутизм не просто симптомом шизофрении, а «иной жизнью» обладателей этого психического расстройства. При этом он указывал на то, что эта «иная жизнь» не может рассматриваться исключительно в негативном аспекте, так как существует две разновидности аутизма – аутизм «богатый», при котором сохраняется известное богатство

психических процессов, и аутизм «бедный», характеризующийся аффективной опустошённостью [52].

Немецкий психиатр Э. Кречмер, вслед за Минковским, не соглашался с определением Блейлера и утверждал, что проявления аутизма не ограничиваются уходом во внутренний мир и отгороженностью от внешнего мира, они многообразны, и, кроме того, аутизм надлежит рассматривать не просто как симптом шизофрении, а как динамику шизоидного темперамента.

Таким образом, уже к концу донозологического этапа стало очевидно, что первичное определение аутизма, сформулированное Блейлером, не учитывает многообразия проявлений этого заболевания и может применяться с определённой долей условности.

Во втором, доканнеровском периоде, который приходится на 1920-1940-е годы приходятся первые попытки к системному изучению аутизма. Данное в 1911 году определение аутизма Блейлером позволило рассматривать его как одно из клинических проявлений шизофрении, и под влиянием взглядов Е. Блейлера в психологию внедрилось весьма широкое толкование термина «аутизм» как доминирования аффективного над рациональным.

Представление об аутизме как первичной фазе детского развития наиболее полно предоставлено в психоанализе. Процесс развития ребёнка, как известно, представлялся основателем психоанализа Зигмундом Фрейдом в виде последовательной смены объектов удовлетворения сексуального инстинкта. Младенец, по Фрейду, аутичен, так как переживание удовольствия не связано с реакциями на внешний мир. Аутическое удовлетворение желаний прерывается в период от 1 до 1,5 года, когда инстинкты-табу вступают в конфликт с уже изолированным либидо [87].

Такой же точки зрения придерживался Жан Пиаже в своих ранних работах. Для Пиаже было важно показать, как изначально аутистическая

детская мысль деформируется под влиянием логических законов, когда необходимость адаптации к среде заставляет ребёнка сменить принцип удовольствия на принцип реальности [149]. Невозможность стать на позицию другого, незаинтересованность в понимании другими – все эти особенности эгоцентризма (по Пиаже), по существу, сходны с описанными Е. Блейлером признаками аутистического мышления.

Интересно, что сам Е. Блейлер по вопросу о первичности аутизма как стадии развития занимал весьма противоречивую позицию. С одной стороны, он критиковал З. Фрейда за концепцию изначальности аутизма, с другой стороны, разбирая вопрос о генетических корнях логики и аутизма, Е. Блейлер пишет: «...логическое мышление, работающие с помощью картин воспоминания, должно быть приобретено путём опыта, в то время как аутистическое мышление следует прирожденным механизмам» [102].

В детской психиатрии понятие аутизма как симптома или синдрома стало впервые использоваться со времени выделения ранней детской шизофрении. Впервые Т.П. Симеон проследила за формированием шизоидной психопатии у детей 3-5 лет, подчеркнув, что им свойственны аутизм и малая привязанность к объектам реального мира [81].

Как видим, на том этапе перед клиницистами стояла проблема доказательства возможности формирования аутизма у незрелой личности ребенка. Уход от реальности, погружение во внутренний мир, ограниченность и однообразие деятельности – всё это выступило в качестве основания для отнесения этого вида расстройств у детей к аутизму в том его понимании, которое было представлено Блейлером. В этот период в разных странах появились описания детей, клиническая картина психопатических расстройств которых стала обозначаться терминологией, разработанной в рамках исследования аутизма: Н. Potter (1924) , L. Bender (1941), С. Bredley (1942), Л. Каннер (1943), Г. Аспергер (1944).

Третий этап в развитии учения об аутизме за рубежом назван «каннеровским» в виду того, что с появлением подробного научно обоснованного описания аутизма, это заболевание обрело статус отдельной разновидности дизонтогенеза. Этот период в развитии науки об аутизме связан, прежде всего, с именами Лео Каннера (автора первого описания клинической картины при аутизме) и Ганса Аспергера.

Л. Каннер в 1943 опубликовал статью «Аутистические нарушения аффективного контакта» [131], где подробно изложил результаты своего исследования и описал аутизм как синдром. В статье были описаны характеристики 11 детей, которых он наблюдал с 1938 по 1943 годы. Все эти дети проявляли общие черты, основными из которых были чрезмерная изоляция, замкнутость, уход от каких-либо контактов с людьми, нарушения речевого развития и потребность в многократном повторении одних и тех же действий и однообразии, причем начало проявления этих особенностей отмечалось уже на первом году жизни ребенка.

Итак, Каннер был первым, кто настаивал на том, что дети, о которых он писал, представляют собой уникальную подгруппу большой группы детей, которым в прошлом ставили диагноз детская шизофрения. Через 13 лет после выхода этой работы, в 1956 году, Л. Каннер совместно с Л. Эйзенбергом пересмотрел предложенный им критерий диагностики аутизма и опубликовал статью «Ранний детский аутизм: 1943-1955» [132], в которой они сократили диагностические критерии.

Австрийский психиатр Ганс Аспергер осуществлял свои исследования параллельно с Лео Каннером, и в 1944 году описал состояние аномального поведения группы подростков, проявляющееся в нарушении социального общения и коммуникации, которое он назвал «аутистическая психопатия» [47]. Оба психиатра выделяли аутизм из группы умственно отсталых и людей с серьезными нарушениями нервной системы, и применяли его по

отношению к детям с ненарушенным интеллектом. Однако Аспергер не отмечал явных аномалий в развитии речи и понимании языка, описанных Каннером. Аутизм определялся Каннером как «нарушение аффективного контакта», тогда как Аспергер описал детей, которые, хотя и характеризовались отсутствием аффективного контакта, но могли нормально пользоваться неэмоциональной речью [47].

К середине XX столетия интерес к аутизму в среде психиатров значительно возрос. Особенно активно интересовались этим феноменом специалисты из США, которые первыми обнаружили случаи аутизма у детей с сохранным интеллектом, но при этом пережившими психотравмирующие события и эмоциональную депривацию со стороны родителей.

В исследованиях американских психоаналитиков появились такие термины, как «замороженная мать», «холодные интеллектуальные родители» и т.п. В 1959 году вышла в свет статья американского психолога-психотерапевта Б. Беттельхейма «Джой – механический мальчик», где он описал ребенка-аутиста, который был очень замкнут, но интеллектуально сохранен и даже одарён. В качестве основной причины развития аутизма автор публикации назвал эмоциональную холодность в отношении родителей к ребёнку. Эта же история позднее вошла в книгу Бруно Беттельхейма [15]. Статья вызвала широкий общественный резонанс, и на ближайшие полтора десятилетия задала новый вектор развития учения об аутизме. Активно популяризируемая теория Беттельхейма сохраняла ведущие позиции в зарубежной теории и практике работы с аутичными детьми до середины 1970-х годов, пока новые медицинские исследования в этой области не подтвердили первоначальную биологическую природу аутизма, о которой говорил Каннер.

Вместе с тем, нельзя не отметить, что не все зарубежные исследователи аутизма в 1960-е годы разделяли теорию Беттельхейма и отказывались признавать психотерапию в качестве основного метода коррекции аутизма.

В частности, С.Б. Ферстер в 1961 году в своей работе «Позитивное поощрение и неадекватность поведения аутичных детей», предположил, что многие аномалии в поведении и речи аутичных детей могут быть уменьшены и сглажены путем систематических занятий по программе модификации поведения. С. Ферстер отметил интересное наблюдение: любое странное поведение аутичных детей может быть формой коммуникации, и таких людей можно научить общаться более адекватно [84]. Работа Ферстера послужила стимулом к исследованию подхода модификации поведения аутичных детей и применению его на практике.

В 1964 году американский психолог Бернанд Римланд издал книгу «Детский аутизм: Синдром и его значение для теории нервного поведения», в которой представил результаты фундаментального теоретического анализа огромного массива мировой научной литературы не только по аутизму, но и по сходным с ним расстройствам, и обосновал точку зрения об аутизме, как о разновидности дизонтогенеза, обусловленной органическим поражением головного мозга [52].

В это же время Эрик Шоплер и Роберт Рейхлер, основавшие первое государственное учреждение, занимающееся коррекцией и обучением детей с аутизмом и близкими к нему нарушениям коммуникации, подтвердили предположение Римланда о том, что причиной аутизма является некая органическая аномалия мозга, пока ещё неизвестная науке, но вовсе не эмоциональная холодность в отношении родителей к своим детям. Эти выводы о признании патологии мозга указали на необходимость выявления этой патологии и создания специфических благоприятных условий, которые

будут способствовать развитию познавательных способностей у людей с аутизмом.

После этого по всему миру начинают проводиться исследования в области аутизма, создаются общества помощи людям с аутизмом. В 1977 С. Фолштейном и М. Ратгером было проведено первое систематическое исследование для подтверждения генетических факторов аутизма. Американские ученые С. Чесс, С. Корн и Ф. Фернандез изучали в те годы специфические инфекции как одну из причин аутизма. В 1979 Е. Дейкин и Б. МакМахон также изучали возбудителей инфекционных заболеваний в организме матери в период беременности, которые могли бы рассматриваться как причина возникновения аутизма у ребенка. Однако работы этих ученых не подтвердили инфекционную гипотезу развития аутизма [52].

В 1987 был опубликован обзор нейробиологических, генетических и фармакологических исследований проблем аутизма. Установлено, что, в отличие от многих других расстройств работы мозга, аутизм не имеет чёткого единого механизма ни на молекулярном, ни на клеточном, ни на системных уровнях. До сих пор у ученых нет точного и единого понимания, что стоит за понятием аутизм несколько расстройств, обусловленных мутацией генов, либо это большая группа расстройств, вызванная различными механизмами [52].

Заключительный, согласно традиционной периодизации истории развития учения об аутизме, послеканнеровский, период (1980-1990-е гг.) знаменуется отходом от позиций самого Л. Каннера во взглядах на аутизм.

В современной практике основу диагностики расстройств физического и социального контакта составляет оценка трех ключевых нарушений, известных как триада Лоры Винг: качественное ухудшение в сфере социального взаимодействия; качественное ухудшение в сфере вербальной и

невербальной коммуникации и в сфере воображения; крайне ограниченный репертуар видов активности и интересов. Данная триада нарушений была описана нами во втором параграфе первой главы настоящего исследования. По мнению Л. Винг, следствием этих нарушений у людей с нарушениями аутистического спектра является жесткая модель поведения, включающая в себя стремление к сохранению постоянства, стереотипные движения, ограниченные интересы и т.д. Эти характерные черты проявляются различно у каждого ребенка. Всё это нашло отражение в термине, который ввела Л. Винг - «расстройство аутистического спектра» [169].

В 1981 году Мариан де Майер, детский психиатр из США, вводит термин «высоко функциональный аутизм», а в 1986 г. Американский детский психиатр и педиатр Даниэль Коэн внедряет термин «множественные нарушения развития» [52].

И, наконец, с принятием в 1999 году МКБ-10 аутизм был выведен из раздела психозов и теперь относится к так называемым «первазивным общим расстройствам развития». В настоящее время развитие синдрома аутизма набирает стремительные темпы, и изучением проявлений этого синдрома продолжают заниматься учёные всего мира. Именно поэтому, как отмечалось выше, можно говорить о том, что с начала 2000-х годов и по настоящее время фактически можно наблюдать ещё один (современный) этап в истории развития учения об аутизме, и результатам научных изысканий зарубежных исследователей в этот период целесообразно посвятить отдельный параграф.

2.2. Обзор современных исследований феномена аутизма в зарубежной науке

Современные исследования зарубежных учёных по проблематике аутизма можно условно разделить на несколько тематических категорий:

- Причины аутизма и факторы риска;
- Диагностика РАС;
- Обучение, поддержка и вмешательства при аутизме у детей и взрослых;
- Медикаментозное вмешательство при аутизме;
- Социальные навыки лиц с аутизмом;
- Взрослая жизнь лиц с аутизмом;
- Сопутствующие РАС проблемы и заболевания;
- Психолингвистические особенности при аутизме.

Самой объёмной по количеству исследований следует признать первую категорию, посвящённую изучению причин возникновения аутизма и факторов риска. Проведём обзор наиболее известных исследований в данной области.

В 2015 году в журнале «Molecular Psychiatry» была опубликована статья «Связь риска аутизма с возрастом родителей и с увеличивающейся разницей в возрасте между родителями», в которой изложены результаты исследования, проведённого коллективом учёных под руководством S. Sandin (Bresnahan M., Carter K., Francis R., Gissler M., Grønborg T., Gross R., Gunnes N., Henning M., Hornig M., Hultman C., Leonard H., Leonard H., Magnusson P., Parner E., Reichenberg A., Rosanoff M., Rosanoff M., Sandin S., Schendel D.E., Sourander A., Stoltenberg C., Surén P., Susser E.) [154].

Популяционное когортное исследование было проведено в 5 странах (Дания, Израиль, Норвегия, Швеция и Западная Австралия). В исследовании участвовали 5 766 794 детей, родившихся в промежутке от 1985 до 2004 и наблюдавшихся до конца 2004-2009. В исследование включено 30 902 случая РАС.

Была исследована связь между риском развития расстройств аутистического спектра (РАС) у детей при зрелом возрасте отца или матери, а также функциональная связь между возрастом родителей и РАС.

По результатам проведённого исследования выяснилось, что более старший возраст отца (более 50 лет, по сравнению с группой 20-29 лет), либо матери (40-49 лет, по сравнению с группой 20-29 лет) по отдельности связаны с повышенным относительным риском (ОР) РАС. Более молодой возраст матери (до 20 лет, по сравнению с группой 20-29 лет) также связан с повышенным риском развития РАС. Наблюдалось совместное влияние более старшего возраста матери и отца на повышение риска развития РАС в семьях с большой разницей в возрасте родителей. По результатам наблюдения в Дании, Израиле, Норвегии, Швеции и Западной Австралии повышенный риск РАС связан не только с увеличением отцовского или материнского возраста, но и с увеличением разницы между возрастом родителей. В частности, повышенный риск РАС у потомства наблюдается и более молодых, и у пожилых родителей одного возраста, а также у родителей с большой разницей в возрасте. Наибольший риск развития РАС у потомства наблюдался в парах, где отец старше 45 лет (независимо от возраста матери); где возраст отца составил 35-44 года, а мать младше на 10 и более лет; где возраст матери составил 30-39 лет, а отца на 10 и более лет меньше. Среди пар, где отец младше 45 лет, а мать младше 40 лет, ОР возрастал соответственно увеличению разницы в возрасте родителей.

В этом же году в журнале *Molecular Autism* появилась статья под названием «Женский защитный эффект при РАС не опосредуется через единый генетический локус», в которой изложены результаты исследования группы учёных, возглавляемой J. Gockley (Constantino J.N., Dong S., Dougherty J.D., Gockley J., Sanders S.J., Willsey A.J.), выяснявшей причины гендерной обусловленности РАС [119].

Исследователи апеллируют к статистическим данным о том, что в РАС систематически наблюдается соотношение мужчин и женщин 4:1. По результатам эпидемиологических и генетических исследований было выдвинуто предположение о существовании женского защитного эффекта (ЖЗЭ), которое могло бы отчасти объяснить такой разрыв. Однако, механизм этой защиты ещё не известен. При использовании Шкалы социального реагирования (SRS) количественная оценка симптомов РАС показала бимодальное распределение исключительно у женщин в мультиплексных семьях (семьи, в которых имеется несколько членов с одним и тем же диагнозом, в данном случае РАС). Это позволило выдвинуть гипотезу о существовании единого генетического локуса на X-хромосоме, который может опосредовать ЖЗЭ. Этот локус мог бы стать основной терапевтической мишенью и, вполне возможно, мог быть пропущен при анализе GWAS (полногеномный поиск ассоциаций).

При проведении исследования не было обнаружено таких однонуклеотидных полиморфизмов (SNPs), которые отвечали бы критериям единого локуса ЖЗЭ, несмотря на тщательно произведенный анализ, способный распознать этот эффект. Полученные результаты не подтверждают предположение, что ЖЗЭ опосредуется через единый генетический локус; однако, это не исключает возможности того, что этот феномен возникает при участии совокупности множества генетических локусов.

Значительный интерес представляет теоретическое исследование Vuxbaum J.D., de Rubeis S.D. «Генетика и геномика расстройств аутистического спектра: всеобъемлющая сложность» [153]. Учёными осуществлён обзор литературы по генетическим вариантам, моделям наследования, специфическим геномным локусам (местоположения определённых генов на генетической или цитологической карте хромосомы)

и генам, связанным с риском развития РАС, а также общие для РАС и других нарушений неврологического развития мутации локусов.

Согласно проведённому исследованию, совокупность генетических открытий и клинических наблюдений при РАС позволяет формировать диагноз с учётом основных и редких вариантов мутаций. Возможно, основная мутация (генетическая или семейная предрасположенность) определяет конкретные фенотипы. Обзор сопутствующих заболеваний при РАС и новые данные об общем риске при нарушениях неврологического развития, полученные в ходе генетических исследований, подчеркивают важность будущих исследований, которые могут определить, существуют ли конкретные генетические признаки данного расстройства. Глубокие фенотипические исследования пациентов с мутациями в высокопенетрантных генах (пенетрантность – частота проявления гена в признаках) вкупе с функциональным анализом модельных организмов также прояснят патобиологические механизмы конкретных генетических локусов, по утверждению авторов исследования, приведут к выявлению типов РАС, новых синдромов и повысят потенциал для новой терапии.

Около четырёх лет назад коллективом американских учёных (Bancroft T., Buikema A., Jain A., Kelly J.P., Marshall J., Newschaffer C.) были обнародованы данные исследования о связи встречаемости аутизма с вакцинальным статусом КПК (MMR vaccine) среди детей США со старшими братьями и сестрами с аутизмом и без него [125].

Исследовалась связь встречаемости РАС с вакцинальным статусом КПК (прививка от кори, краснухи, паротита, MMR vaccine) в большой выборке детей из США со старшими братьями и сестрами с аутизмом и без него.

В ретроспективное когортное исследование были включены 95927 детей с действующим медицинским страхованием от рождения до 5 лет от

2001 до 2012 года, со старшими братьями или сестрами с действующим медицинским страхованием в течение хотя бы 6 месяцев от 1997 до 2012 года. В итоге связи между вакцинацией КПК с повышенным риском развития РАС, вне зависимости от наличия РАС у старших братьев или сестер, выявлено не было. Данные результаты свидетельствуют об отсутствии связи между вакцинацией КПК и развитием РАС даже у детей с заранее повышенным риском развития РАС.

Существенный вклад в исследование специфики социального внимания при аутизме внесли зарубежные учёные (Barnes K., Dawson G., Earl R., Estes A., Jones E.J., Lowy R., Venema K., Webb S.J.), проводившие проспективное лонгитюдное исследование, в котором были использованы шкалы измерения визуального внимания и функции мозга (событийно-обусловленные потенциалы на лица и объекты) в возрасте 6 и 12 месяцев, и исследована связь с диагностированием РАС в 24 месяца [129].

С использованием когнитивных и электрофизиологических методов исследовалось социальное внимание у младенцев в 6 и 12 месяцев, впоследствии отвечающих и не отвечающих критериям РАС в возрасте 24 месяцев.

У детей с высоким риском, которые отвечали критериям РАС в возрасте 24 месяцев, отмечались короткие периоды визуального внимания, более быстрая, но менее длительная активация нейронов в ответ на лица, а также задержка реакции на лица в 6 месяцев. Эти отличия были менее явными в возрасте 12 месяцев. Эти данные свидетельствуют о возможном наличии фундаментальных ранних нарушений удержания внимания, которые могут иметь серьёзные последствия для последующего социального взаимодействия.

Мы охарактеризовали лишь малую часть исследований по рассматриваемой тематической категории. Разумеется, провести обзор всех

публикаций в рамках настоящего исследования не представляется возможным, поэтому ограничимся приведением перечня тех, которые представляют научный интерес для специалистов, в теории и на практике изучающих проблематику причин возникновения аутизма и факторов риска заболеваемости аутизмом:

- «Пути развития аутизма: обзор проспективных исследований младенцев в зоне риска» (Bedford R., Charman T., Gliga T., Johnson M. H., Jones E.J.) [128];

- «Изменения строения мозолистого тела связаны с развитием аутизма в первые 2 года жизни» (Botteron K., Dager S.R., Elison J.T., Estes A., Gerig G., Hazlett H., Lewis J.D., Piven J., Schultz R.T., Soda T., Styner M.A., Vachet C., Wolff J.J., Zwaigenbaum L.) [170];

- «Отягощенная наследственность по аутоиммунным заболеваниям ассоциирована с повышенным риском развития РАС у детей: систематический обзор и метаанализ» (Ding Y., Hou J., Li R., Mao P., Wu F., Wu S., Xie G.) [172];

- «Половые различия в расстройствах аутистического спектра: выделение пробелов в доказательствах и определение новых приоритетных направлений» (Bishop S., Constantino J.N., Daniels A.M., Halladay A.K., Koenig K., Messinger D., Palmer K., Pelphrey K., Sanders S.J., Singer A.T., Szatmari P., Taylor J.L.) [121];

- «Формирование систем распознавания эмоций и голоса у младенцев» (Barker G.J., Blasi A., Brammer M., Deeley Q., Deoni S., Gasston D., Johnson M.H., Lloyd-Fox S., Mercure E., Murphy D.G.M., Renvall V., Sauter D., Simmons A., Thomson A., Williams S.C.R.) [101];

- «Приём антидепрессантов во время беременности и аутизм у потомства: когортное исследование популяционного масштаба» (Dalman C., Lee B.K., Lewis G., Magnusson C., Newschaffer C., Rai D.) [150];

- «Перинатальные и родительские факторы риска в эпидемиологическом исследовании расстройств аутистического спектра у детей в Греции» (Cassimos D., Syriopoulou C., Tripsianis G., Tsikoulas I.) [105];

- «Наследуемость РАС в близнецовом исследовании популяционного масштаба Великобритании» (Bolton P., Colvert E., Curran S.R., Garnett T., Gillan N., Hallett V., Happé F., Lietz S., McEwen F., Plomin R., Rijdsdijk F., Ronald A., Stewart C., Tick B., Woodhouse E.) [110];

- «Интервалы между беременностями и риск развития РАС» (Croen L.A., Dorward K., Gunderson E.P., Yoshida C., Zerbo O.) [175];

- «Перерыв между беременностями и риск аутизма и других нарушений нервно-психического развития: систематический обзор» (Conde-Agudelo A., Norton M.H., Rosas-Bermudez A.) [111];

- «Возникновение системы распознавания голоса у младенцев в первые месяцы жизни» (Blasi A., Elwell C. E., Johnson M. H., Lloyd-Fox S., Mercure E.) [139];

- «Генетические факторы при расстройствах аутистического спектра: исследование близнецов-пробандов» (Imaeda M., Miyachi T., Nishiyama T., Sumi S., Tani ai H.) [163];

- «Генетическая наследуемость и общие факторы окружающей среды у близнецов с аутизмом» (Cleveland S., Cohen B., Collins J., Croen L.A., Fedele A., Grether J.K., Hallmayer J., Lajonchere C., Lotspeich L., Miller J., Ozonoff S., Phillips J., Risch N., Smith K., Torigoe T., Torres A.) [122];

- «Генетика расстройств аутистического спектра и связанных с ними нейropsychиатрических нарушений у детей» (Anckarsäter H., Carlström E., Gillberg C., Lichtenstein P., Råstam M.) [137].

Проведём обзор исследований, посвящённых вопросам диагностики аутизма.

Коллектив учёных под руководством С.Д. Lynch с помощью фМРТ изучал функциональную коннективность сети пассивной работы головного мозга у детей с РАС, а также её связь с тяжестью социальных нарушений [141].

В результате выяснилось, что, в сравнении с детьми с типичным развитием, у детей с РАС наблюдается гиперконнективность задней поясной и ретроспленальной коры с преимущественно медиальной и антеролатеральной височной корой. Была показана связь между не соответствующей норме гиперконнективностью задней поясной коры с тяжестью социальных нарушений при РАС, между тем как гиперконнективность предклинья не была ассоциирована с социальным дефицитом. Это позволило сделать вывод о том, что социальные дефициты у детей младшего возраста с РАС имеют физиологическую природу и связаны с гиперконнективностью сети пассивной работы головного мозга. Следовательно, при диагностике социального аспекта недоразвития аутичных детей, необходимо так же проводить фМРТ.

Диагностически ценные сведения изложены в публикации «Улучшенный визуальный поиск у детей грудного возраста является предиктором возникновения симптомов аутизма (BASIS Team, Bedford R., Charman T., Gliga T., Johnson M. H.) [118].

Учёными достоверно установлено, что проведение исследования движения взгляда у детей грудного возраста позволяет прогнозировать возникновение симптомов аутизма.

Результаты исследования подтвердили предположение о связи атипичного глазодвигательного поведения и повышенной лобно-затылочной активности мозга в течение первого года жизни ребенка с развитием впоследствии симптомов аутизма. Показано, что высокая степень точности при проведении визуального теста в 9 месяцев коррелирует с высокой

степенью тяжести симптомов аутизма в 15 месяцев и 2 года. Данный метод исследования может быть использован как компонент ранней диагностики аутизма у детей грудного возраста.

В 2013 году в американском вестнике «Proceedings of the National Academy of Sciences» была опубликована статья под названием «Ответ Брокку: Новый фокус внимания на поощрении голосом и социальном поощрении у детей с аутизмом» (Abrams D.A., Menon V., Uddin L.Q.) [98], посвящённая нейробиологическим основам нарушения восприятия речи у детей с РАС.

Авторами исследования показана слабая функциональная связь между воспринимающими голос областями верхней височной коры и контуром подкрепления с миндалиной у детей с РАС. Связь между верхней височной корой (восприятие голоса) и путём подкрепления коррелировали с возможностями к социальной коммуникации у детей с РАС, однако не коррелировали с результатами по стандартным шкалам измерения способности к языкам среди этих детей. С помощью фМРТ была показана активация пути подкрепления при прослушивании приятных звуков. Такие звуки усиливают функциональную связь между верхней височной корой и прилежащим ядром, ключевым звеном пути подкрепления. Полученные результаты могут быть использованы при разработке программ коррекции функциональных нарушений при аутистических расстройствах.

Как неоднократно отмечалось выше, РАС гораздо реже диагностируют у девочек. Поведенческие проявления дают право предполагать, что клиническая картина различается у представителей разных полов, хотя исследований, касающихся этих отличий в основных симптомах у детей, ещё недостаточно. Так же до сих пор не было предпринято методичных попыток описать нейроанатомические различия, лежащие в основе особых поведенческих моделей у мальчиков и девочек с РАС. Отчасти это связано с

тем, что в выборки существующих исследований РАС включалось небольшое количество девочек.

Этот недочёт успешно был устранён Menon V., Supekar K., чьё исследование описано в работе «Половые различия в структурной организации моторных систем и их диссоциированных связей с повторяющимися/ограниченными движениями» [161].

Используя NDAR, исследователи изучили выраженность симптомов в большой выборке, состоящей из 128 девочек и 614 мальчиков с РАС соответствующего возраста и уровня IQ. Затем была исследована выраженность симптомов и данные структурной визуализации, с использованием метода инновационного многопараметрического системного анализа в тщательно подобранной группе, состоящей из 25 девочек и 25 мальчиков с РАС, а так же 19 НР мальчиков и 19 девочек, отобранных из ABIDE. Оценка морфометрических характеристик мозга производилась с помощью метода воксель-базированной морфометрии.

Как в массиве данных NDAR (Национальная база данных по исследованию аутизма), так и ABIDE (База данных нейровизуализации аутизма), у девочек по сравнению с мальчиками были выявлены менее выраженные повторяющиеся движения и сравнимые дефициты в социальной и коммуникационной сфере. В ряде данных нейровизуализации ABIDE, рисунок серого вещества (СВ) в моторной коре, дополнительной моторной области (ДМО), мозжечке, веретенообразной извилине и миндаляне четко различался у мальчиков и девочек с РАС. Такие различия были специфичны для РАС, в то время как СВ в этих же областях мозга у типично развивающихся (ТР) мальчиков и девочек не различалось. Более того, рисунок СВ в моторной коре, ДМО и отделе 1 ножки мозжечка коррелировал с выраженностью повторяющихся движений у девочек, в то время как СВ в правой скорлупе – области, различающейся у НР мальчиков и девочек –

коррелировал с выраженностью повторяющихся движений у мальчиков. Учитывая высокий уровень достоверности результатов исследования, можно без преувеличения сказать о том, что они существенным образом расширили и углубили понимание нейробиологии половых различий в детском аутизме.

Большой вклад в развитие современной диагностики аутизма внесли участники исследования «Поведенческое, когнитивное и адаптивное развитие младенцев с расстройствами аутистического спектра в первые 2 года жизни» (Alvarez S., Botteron K., Dager S.R., Dawson G., Eliason J., Elison J.T., Estes A., Evans A., Gu H., Hazlett H., Kostopoulos P., Paterson S., Piven J., Schultz R.T., St John T., Zwaigenbaum L.) [115].

Для выявления ранних симптомов РАС были исследованы характеристики развития и поведения у младенцев в группах с высоким риском развития РАС (ВР) и с низким риском развития РАС (НР) со старшими родными братьями и сестрами с типичным развитием. Помимо разделения участников исследования на группы с наличием и отсутствием РАС, также были выделены группы по тяжести симптоматики.

В 4 группах наблюдались различные траектории развития, различия между которыми стали наиболее явными в возрасте от 6 до 24 месяцев среди всех групп. В 6 месяцев в группе ВР-РАС-высокий балл (по шкале ADOS) наблюдалась наименьшая степень развития навыков крупной моторики и визуального восприятия по сравнению с группой НР-негативной. В 12 месяцев в группе ВР-РАС-высокий балл наблюдались более выраженные поведенческие признаки РАС и сниженные когнитивные и адаптивные функции по сравнению с группами ВР-негативной и НР-негативной. В 24 месяца в группах ВР-РАС-высокий балл и ВР-РАС-средний балл были выявлены различия с группами НР-и ВР-негативными по всем признакам. Таким образом, наблюдаемое в 6-месячном возрасте атипичное сенсомоторное развитие ассоциировано с выявлением РАС в возрасте 24

месяцев в группе младенцев с наиболее тяжелой симптоматикой. Сенсомоторные различия проявляются раньше когнитивных и адаптационных нарушений, а также поведенческих особенностей аутизма в промежутке между 6 и 24 месяцами жизни. В группе с менее тяжелыми проявлениями аутизма наблюдается более позднее начало симптоматики на 2-м году жизни с небольшими различиями по социальным и коммуникативным навыкам.

В 2007 году Американской академии педиатрии был опубликован обновлённый отчётно-рекомендательный документ «Выявление и обследование детей с расстройствами аутистического спектра» [126], в который были внесены актуальные, в сравнении с прежней версией от 2001 года, сведения, представляющие собой не что иное, как алгоритм, помогающий педиатрам освоить стратегию раннего выявления детей с РАС.

Сборник включает в себя определение, историю, эпидемиологию, диагностические критерии, ранние признаки, нейropатологические аспекты и этиологические варианты РАС. Он включён в пособие «Аутизм: уход за детьми с расстройствами аутистического спектра: набор инструментов для клиницистов» (Autism: Caring for Children With Autism Spectrum Disorders: A Resource Toolkit for Clinicians), в котором перечислены инструменты скрининга и наблюдения, практические формы, таблицы, памятки для родителей, которые должны помочь педиатру в выявлении, оценке и терапии детей с РАС.

Основные рекомендации, содержащиеся в сборнике: педиатрам рекомендуется сохранять бдительность в отношении РАС, быть хорошим слушателем и распознавать «красные флажки» РАС. Особенно это рекомендуется в работе с детьми, у которых есть старшие братья или сестры с РАС. Рекомендовано проводить скрининг в 18 и 24 месяца, либо в любом другом возрасте при наличии опасений у родителей. Рекомендовано выбрать

диагностический инструмент, подходящий для каждой возрастной группы. До 18 месяцев наиболее эффективны инструменты оценки социальных и коммуникативных навыков. При наличии отрицательного результата скрининга РАС и сохранении опасений у родителей или опекунов, необходимо назначить консультацию в специализированной клинике. При наличии положительных результатов скрининга или при наличии 2 и более факторов риска (наличие родного брата или сестры с РАС, опасения родителей, опасения другого значимого взрослого, опасения педиатра), не рекомендовано динамическое наблюдение. В этом случае необходимо выполнение следующих шагов: комплексного обследования на предмет РАС, раннего вмешательства/использование детских образовательных услуг и исследование слуха.

Ещё одно примечательное издание в переводе с английского языка на русский именуется «Раннее выявление расстройств аутистического спектра: практические и исследовательские рекомендации» (Bauman M.L., Buie T., Carter A., Choueiri R., Davis P.A., Estes A., Fein D., Granpeesheh D., Hansen R.L., Kasari C., Mailloux Z., McPartland J.C., Natowicz M.R., Newschaffer C., Pierce K., Robins D., Roley S.S., Stone W.L., Wagner S., Wetherby A., Yirmiya N., Zwaigenbaum L.) [176].

Это уникальное, в своё роде, издание, в которое вошли рекомендации, составленные мультидисциплинарной экспертной группой клиницистов и исследователей. Вначале был выполнен поиск релевантной литературы в базе PubMed. Члены рабочей группы составили черновые рекомендации, которые были обсуждены, модифицированы и изменены экспертной группой путём электронного голосования. В конечном итоге были составлены консенсусные рекомендации относительно того, какие именно из ранних признаков и симптомов РАС у детей до 24 месяцев следует применять для ранней диагностики аутистических расстройств.

Значимость этого исследования, обусловлена, в первую очередь, тем фактом, что именно гетерогенность и высочайшая степень вариативности проявлений симптоматики РАС является основной трудностью в диагностической работе.

Среди исследований по диагностической тематике следует так же назвать следующие:

- «Патологии миниколонок кортекса при аутизме (Buxhoeveden D.P., Cassanova M.F., Roy E., Switala A.E.) [104], целью которого стало определение наличия разницы в строении миниколонок у пациентов с аутизмом и из группы контроля;

- «Методы МРТ без седации у детей с расстройствами аутистического спектра и нарушениями интеллекта» (Abbeduto L., Amaral D.G., Goodlin-Jones B., Harrington K., Li D., Mello M., Nordahl C.W., Rogers S.J., Shen A.M., Shen M.D., Tanase C., Vismara L.A.) [144], в ходе которого с помощью принципов прикладного анализа поведения (ПАП) был разработан протокол проведения МРТ-исследований у детей школьного возраста с расстройствами аутистического спектра (РАС) и интеллектуальными нарушениями.

Что касается исследований, посвящённых обучению лиц с аутизмом, поддержке и вмешательству, то этот пласт тоже довольно обширен и представлен следующими работами:

- «Комплексные доказательные вмешательства при раннем аутизме» (Rogers S.J., Vismara L.A.) [152]. Целью исследования являлось выявление доказательств эффективности ранних вмешательств у детей младшего возраста с аутизмом. Показана эффективность подкрепления желательного поведения;

- «Оптимальный исход у людей с историей аутизма» (Barton M. , Eigsti I.M., Fein D., Helt M., Kelley E., Naigles L., Orinstein A., Rosenthal M., Schultz R.T., Stevens M., Troyb E., Tyson K.) [116]. В публикации описана группа

людей в количестве 34-х человек с историей аутизма с оптимальным исходом и проведено сравнение уровня их функционирования с группой лиц с высокофункциональным аутизмом (количество обследованных – 44 чел.), соответствующих по возрасту, полу и невербальному интеллекту (образному мышлению). Исследование подтвердило факт существования лиц с установленными РАС в детстве, у которых в дальнейшем не наблюдалось значительных аутистических проявлений;

- «Раннее вмешательство для детей с расстройствами аутистического спектра младше 3 лет: практические и исследовательские рекомендации» (Bauman M.L., Buie T., Carter A., Choueiri R., Davis P.A., Estes A., Fein D., Granpeesheh D., Hansen R.L., Kasari C., Mailloux Z., McPartland J.C., Natowicz M.R., Newschaffer C., Pierce K., Robins D., Smith Roley S., Stone W.L., Wagner S., Wetherby A., Yirmiya N., Zwaigenbaum L.) [176];

- «Эффективные стратегии – как бы их ни называли» (Stahmer A.) [159];

- «Определяет ли участие и самоэффективность матерей детей с РАС участие их детей?» (Bar M.A., Bart O., Shelef L.) [100];

- «Поведенческие вмешательства в естественной среде, учитывающие принципы развития: эмпирически валидизированные методы для расстройств аутистического спектра» (Bruinsma Y., Dawson G., Halladay A.K., Ingersoll B., Kaiser A.P., Kasari C., Landa R., McGee G.G., McNERney E., Rogers S.J., Schreibman L., Stahmer A., Wetherby A.) [157];

- «Научно обоснованные практики для детей, подростков и молодых людей с расстройствами аутистического спектра: комплексный обзор» (Brock M.E., Cox A.W., Fettig A., Fleury V.P., Hume K.A., Kucharczyk S., Odom S.L., Plavnick J.B., Schultz T.R., Wong C.) [171];

- «Долгосрочные исходы раннего вмешательства у 6-летних детей с расстройствами аутистического спектра» (Dawson G., Estes A., Greenson J., Munson J., Rogers S.J., Winter J.) [114];

- «Раннее поведенческое вмешательство связано с нормализацией работы мозга у маленьких детей с аутизмом» (Dawson G., Faja S., Greenson J., Jones E.J., Kamara D., Lowy R., Merkle K., Murias M., Rogers S.J., Smith M., Venema K., Webb S.J., Winter J.) [112];

- «Исследование эффективности различных реализуемых родителями вмешательств для тоддлеров с аутизмом» (Berry K., Gulsrud A., Hellemann G., Kasari C., Paparella T.) [133]. В данном исследовании было проведено сравнение двух предоставляемых родителями вмешательств для тоддлеров с расстройством аутистического спектра (РАС): психолого-педагогического вмешательства и модели JASPER (в данном случае реализуемой родителями). Исследователи сравнивали, как результаты, достигнутые в сфере совместной деятельности, усиливают эффект программы раннего вмешательства для маленьких детей с РАС.

По теме медикаментозного вмешательства публикаций современных зарубежных исследователей единичны, что, вероятно, обусловлено низкой эффективностью медикаментозного вмешательства, в сравнении с практиками поведенческого вмешательства. В качестве примеров современных исследований по данному тематическому разделу можно привести следующие научные публикации:

- «Услуги и применение препаратов у детей с диагнозом РАС» (Blumberg S.J., Colpe L.J., Kogan M.D., Pringle B.A., Rice C., Zablotsky B.) [174]. Исследовались медикаментозная терапия и пользование услугами детьми с РАС, как в сочетании с интеллектуальными нарушениями, так и без них. В статье показана значительная степень неудовлетворённости специалистов и родителей детей, участвовавших в исследовании, данными методами терапии;

- «Тенденции в применении антипсихотических препаратов у молодых людей с РАС и/или интеллектуальными нарушениями: метаанализ» (Ameis

S.H., Cervesi C., Correll C.U., Galling B., Gerhard T., Molteni S., Olfson M., Park S.Y.) [148];

- «Влияние окситоцинового назального спрея на дефициты социального взаимодействия, наблюдаемые у маленьких детей с аутизмом: рандомизированное перекрёстное исследование» (Davenport T. A., Einfeld S. L., Guastella A. J., Hickie I. B., Yatawara C. J.) [173].

Об особенностях взрослой жизни лиц с аутизмом повествуется в следующих публикациях:

- «Частота и корреляции доступа к сервисам услуг среди молодых людей с аутизмом, вступающих во взрослую жизнь» (Henninger N.A., Taylor J.L.) [164]. Авторами изучено число неудовлетворенных запросов и совершенных обращений в центры услуг молодыми людьми с РАС на последнем году школьного обучения.

- «Родные братья и сестры (сиблинги) людей с расстройствами аутистического спектра: отношения между сиблингами и благополучие в подростковом возрасте и взрослой жизни» (Esbensen A.J., Orsmond G.I., Seltzer M.M.) [147]. Было исследовано, как отношения между сиблингами (родными братьями и сестрами) и их благополучие различаются у подростков и взрослых людей, при наличии у одного из них расстройства аутистического спектра (РАС). Также исследовалось наличие прогностических факторов для разных исходов в двух возрастных группах. Были изучены различия в психологическом состоянии, стрессоустойчивости и социальной поддержке, получаемой сиблингами (от родителей и друзей).

- «РАС у подростков и взрослых: отдаленные результаты и актуальные вопросы лечения и дальнейших исследований» (Mesibov G.B., Ratto A.B.) [151].

Авторами справедливо отмечено, что за последние 3 десятилетия проводимые исследования и поиски методов лечения РАС концентрировались в большинстве своём на раннем детском и школьном возрасте. Несмотря на то, что диагноз РАС является пожизненным, этим патологиям в подростковом и взрослом периоде уделялось недостаточно внимания. В связи с тем, что пациенты продолжают расти и стареть, необходимость проводить исследования и искать методы лечения этих категорий больных становится еще более очевидной. В большинстве случаев РАС у взрослых характеризуются неблагоприятными исходами даже у пациентов с когнитивными способностями среднего уровня и выше. Статья представляет собой обзор доступной на данный момент литературы, описывающей симптомы, социально-биологическую активность и терапию подростков и взрослых с РАС.

- «Динамика развития подростков и взрослых с аутизмом: навыки повседневной жизни» (Maenner M.J., Seltzer M.M., Smith L.E.) [158]. Целью данной работы был анализ результатов динамического исследования, которое заключалось в изучении навыков повседневной жизни подростков и взрослых с РАС. Исследование проводилось на протяжении 10 лет.

Исследованиям физиологических основ формирования социальных навыков у лиц с аутизмом посвящено малое количество современных зарубежных исследований, что можно объяснить более выраженным интересом исследователей к выявлению причинно-следственных связей и диагностических параметров, нежели констатации отдельных фактов, относящихся к функционированию мозговых структур у лиц с разными формами аутизма.

В число публикаций описательно-констатирующего плана можно включить такие, как:

- «Аргинин-вазопрессин – найденный в крови биомаркер социального функционирования детей с аутизмом» (Berquist S.W., Carson D.S., Garner J.P., Hannah S.L., Hardan A.Y., Hornbeak K.B., Howerton C.L., Hyde S.A., Jackson L.P., Libove R.A., Parker K.J., Partap S., Phillips J., Sumiyoshi R.D.) [103];

- «Гиперконнективность мозга у детей с аутизмом и ее связь с дефицитами социальной сферы» (Gaillard W.D., Kenworthy L., Khouzam A., Menon V., Phillips J., Supekar K., Uddin L.Q., Vaidya C.J., Yerys B.E.) [162];

- «Реакция и коннективность островковой доли в социальном и несоциальном внимании у детей с аутизмом» (Chen T., Kochalka J., Lynch C. J., Menon V., Odriozola P., Uddin L.Q.) [146].

Особый интерес представляет категория исследований, посвящённых сопутствующим аутизму проблемам и расстройствам. Эта тематическая категория обширна, а содержание материалов обладает высокой прикладной ценностью, так как, благодаря данным этих исследований, можно существенным образом усовершенствовать программы реабилитации и сопровождения лиц с аутизмом и их семей в целях повышения качества и продолжительности их жизни.

В 2016 году датскими учёными была опубликована статья «Взаимосвязь психиатрической и неврологической коморбидности со смертностью у пациентов с РАС в датской популяции» (Christensen J., Hjørt L., Jørgensen M., Overgaard M., Schendel D.E., Vestergaard M.) [156]. Необходимость в проведении этого исследования обусловлена литературными данными о повышенной смертности пациентов с РАС, в особенности таковых с сопутствующими эпилепсией или интеллектуальными нарушениями. Влияние психиатрической и неврологической коморбидности на смертность у пациентов с РАС ещё не было методично изучено в больших исследованиях популяционного

масштаба. Целью данной работы стало проведение такого анализа, а также изучение общей смертности пациентов с РАС. В результате исследования установлено, что механизмы, лежащие в основе РАС-ассоциированной смертности, могут запускаться или быть общими с таковыми при неврологических или психических/поведенческих нарушениях.

Американскими учёными (Kanne S.M., Mazurek M.O.) было проведено исследование распространённости и факторов риска агрессии у детей и подростков с РАС [130].

Авторами показана распространённость и факторы риска агрессивного поведения в хорошо описанной и большой выборке детей и подростков с РАС. Результаты исследования отражают высокую предрасположенность к агрессивному поведению у лиц с РАС. Агрессия в данной выборке не была связана с клинической тяжестью симптомов РАС, уровнем интеллекта, речевыми или коммуникационными навыками, полом, уровнем образования родителей, или семейным положением родителей. Более расположенными к проявлениям агрессии были лица младшего возраста, из семей с высоким доходом, с наличием большого количества социальных и коммуникативных трудностей, с тяжелыми проявлениями ограниченного и повторяющегося поведения. Эти сведения должны помочь сформировать точечные стратегии вмешательства специалистов.

Ещё одно исследование американских учёных (Cunniff C., Giarelli E., Kirby R.S., Lee L.C., Levy S.E., Nicholas J., Reaven J., Rice C., Schieve L.A.) посвящено анализу РАС и сопутствующих нарушений развития, психических расстройств и заболеваний в нескольких популяциях детей в США [136].

В выборке из 2568 детей более одного сопутствующего нарушения развития наблюдалось у 83% детей, более одного психического расстройства – у 10%, более одной неврологической патологии – у 16%, и, как минимум, одного генетического или неврологического диагноза, возможно, ставшего

причиной развития РАС, - у 4%. У детей с сопутствующими психическими или неврологическими нарушениями наблюдалась тенденция к более позднему выявлению уточненной патологии из перечня РАС. Каждая категория сопутствующих патологий была значительно более выражена у детей, в чьем анамнезе не было РАС, но данные их обследования соответствовали критериям постановки этого диагноза. Полученные данные подчеркивают необходимость учета клиницистами высокой встречаемости ассоциированных с РАС диагнозов у этих пациентов и возможность того, что другие симптомы и патологии у детей могут маскировать или смазывать клиническую картину РАС, что может затруднять диагностику.

В статье «Биполярное расстройство у взрослых с синдромом Аспергера: систематический обзор» [166] (Dell'osso L., Erfurth A., Masi G., Perugi G., Toni C., Vannucchi G.) приводятся результаты анализа доступных эпидемиологических и клинических данных по коморбидности биполярного расстройства (БР) – синдрома Аспергера (СА) и её диагностическому и терапевтическому значению. Достоверно установлено, что встречаемость БР у взрослых с СА составляет от 6 до 21,4%. Риск возникновения БР у родственников пациентов с СА возрастает в 2 раза, а распространенность оценивается в 10%. В случае коморбидности БР-СА, проявления БР обладают некоторыми особенностями, которые могут привести к усложнению распознавания данной патологии и постановке неверного диагноза (особенно диагноза шизофрении, когда доминируют психотические симптомы). Также были получены данные об эффективности лечения тревожных расстройств, обсессивно-компульсивных симптомов и депрессии антидепрессантами из класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Корректный диагноз БР у этих пациентов оказывает чрезвычайно важное влияние на назначение эффективного

фармакологического, психологического, социального и реабилитационного лечения.

В исследовании «Совместная встречаемость аутизма и пороков развития: распространенность и риски в выборке популяционного масштаба» [155] (Autry A., Moore C., Schendel D.E., Wines R.) показано, что пороки развития встречаются у 6% детей с аутизмом и связаны с почти двукратным риском развития данной патологии. Однако величина риска и статистическая значимость различалась в зависимости от вида порока. Для любого из видов пороков, риск развития аутизма с сопутствующими интеллектуальными нарушениями или другими патологиями развития выше, чем для развития только аутизма. Среди детей с аутизмом и пороками развития наблюдается преобладание поражений мальчиков в соотношениях от 6:1 до 8:1. Авторы приходят к выводу о том, что необходимо проведение дальнейших исследований взаимосвязей аутизма с пороками развития, в особенности роли врожденных пороков в развитии аутизма в зависимости от пола.

Перечислим ещё ряд публикаций зарубежных исследователей, с которыми, по нашему мнению, необходимо ознакомиться отечественным специалистам, занимающимся проблематикой аутизма, в особенности – практикам:

- «Избыточная масса тела и ожирение у детей с РАС» [167] (de Vinck-Baroody O., Hyman S.L., Leventhal J.M., Macklin E.A., Shui A., Weitzman C.). Целью данной работы являлось определение распространённости избыточной массы тела и ожирения у детей с РАС, а также установление факторов развития и разработка модели для прогнозирования веса.

- «Распространённость и частота уходов из дома на национальной репрезентативной выборке детей с расстройствами развития на территории США» [135] (Adesman A., Kiely B., Migdal T.R., Vettam S.). Данная статья посвящена исследованию и описанию распространённости и корреляции

побегов из дома в национально репрезентативной выборке детей школьного возраста в США с РАС и/или когнитивными нарушениями. Авторами показано, что частота побегов из дома и общественных мест у детей с РАС и сочетанными расстройствами существенно выше, чем у детей с ЗПР. При этом дети с РАС чаще не осознавали опасности, им было тяжело отличить незнакомых людей от знакомых, они легко терялись и паниковали в новых ситуациях или при каких-либо изменениях.

- «Обсессивно-компульсивное расстройство и РАС: долгосрочные прогнозы и риски для потомства» [143] (Mattheisen M., Meier S.M., Mors O., Mortensen P.V., Peterson L., Schendel D.E.). Несмотря на существенное сходство и пересекающиеся элементы патофизиологии обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) с РАС, о клинической и этиологической связи между этими патологиями известно немного. Обнаруженный высокий уровень коморбидности, общесемейных рисков и вероятности последовательного возникновения РАС и ОКР даёт основание предположить наличие общих этиологических факторов возникновения этих патологий. Результаты этого исследования оказали влияние на ведущиеся попытки поиска генов, вовлеченных в данные виды расстройств, и на клинический подход к таким пациентам.

- «Нейробиология сенсорной гиперчувствительности у подростков с РАС» [120] (Bookheimer S.Y., Dapretto M., Green S.A., Hernandez L., Krasileva K., Tottenham N.). Сенсорная гиперчувствительность (СГ) наблюдается более чем у половины подростков с РАС; это выраженная отрицательная реакция на сенсорные раздражители. О нейробиологической основе СГ на данный момент известно немного; по этой причине существует мало вариантов эффективного лечения данной патологии. Понимание того, связана ли СГ с изначально повышенной чувствительностью, или с несовершенством

регуляции эмоциональных реакций на раздражители, будет иметь значительное влияние на поиск методов коррекции.

- «Распространенность воспалительных заболеваний кишечника у пациентов с РАС» [113] (Doshi-Velez F., Avillach P., Palmer N., Voutsaros A., Ge Y., Fox K., Kohane I.). Целью данной работы стала оценка распространенности воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) среди пациентов с РАС, что ранее не было подробно описано в других исследованиях. Обнаружилось, что у многих пациентов с РАС без критериев, удовлетворяющих постановке диагноза ВЗК, наблюдался активный хронический колит; другими словами, ВЗК может манифестировать аутистическим энтероколитом, уникальным для РАС.

- «Нарушения сна у детей с РАС: изучение роли сенсорной гиперчувствительности и тревожных расстройств» [142] (Mazurek M.O., Petroski G.F.). У детей с РАС отмечается высокий риск развития нарушений сна. Неоднократно выдвигались гипотезы о том, что это может быть связано с патологиями восприятия и тревожными расстройствами. Однако взаимосвязь этих совместно встречающихся состояний ещё не была изучена. В данном исследовании были проанализированы взаимоотношения этих патологий в большой выборке детей и взрослых с РАС.

- «Первичные клинические рекомендации для подростков с сочетанными расстройствами аутического спектра и гендерной дисфорией и половым несоответствием» [160] (Anthony L.G., Balleur A., Caretto A., Cohen-Kettenis P., De Vries A.L., Edwards-Leeper L., Ehrensaft D., Janssen A., Karasic D.H., Kenworthy L., Kushner E.S., Leibowitz S., Lewis H.C., Mandel F., Meagher H., Menvielle E., Pleak R.R., Rodnan L., Schreier H., Shumer D.E., Spack N., Strang J.F., Tishelman A.).

- «Преждевременная смертность у людей с РАС» [123] (Bölte S., Boman M., Hirvikoski T., Larsson H., Lichtenstein P., Mittendorfer-Rutz E.).

Установлено, что риск смертности повышается из-за множества разнообразных причин, необходимо лучшее понимание РАС врачами различных специальностей. Подводя итог, следует отметить значительно повышенный риск преждевременной смертности у пациентов с РАС в результате большого количества патологических состояний. Риск был особенно высок для женщин с РАС и сопутствующими интеллектуальными нарушениями. В то же время, у пациентов с высокофункциональным аутизмом (IQ выше 70) наблюдалась повышенная склонность к суицидальному поведению. Задачей оказания компетентной и координированной медицинской помощи пациентам с РАС, а также исследованиями этих состояний должны озаботиться не только неврологи и психиатры, но и врачи более широкого спектра медицинских специальностей.

Рассмотрим основные достижения зарубежной науки об аутизме в психолингвистическом аспекте.

Прежде всего, заметим, что психолингвистические исследования вносят значительный вклад в решение проблемы диагностики аутизма и оценки степени тяжести заболевания в каждом конкретном случае, в силу того, что нарушения в коммуникативной сфере (в том числе, в вербализации) являются следствием расстройств в психической сфере и их манифестацией.

В частности, хорошо известны трудности, которые испытывают больные аутизмом при необходимости смены перспективы, учета различных точек зрения. Впервые это было показано в знаменитом опыте «Салли и Энн» [140], и последующие экспериментальные исследования неизменно подтверждали данное наблюдение.

На языковом уровне неспособность менять перспективу наиболее ярко проявляется в нарушениях, связанных с употреблением дейктических

выражений. Этим же может объясняться употребление глаголов без необходимых маркеров грамматического времени [134].

П. Чилтон в своей книге делает попытку формализованно представить (в терминах векторной геометрии), как происходит понимание ситуаций наподобие той, что описана в опыте «Салли и Энн». Допустим, есть два участника – сотрудницы офиса А и В. Обе любят одни и те же конфеты. Однажды А кладёт любимую конфету к себе на стол в коробочку, но видит, что В заметила это. Затем В выходит из комнаты, и в её отсутствие А перекладывает конфету в ящик стола, полагая, что В будет ошибочно думать, что конфета по-прежнему лежит в коробочке на столе. Реакция стороннего наблюдателя S, ставшего свидетелем всей этой сцены, будет различаться в норме и при аутистическом расстройстве, ср. соответственно варианты а) и б): а) В думает, что конфета по-прежнему лежит в коробочке (но я знаю, что это не так); б) В думает, что конфета лежит в ящике стола (и это действительно так) [108].

Теория дейктических пространств (Deictic Space Theory) П. Чилтона позволяет наглядно моделировать при помощи систем координат имеющееся у наблюдателя S представление о ситуации. В первом случае («в норме») на диаграмме имеется специальная эпистемическая ось, на которой отражается ошибочное мнение участницы В (о том, что конфета по-прежнему лежит в коробочке). Второй случай, как отмечает автор, не столь однозначен и допускает различные объяснения и, соответственно, разные модели. Возможно, что при аутистических расстройствах повреждена способность к эпистемическим суждениям: больной не может понять, что думает другой, и, следовательно, это выразить.

Результаты некоторых экспериментов показывают, что коммуникативное поведение аутистов в условиях целенаправленного социального взаимодействия не отличается принципиальным образом от

поведения людей с нормальным развитием [99]. Однако исследователями отмечается, что следует учитывать один немаловажный момент: ситуация специально организованного и подробно структурированного взаимодействия – это далеко не то же самое, что непринужденный диалог в естественных условиях [138].

В настоящее время многие зарубежные исследователи полагают, что при аутизме сохраняется понимание отдельных слов, но затруднено понимание сочетаний слов и последовательности предложений [124, 145, 168].

Именно эта гипотеза лежит в основе экспериментального исследования, направленного на проверку восприятия локальной связности текста [127]. Исследование состояло из набора тестов. В одном из них оценивалась способность испытуемых (также высокофункциональных аутистов) выбирать правильное (контекстно-обусловленное) прочтение слов, совпадающих по написанию, но различающихся ударным слогом (так называемых омографов). В другом опыте требовалось интерпретировать неоднозначное предложение, принимая во внимание левый контекст (предшествующее предложение). Ещё один вид контрольных заданий проверял способность к восполнению пропущенных звеньев в описаниях стандартных бытовых сценариев. Вывод, к которому пришли авторы, выглядит следующим образом: у аутистов наблюдаются нарушения в восприятии связности текста, причем прайминг не оказывает заметного влияния на этот процесс. Сами испытуемые не стремятся к установлению смысловых связей между фрагментами текста и пробуют делать это только под нажимом экспериментатора.

Полученные результаты, по мнению исследователей, подтверждают теорию центрального согласования, ранее выдвинутую в книге У. Фритт [117]. Эта теория пытается объяснить разнообразные нарушения,

наблюдаемые при аутизме, одним-единственным фактором: рассогласованностью интеграции разноуровневой информации. Утверждается, что центральное согласование, которое в норме управляет сбором различной информации для построения осмысленного целого более высокого порядка, при аутизме ослаблено. Вследствие этого больные могут неплохо справляться с заданиями, где внимание направлено на частные моменты, но показывают низкие результаты там, где требуется схватывать общий смысл.

На сегодняшний день зарубежной когнитивной лингвистикой накоплен солидный массив эмпирических данных, характеризующих специфику вербализации аутистами воспринимаемых и воспроизводимых образцов речевого поведения, поэтому в среднесрочной перспективе можно ожидать появления новых практико-ориентированных рекомендаций и пособий по формированию и развитию коммуникативных способностей у лиц с аутизмом.

Помимо вышеперечисленных тематических разделов, можно условно выделить ещё один – тот, в котором описываются и анализируются эпидемиология и деятельность национальных систем здравоохранения в борьбе с распространением аутизма. По сути, это публикации статистического, отчётного характера, из которых можно получить сведения об актуальном уровне распространённости аутизма в разных зарубежных странах, а так же о тех мерах помощи и поддержки лицам с аутизмом, которые предпринимаются на государственном уровне и в частном порядке).

Подводя итог всему вышеизложенному, мы приходим к выводу о том, что современный этап развития учения об аутизме за рубежом характеризуется высокой активностью представителей научных сообществ. Как и в предшествующие периоды, наиболее активно научные исследования осуществляются американскими учёными.

2.3. Зарубежная практика реабилитации лиц с аутизмом

Как отмечалось выше, наиболее активно исследовательская деятельность по проблематике аутизма осуществляется в США. Соответственно, практика реабилитации лиц с аутизмом так же активно развивается именно в этой стране. В этой связи рассмотрим, в первую очередь, американский опыт сопровождения лиц с аутизмом.

Федеральным законодательством США предусмотрена бесплатная терапия по специальной программе «Раннее вмешательство» (Early Intervention), предусматривающей работу с ребёнком специалистов по развитию речи, по мелкой моторике, сенсорике, психологов и педагогов. Это тот минимум, который обязаны дать ребёнку с аутизмом в любом штате, независимо от уровня доходов его родителей. Обучение опорным базовым навыкам – главная задача программы.

Главная задача программы – формирование опорных базовых навыков. Программа развития и поддержки очень интенсивная – от 20 часов в неделю и больше, что требует от родителей пересмотра всего режима дня и его подстройки под график работы специалистов с ребёнком. При этом, разрабатывая индивидуальный план занятий, специалисты учитывают специфику дефекта, поэтому расписание занятий соответствует психофизиологическим особенностям ребёнка.

Во всех, без исключения, штатах предусмотрена возможность прямого обращения к координаторам программы «Раннее вмешательство» через Агентство раннего развития, минуя процедуры врачебных освидетельствований. Координаторы выезжают на дом к обратившимся и проводят первичное анкетирование, результаты которого позволяют оценить обстановку и, при наличии показаний, организуют проведение обследований

специалистами и определяют индивидуальный перечень сервисов, предусмотренных программой «Раннее вмешательство».

Принципиально важный момент, на который следует обратить особое внимание, - это тот факт, программа «Раннее вмешательство» оплачивается из городского и федерального бюджетов, поэтому от родителей ребёнка с аутизмом (или подозрением на РАС) не требуется наличия медицинской страховки на ребёнка. В Агентстве так же можно получить консультацию по вопросу наиболее подходящей страховки, если родители собираются её оформить.

Более того, помощь Агентства раннего развития доступна даже для нелегалов, так как по закону каждый ребенок, нуждающийся в сервисах, обязан их получить, независимо от его статуса и статуса его родителей.

В ситуации, когда диагноз «аутизм» не подтверждается, но в ходе обследования ребёнка у него обнаружилось нарушения в развитии (задержка психического развития и иные), родителям предоставляется право на осуществление терапевтических мероприятий, но в менее интенсивном режиме, нежели предусмотрен для аутистов.

Вся информация об участии ребёнка в этой программе – строго конфиденциальная. Информация о полученной помощи с рождения до трёх лет хранятся в Департаменте здравоохранения и по истечении семи лет уничтожается.

С 3 до 5 лет – это программа CPSE – для дошкольного специального образования, с 5 до 18 лет - программа CSE – для школьного специального образования; все файлы хранятся в Департаменте образования и строго засекречены. У учителей вашего ребенка нет доступа к этой информации.

Когда ребенок становится старше и возникает вопрос выбора школы, родителям оказывают помощь в выборе образовательного учреждения. В каждом штате, в каждом округе в департаментах образования есть отделы,

которые занимаются конкретно детьми с особенностями в развитии, которые учатся в специализированных классах в государственных бесплатных школах, либо по индивидуальному плану обучения в обычных классах.

Впервые закон о специальном образовании для детей-инвалидов был одобрен Конгрессом США в 1975 году, а с 2004 года действует акт, направленный на улучшение условий образования для школьников-инвалидов (Individuals with Disabilities Education Improvement Act 2004). Сейчас в государственных школах Нью-Йорка успешно используется инновационная академическая программа ASD Nest («Гнездо»), направленная на создание комфортной среды для детей с расстройствами аутистического спектра. Постепенно её внедряют и в других штатах.

«Гнездо», по мнению экспертов, самая эффективная программа инклюзивного образования, что подтверждается статистическими данными, а именно: за период с 1991-го по 2001 год доля детей-аутистов, которые проводили значительную часть своего времени в общих классах, по всей стране увеличилась втрое.

Обеспеченные семьи зачастую выбирают не государственное, а частное образование для своих детей с особенностями развития. Частная специализированная школа стоит от 60 до 90 тысяч долларов в год, и если обратиться к адвокатам, городские власти (или власти штата) обязаны частично или полностью оплатить обучение. Система возмещение расходов на обучение ребёнка в частной школе выглядит следующим образом: родители оплачивают всю сумму, а затем обращаются к юристам, которые помогают собрать все необходимые документы, подтверждающие, что ребёнку лучше учиться в такой школе, после чего обращаются в суд. Судебные разбирательства длятся в среднем около года. При благоприятном исходе дела власти возвращают от 70% до 100% той суммы, которую родители заплатили за образование своего ребёнка. Однако такая практика не

является постоянной и широко распространённой, так как услуги юристов, имеющих опыт в ведении таких дел, являются дорогостоящей услугой (не менее 7 тысяч долларов), что недоступно не только малообеспеченным семьям, но даже семьям со средним уровнем доходов.

Рассматривая вопрос о практике оказания помощи и поддержки лицам с аутизмом в США, следует упомянуть о том, что наиболее популярной в стране является методика поведенческой терапии, одобренная FDA (федеральным агентством при Министерстве здравоохранения), с накопленной за 30 лет базой данных и позитивным результатом – это АВА (Applied Behavior Analysis – прикладной анализ поведения). Сопоставление результатов в условиях открытой конкуренции показало намного более высокую эффективность этой методики. По причине высокой эффективности АВА-терапии она одобрена большинством частных страховок – Aetna, United Healthcare, Oxford (by United), Cigna, Empire Blue Cross Blue Shield, Empire Child Health Plus, Tricare, Fidelis, Magellan, что позволят их обладателям получать трёхкомпонентный набор профессиональной помощи: индивидуальную терапию, семейную подготовку и социальные навыки. Занимаются с детьми в детских садах, школах, специализированных частных или государственных учебных центрах продлённого дня; терапевты могут проводить занятия на дому. Расходы по программе АВА не покрываются страховой суммой самого популярного среди людей с низким и средним уровнем доходов полиса Medicaid, поэтому многим семьям недоступны.

Дети с диагнозом «расстройства аутистического спектра» автоматически квалифицируются на оплату инвалидности SSI от правительства, а также на инвалидность по Medicaid на всю жизнь, однако система так устроена, что если ребёнок получил Medicaid и SSI по инвалидности, то для оплаты АВА-терапии родителям придётся всё равно приобрести частную страховку. Если же есть Medicaid без инвалидности, то,

например, в Нью-Йорке он может поменять Medicaid на Child Health Plus. Семьи могут обратиться напрямую в агентства, где им помогут разобраться со страховками для АВА-терапии. Вместе с консультациями по страховкам дети с постоянной инвалидностью могут получать дополнительные услуги (то есть, помимо бесплатного школьного образования) через систему образовательных учреждений.

Ознакомиться с возможностями помощи и поддержки лицам с аутизмом можно и самостоятельно. Самые популярные и заслуживающие доверия виртуальные источники информации – это сайты «Аутизм говорит» («Autism speaks») и «Психология сегодня» («Psychology today»). Через эти интернет-ресурсы семьи могут обратиться в поисках оплачиваемой страховкой профессиональной поддержки, поскольку каждая страховая компания указывает здесь список рекомендованных провайдеров своей сети обслуживания.

На сегодняшний день более 40 штатов приняли законы, которые требуют от частных медицинских страховок покрывать лечение аутизма. Согласно данным сайта «Аутизм говорит», такие законы не приняты ещё в штатах Алабама, Айдахо, Мэриленд, Северная и Южная Дакота, Оклахома и Вайоминг. Кроме того, большинство частных страховок действуют до определенного возраста, как правило, до 21 года. Однако есть различные фонды, оказывающие материальную помощь. На сайте «Аутизм говорит» постоянно обновляется список возможных грантов. Например, предлагаются стипендии для детей, занимающихся плаванием, оплата специализированных летних лагерей и даже гранты на обучение в колледже.

Разнообразные услуги доступны для поддержки не только особенных детей, но и их семей, их братьев и сестёр. Некоторые некоммерческие организации, такие, как советы местных сообществ «Аутизм говорит»,

предоставят бесплатную поддержку, в частных агентствах проводят семейное обучение и индивидуальную терапию.

К детям, получающим помощь по вышеуказанным программам, в том числе – русскоязычным, приглашают двуязычных специалистов, которые постепенно переводят ребёнка на англоязычные программы. Если родители не знают английского языка или не владеют им достаточно свободно, им предоставляют переводчика.

В старших классах школы специалисты помогают подобрать специализированные программы, которые люди с особенностями развития могут посещать в дальнейшем. Эти программы организуются различными агентствами и оплачиваются по страховке Medicaid.

В Бруклине существует организация под названием «Ленни’с Лайтхауз», руководителем которой является русская женщина Фира Канцепольская, эмигрировавшая в США вместе со своим сыном Леонидом, которому на тот момент исполнился 21 год, и он уже не мог пользоваться сервисами американских государственных программ помощи лицам с аутизмом. Ф. Канцепольская получила второе высшее образование по психологическому профилю и организовала свой проект специально для взрослых русскоязычных аутистов. В планах организации – создание специализированного дома-интерната для взрослых людей с аутизмом, не владеющих достаточным для самостоятельной жизни объёмом социальных компетенций и поддержки со стороны родителей.

Около 15% взрослых людей с РАС в США получают профессиональное или высшее образование по окончании общеобразовательной школы. Число людей с РАС, зарабатывающих на жизнь, увеличивается в течение последних 30 лет, однако пока не превысило 50%, причем почти половина из них работают на специально созданных предприятиях с облегченными условиями труда. Так как лишь немногие

люди с РАС, занятые подобным образом, затем самостоятельно выходят на рынок труда, с начала 2000-х годов работа на специально созданном рабочем месте с облегченными условиями более не является допустимой целью трудоустройства людей с РАС, что отражено в соответствующих документах по профессиональной реабилитации Департамента образования США. Вместо этого предпринимаются усилия по созданию рабочих мест, где люди с РАС могут работать вместе с сотрудниками, не имеющими ограничений, с поддержкой и помощью при необходимости [82].

В США существуют разные способы организации жизни взрослых с РАС – дома совместного проживания, часто одновременно предоставляющие рабочее место, самостоятельное проживание (с поддержкой и без поддержки), учреждения ухода для людей с умственной отсталостью. Свободных мест остро не хватает, и в очереди стоят тысячи людей с РАС. Отдельной проблемой является недостаточно эффективная интеграция, например, в домах совместного проживания до 50% людей с РАС покидают учреждение уже в первый год пребывания.

Вместе с тем, есть многочисленные примеры очень успешных проектов, таких как Чэпл Хилл в штате Коннектикут, где организованы условия для проживания 250 людей с аутизмом и другими нарушениями развития, а также проводятся программы перехода к более или менее самостоятельному проживанию для людей, которые по возрасту должны покинуть систему обязательного образования в соответствии с актом об образовании инвалидов.

В США создаются специальные фонды и иные общественные организации, оказывающие поддержку лицам с аутизмом.

Крупнейшим фондом в США является созданный в 2005 году Autism Speaks. Его основные функции - финансирование исследований в области аутизма и повышение информированности населения о РАС. Кроме того, он

издает руководства для родителей и специалистов и недавно опубликовал видео-гlossарий, при помощи которого можно распознать ранние признаки РАС.

Одной из старейших организаций является Общество аутизма. Появившееся в 1965 году по инициативе родителей детей с аутизмом, оно сейчас представлено 150 филиалами по всей стране и оказывает юридическую, информационную и организационную поддержку семьям и людям с РАС. Раз в квартал выходит журнал Autism Advocate.

Также существуют несколько организаций представления собственных интересов, которые объединяют людей с РАС, например, Глобальное и региональное партнерство синдрома Аспергера.

Кроме того, разрабатываются специальные программы. В качестве примера можно привести программу «Сеть мониторинга аутизма и нарушений развития» (ADDM) – это группа программ, которые финансирует Центр по контролю заболеваемости и профилактике США (CDC) [106]. Её цель – оценить количество детей с расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями развития, которые проживают в различных регионах США. Филиалы сети ADDM собирают одни и те же данные, в основу которых легла Программа Атланты по выявлению нарушений развития при CDC.

В странах Евросоюза реализуется проект EAIS, аналогичный по своим характеристикам программе ADDM.

В исследованиях в рамках данного проекта участвуют 18 стран, однако на сегодняшний день сведения собраны только по 11 странам (Болгария, Чехия, Дания, Англия, Франция, Италия, Мальта, Польша, Португалия, Шотландия, Испания). Эта группа из 11 стран составляет 290 миллионов жителей (63% населения ЕС).

Согласно исследованиям, случаи РАС чаще всего диагностируются у детей в возрасте 3-4 лет (72%) и 5-6 лет (36%).

Относительно образовательных услуг, 81% стран устанавливают обязательное образование для детей с 6 лет. 6 стран заявили, что большинство детей посещают дошкольные учреждения, 5 стран не обеспечили такой информацией. 63% стран заявили, что на их территории существуют специальные образовательные центры и модули, предназначенные для развития детей с РАС: в 25% стран они представлены исключительно государственным сектором, 37% имеют центры смешанного типа (государственные, частные, частные некоммерческие, субсидированные благотворительными фондами и спонсорами). Португалия, Шотландия и Италия заявили об отсутствии специальных образовательных учреждений для детей с РАС.

Только в 4 странах все дети с РАС участвуют в государственных образовательных программах. В остальных странах большинство детей с РАС (54%) находятся на домашнем обучении, и меньшая доля обучается в специализированных социальных учреждениях и частных центрах терапии (27%). Большая доля стран (81%) имеет инклюзивные модели обучения в школах, однако также некоторые из них заявили о наличии отдельных программ для детей с РАС в общих и специализированных школах. Статистика также показала, что в данных странах чаще всего дети с РАС в возрасте 19-20 лет еще продолжают обучение в школе.

В обобщённом виде данные, характеризующие практику обучения лиц с аутизмом в странах Евросоюза, представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Сведения об обучении лиц с РАС в странах Евросоюза

[57]

Виды обучения	Число стран
- Государственные образовательные программы	3

- Домашнее обучение	6
- Социальные учреждения	2
- Центры терапии	1
Возраст продолжения школьного обучения:	
- 16-18	2
- 19-20	3
- 21	1
- Зависит от потребностей ребенка	2
- Недостаточно данных	3
Специальные программы в школах:	9
- Инклюзивное обучение	8
- Интеграция	6
- Смешанный тип обучения	7
- Отдельные программы	

В случае диагностирования РАС в анализируемых странах существуют государственные институты, ответственные за обеспечение социальными услугами данного населения. 81% стран обеспечивают услугами служб ранней помощи, психолого-медико-педагогическими и семейными консультациями (72% стран), семьи могут также получить финансовую поддержку. 63% стран сообщило о наличии программ по оказанию помощи и программ по трудоустройству для нуждающихся семей с ребенком с РАС, а также о разработке специальных программ для отдельных случаев. Исключением является Португалия, где существуют только службы ранней помощи и врачебное наблюдение, другие услуги отсутствуют.

В 81% стран доступность данных услуг зависит от определенных критериев (доход, место жительства, степень тяжести заболевания). Только одна страна заявила, что среднее время ожидания для получения услуг с момента обращения семьи – 1 месяц, в 27% стран подтвердили, что данная процедура занимает от 1 до 3 месяцев, в других странах (27%) от 3 до 6 месяцев.

Все страны имеют, по крайней мере, одну центральную организацию для людей с РАС, имеющую в основе группы взаимопомощи и поддержки. В 4 странах данные организации обеспечивают диагностирование и услуги по

ранней помощи, в 3 странах (Болгария, Франция, Португалия) они обеспечивают только услуги по ранней помощи и лечебные услуги, в 3 странах (Мальта, Чехия, Италия) эти организации не предоставляют ни одной услуги данного спектра. Дания не предоставила данных по анализируемой статье. 5 стран заявило, что 50% семей с детьми с РАС являются членами этих организаций.

В обобщённом виде сведения о социальной поддержке лиц с аутизмом в странах Евросоюза представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Характеристики социальных услуг и организаций для людей с РАС в странах Евросоюза [57]

Социальные услуги	Количество стран
Финансовая поддержка	9
Услуги социальных работников	6
Службы ранней помощи (0-3 года)	7
Поддержка на дому	6
Индивидуальная терапия	8
Обучение и консультирование семей	6
Психолого-медико-педагогические консультации	7
Последующее лечение и наблюдение	6
Индивидуальная опека	4
Время ожидания семей для получения услуг	
Менее 1 месяца	1
1-3 месяца	3
6-12 месяцев	3
Нет точных данных	4

Кроме того, за рубежом реализуется множество исследований по проблемам аутизма и других нарушений развития, которые финансируются Европейским Союзом.

Таким образом, мы видим, что в странах Евросоюза практика социальной поддержки, реабилитации и обучения лиц с аутизмом развивается гораздо менее активно, нежели в США. Тем не менее, с каждым годом численность специализированных организаций возрастает, что может

указывать на усиление внимания к проблеме распространения расстройств аутистического спектра и их последствий для будущих поколений.

Выводы по второй главе

1. Анализ литературных источников, в которых освещается история становления и развития учения об аутизме за рубежом, свидетельствует о том, что представления о сущности и причинах возникновения аутизма в зарубежной науке неоднократно изменялись. Ранние исследования утверждали психогенную природу детского аутизма, возникла дискуссия о

соотношении его с шизофренией, поскольку у этих заболеваний есть ряд общих признаков. Впоследствии связь между аутизмом и шизофренией неоднократно подвергалась сомнению. В настоящее время принято рассматривать аутизм в качестве особого психического заболевания, характеризующегося собственной клинической картиной.

2. История развития учения об аутизме состоит из четырёх этапов: донозологического, доканнеровского, каннеровского и послеканнеровского. В то же время количество и содержание публикаций современных зарубежных исследователей даёт основание для выделения пятого – современного – этапа в периодизации развития учения об аутизме.

3. Наибольшие доли научных изысканий современных учёных приходятся на исследования причин аутизма и факторов риска возникновения этого заболевания, сопутствующих проблем и расстройств, вопросы дифференциальной диагностики.

4. Анализ практики реабилитации лиц с аутизмом за рубежом показывает, что наиболее активно эта деятельность осуществляется в США, где постоянно разрабатываются программы социализации аутистов, апробируются комплексные и частные методики обучения детей и взрослых с расстройствами аутистического спектра. В странах Западной Европы такая деятельность осуществляется менее активно, однако в последние годы проблеме потребностей и возможностей лиц с аутизмом в странах Евросоюза уделяется всё больше внимания. Это связано, в первую очередь, с постоянно увеличивающейся частотой постановки диагноза «РАС».

Глава 3. Культурно-исторический анализ развития знаний об аутизме в России

3.1. Появление и развитие знаний об аутизме в России

Первые сведения об аутизме в отечественной науке появились в 20-е годы прошлого столетия в трудах психиатров, посвящённых изучению закономерностей и особенностей течения шизофрении и шизоидной

психопатии в детском возрасте. Наиболее подробно проблемы, характерные для аутистов, были описаны в работах Г.Е. Сухаревой и М.О. Гуревича. Именно в их публикациях шизоидная психопатия получила своё второе наименование – аутистическая психопатия [83]. Г.Е. Сухаревой аутистические расстройства описывались в контексте шизофренических расстройств на протяжении более чем 30 лет, и многие сведения легли в основу трудов детских психиатров, вплотную занявшихся проблематикой детского аутизма во второй половине 1960-х годов.

Наибольший вклад в развитие науки об аутизме в этот и последующий периоды внесли С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев, О.П. Юрьева, М.Ш. Вроно, В.М. Башина, В.Е. Каган, К.С. Лебединская и другие учёные.

Первоначальные представления о проявлениях аутизма как симптомах психических заболеваний (главным образом, шизофрении) в конце 1960-х годов начинают претерпевать значительные изменения. Так, О.П. Юрьевой было выдвинуто предположение о том, что проявления детского аутизма могут быть признаками психического дизонтогенеза, предваряющего начало психического заболевания, которое было подтверждено, и, тем самым, позволило отграничить аутизм от шизофрении [58].

В.М. Башина продолжила изучать проявления детского аутизма, предшествующие началу заболевания и проявляющиеся в его процессе, в результате чего выделила конституциональные формы детского аутизма [7-14].

С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев направили свои научные изыскания на обнаружение подтверждений гипотезы о том, что причиной детского аутизма может быть особая органическая недостаточность центральной нервной системы [55, 56].

В дальнейшем это направление развил в своей исследовательской деятельности В.Е. Каган, который рассмотрел возможности сложного

взаимодействия различных патологических факторов и выявления нейropsychологических механизмов формирования синдрома детского аутизма [33].

К середине 1980-х годов в отечественной науке сформировалось двойственное представление о происхождении и сущности детского аутизма. С одной стороны, оформилось понимание возможной полиэтиологии детского аутизма. С другой же стороны, сохранилось убеждение, что синдром детского аутизма может проявиться в рамках ранней детской шизофрении. Второе противоречило появившимся к тому времени достижениям зарубежной науки об аутизме и, по большей части, было следствием традиционно сложившихся различий в определении самой детской шизофрении. Речь в данном случае идёт о выделенных ещё Г.Е. Сухаревой двух клинических форм детской шизофрении: острой и вялой, проявляющейся в более раннем возрасте симптоматикой, тесно связанной с проблемами психического развития ребенка. С вялым течением заболевания и связывалась в отечественных представлениях возможность формирования синдрома детского аутизма в рамках ранней детской шизофрении. Заметим, что такая точка зрения не изжила себя до сих пор, однако сегодня подобные воззрения являются, скорее, исключением, нежели закономерностью.

Начало исследованию феномена детского аутизма в психологическом аспекте было положено К.С. Лебединской, которая в 1975 году создала на базе Института Дефектологии АПН СССР (теперь Институт коррекционной педагогики РАО) экспериментальную площадку для работы с аутичными детьми, сформировав рабочую команду из выпускников и дипломников кафедры психологии МГУ, учеников известного психолога В.В. Лебединского. В течение трёх лет велась подготовительная работа теоретико-методологического характера, и в 1978 году под руководством

К.С.Лебединской открылась первая в стране экспериментальная группа медико-психолого-педагогической коррекции детского аутизма. Уникальность этого проекта заключалась не только в том, что впервые детский аутизм стал изучаться в плоскости психологии, за пределами психиатрии, но и в том, что исследовательская деятельность рабочей группы была нацелена не только на выявление закономерностей и особенностей развития детей-аутистов, но и на разработку и апробацию приёмов специальной помощи в психическом развитии [43].

С началом реализации этого проекта фокус внимания сместился с собственно клинических проявлений аутизма на специфику поведения детей с аутистическими расстройствами и возможности организации развивающего взаимодействия с ними. Что касается исследования особенностей течения заболевания, то здесь получила распространение практика лонгитюдных наблюдений и анализа долгосрочных историй развития личности аутистов.

Особое внимание уделялось сбору данных об особенностях раннего развития, сведения о котором собирались в процессе многократных бесед с ближайшим окружением детей, фото- и видео-документов.

Коррекционная работа стала осуществляться в тесном контакте и взаимодействии с семьёй ребенка и предполагала совместную оценку динамики психического и социального развития ребёнка.

Заметим, что в описываемый период отечественное учение об аутизме развивалось относительно автономно. Советские учёные, безусловно, отслеживали мировые тенденции в исследовании проблем аутизма, использовали любую возможность для ознакомления с результатами научных изысканий своих зарубежных коллег, старались учитывать их опыт разработки методики коррекционной работы с детьми-аутистами в собственной практике, адаптировали диагностический инструментарий. Однако непосредственное взаимодействие с зарубежными учёными, по

причинам идейно-политического характера, было затруднено, и ситуация стала меняться в лучшую сторону лишь в 90-е годы прошлого столетия [62].

С этого момента, благодаря активному освоению отечественными исследователями теоретического и практического зарубежного опыта исследования аутизма, оформилось принципиальное новое понимание того, что в основе нарушения психического развития при аутизме лежит особая биологическая дефицитарность, и характер развития заболевания во многом обусловлен условиями воспитания аутичного ребёнка, а именно: одни условия смягчают трудности, испытываемые ребёнком с аутизмом, другие – усугубляют.

Применительно к вопросу о биологической дефицитарности, лежащей в основе нарушения психического развития при аутизме, следует заметить, что детально характер этой дефицитарности ещё не изучен, однако совершенно очевидно, что она имеет системный характер, затрагивая не только нервную систему ребёнка, но и иммунную, эндокринную системы, обмен веществ, пищеварительную систему, общее соматическое состояние.

Установление факта системного характера нарушений при аутизме позволило отечественным исследователям сделать вывод о том, что первостепенное значение в коррекционной работе имеет не медикаментозная терапия, а психолого-педагогическая работа [91].

Так, К.С. Лебединская отмечала, что медикаментозная терапия решает задачу сглаживания отдельных патологических проявлений, в то время как конечной целью комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям с аутизмом является помощь развитию взаимодействия аутичного ребёнка с близкими и специалистами. Таким образом, медикаментозное воздействие на организм ребёнка должно осуществляться в соответствии с общей логикой психокоррекционной работы, и его эффективность будет напрямую зависеть от того, насколько выбранная для медикаментозного

воздействия мишень будет согласовываться с общими законами психического развития и спецификой его нарушения у аутичного ребенка [43].

К началу 1990-х годов существенные изменения произошли и в понимании испытываемых ребёнком с аутизмом сложностей эмоционального контакта, коммуникации и социального развития. Если первоначально клинические, нейрофизиологические и нейропсихологические исследования, проводимые специалистами, больше обращали внимание на снижение активности и специфику реакций аутичного ребенка на сенсорные стимулы, часто проявляющуюся в особой ранимости, то клинические и этологические исследования добавили к этому данные о снижении у него порога дискомфорта в восприятии новизны и социальных стимулов. Всё это отражало неблагополучие ребенка в аффективной сфере, и могло трактоваться как основная причина избегания слишком активных социальных контактов, сопротивления изменениям, а также фиксации страхов, действительно часто связанных с гиперчувствительностью ребенка.

Последующие исследования выявили и значительное неблагополучие в когнитивной сфере аутичного ребенка, появились сведения о трудностях развития функциональных систем, отвечающих за организацию процессов восприятия и целенаправленного поведения. Экспериментальные исследования представили данные о проблемах формирования всех психических функций (прежде всего, в области их использования для решения реальных жизненных задач): неадекватности сенсомоторного развития задаче овладения умениями, необходимыми каждому ребёнку в быту; неиспользовании ребенком речи как средства коммуникации; несформированности мышления как средства дифференциации и обобщения бытовых представлений об окружающем.

Описание аутизма с позиции представления о нём как о системном нарушении психического развития наиболее полно представлено в трудах О.С. Никольской и Е.Р. Баенской [61].

Таким образом, отечественные научные знания об аутизме развивались относительно автономно, однако они прошли тот же путь, что и в зарубежной науке – от представлений об аутизме как о симптоматике, сопутствующей детской шизофрении, до логически обоснованного тезиса о том, что аутизм – специфическое расстройство, имеющее системный характер и поддающееся коррекции путём комплексных медико-психолого-педагогических воздействий. В русле такого понимания осуществляются современные исследования проблематики аутизма.

3.2. Обзор современных исследований феномена аутизма в отечественной науке

Основной массив современных исследований феномена аутизма в отечественной науке можно условно разделить на три категории, в зависимости от области исследования: медицинские исследования, психологические и педагогические.

Разумеется, каждая из этих категорий соприкасается с другими, однако акцент, всё же делается на медицинский, психологический или педагогический аспект.

Рассмотрим результаты исследований в каждой из категорий.

Медицинский аспект проблемы аутизма представлен большим количеством научных трудов, в которых изучаются вопросы клинической картины РАС и подходы к терапии аутистических расстройств.

В диссертационном исследовании Л.В. Варанковой описывается клинико-динамическая характеристика и реабилитация лиц с РДА на

примере Томской области [19]. Впервые на материале Томской области проведено изучение учтенной болезненности больных, страдающих ранним детским аутизмом, за период с 1990 по 2002 г., определены клинические проявления синдрома раннего детского аутизма в рамках различных нозологических форм у детей разных возрастных групп, выявлены особенности течения аутистических расстройств.

Данные этого исследования оказались очень важными для региональной медицинской статистики, так как внесение изменений в МКБ-10, в той её части, которая касается диагностических критериев РАС, привело к массовому изменению диагнозов у больных, состоящих на учёте в медицинских учреждениях Томской области. Изменения в диагнозах затронули две трети больных аутизмом. Помимо уточнения диагнозов, автором был проведён сравнительный анализ эффективности оригинальных программ реабилитации детей-аутистов. Это, в свою очередь, послужило стимулом для пересмотра организационной структуры помощи лицам с аутизмом в регионе.

В диссертации доктора медицинских наук Н.В. Симашковой [79] совершенно справедливо замечено, что однозначных подходов к использованию психофармакотерапии для лечения расстройств аутистического спектра, в том числе атипичного аутизма, на данном этапе не существует. В связи с этим автором было проведено комплексное изучение возможных дифференцированных психофармакологических подходов к терапии атипичного аутизма в детском возрасте в сочетании с реабилитационными мероприятиями.

Исследование показало, что подходы к фармакотерапии атипичного аутизма в периоды перенесения регрессивно-кататонических приступов психоза с тяжелым аутизмом разного происхождения (при детском

процессуальном аутизме, синдроме Мартина-Белл, синдроме Дауна, и на 2-3-й стадиях болезни при синдроме Ретта) единые.

Красноперовой М.Г. был проведён сравнительный анализ психопатологии, клиники и течения процессуального детского аутизма при разных вариантах манифестного психоза [38]. Прикладная ценность настоящего исследования заключается в том, что, глубоко проанализировав особенности задержки психического развития при процессуальном детском аутизме, автором были разработаны эффективные схемы комбинированной психофармакотерапии поведенческих и когнитивных нарушений при названном типе аутистического расстройства.

Исследование П.Ю. Завитаева [31] нельзя назвать сугубо медицинским. Оно, скорее, находится на стыке медицины и психолингвистики, однако результативная сторона, всё же, больше представлена в медицинском аспекте и предназначается для практического использования психоневрологами для дифференциальной диагностики.

П.Ю. Завитаевым впервые изучены структурно-динамические характеристики аутизма и его важнейшего аспекта – аутистической трансформации личности. В исследовании речевого поведения больных с аутизмом применена, в дополнение к традиционному клинко-психопатологическому исследованию, модифицированная лингвистическая методика компонентного анализа, в сочетании с экспериментальным психолингвистическим исследованием структуры значений слов, а также методами многомерной математической статистики. Нарушения речевых структур рассмотрены как ведущий субъективный фактор патогенеза аутизма. Выявлены основные лексико-семантические особенности речевого поведения и механизмы патологического смыслообразования при аутизме. Выделены новые специфические симптомы аутизма (гиперономность лексики, симптом аллонима, интерсубъективная и интрасубъективная

аутистические установки) и этапы семантогенеза (стадии семантической инкогеренции, семантического конституирования и семантической эксплицитности).

Результаты исследования имеют значение для дифференциальной диагностики аутизма и шизофрении в клинической практике. Тематический словарь аутистической лексики и выделенные специфические лексико-семантические характеристики аутизма позволяют распознать и выявить аутистический феномен в процессе клинического диалога, а также провести дифференциальный диагноз с иными психопатологическими феноменами. Выявленные лексико-семантические особенности речевой деятельности способствуют более глубокому пониманию больных с аутизмом, что имеет существенное значение при разработке системы реабилитационных мероприятий для таких больных.

Не менее ёмкой по количеству научных трудов является психологическая категория исследований, посвящённых проблематике аутизма. Специалистами психологического профиля исследуется специфика формирования, развития и проявления различных психологических феноменов в контексте заболевания аутизмом.

Так, В.С. Пробылова посвятила своё диссертационное исследование особенностям формирования самосознания у детей дошкольного возраста с РДА [70]. Для проведения исследования была сформирована выборка из пятилетних детей, так как именно в этом возрасте при нормативном развитии происходят коренные преобразования в самосознании.

Автором впервые изучались особенности когнитивного и аффективного компонентов самосознания пятилетних дошкольников с детским аутизмом. Значительный объём фактических данных позволил выявить общие возможности дошкольников с детским аутизмом в компенсации дефектов личностной и эмоциональной сферы в специально

организованных условиях. Кроме того, на основе полученных данных определены условия, и методы, оптимизирующие формирование у детей представлений о себе, эмоционального отношения к себе и значимым другим. Всё это без преувеличения можно назвать существенным вкладом в обогащение соответствующих разделов специальной психологии.

В предыдущих разделах работы мы уже упоминали имя Е.Р. Баенской. Помимо того, что она внесла весомый вклад в развитие учения об аутизме, как о системном нарушении, её заслуга заключается в том, что ею были проведены фундаментальные исследования аффективной сферы развития детей с аутизмом в раннем возрасте. Результаты этих исследований отражены в кандидатской и докторской диссертациях [6]. Особая значимость этих исследований обусловлена, в первую очередь, тем фактом, что изучение аффективной сферы детей раннего возраста, само по себе, представляет большие сложности по причине отсутствия подходящего диагностического инструментария. Аффективная сфера детей раннего возраста может быть изучена только путём лонгитюдных наблюдений, а для этого требуется долгая и тщательная предварительная подготовка карт наблюдения с выделением диагностически значимых критериев.

В работах Е.Р. Баенской впервые выделена и психологически обоснована прогностическая значимость различных сочетаний ранних признаков аффективного неблагополучия, оформляющихся впоследствии как синдром детского аутизма. Прослеживается динамика их развития. Предложен новый дифференцированный подход к определению различных вариантов ранних этапов аутистического дизонтогенеза.

Результаты исследования позволили по-новому рассмотреть закономерности раннего аффективного развития в норме, уточнить критерии его благополучия. Кроме того, были выделены основные этапы, отражающие последовательность формирования механизмов аффективной регуляции

поведения, отвечающих за установление индивидуальной дистанции ребенка в отношениях с окружающим, разработку важных стереотипов его жизни, развитие эмоциональной связи с близкими и его активного взаимодействия со средой.

Для оценки уровня эмоционального развития ребенка, выбора мишени и формы коррекционного воздействия предлагается рассматривать, прежде всего, динамику становления системы организации поведения. Каждый симптом неблагополучия рассматривается при этом не изолированно, а в контексте общих тенденций развития аффективной сферы.

Значительный интерес представляет научное исследование Д.Б. Жукова [30], в ходе которого впервые в отечественной психодиагностической и психокоррекционной практике с помощью комплекса методик было изучено влияние биологических, психологических и социальных факторов на течение раннего детского аутизма, проведено исследование мировосприятия аутичных детей с помощью психолингвистического метода, а также детально изучены особенности структуры личности матерей в первичной социальной группе детей-аутистов и отношения матерей аутичных детей к разным сторонам семейной жизни. Прослежена связь терапевтической динамики детей с этими особенностями.

Результаты исследования дают возможность составлять адекватный план работы с семьей, в которой воспитывается аутичный ребёнок, а также прогнозировать степень успешности терапевтической работы. Это позволит создавать более целенаправленные обучающие программы, а также повысить эффективность психологической коррекции и психотерапии аутичных детей, которые, как известно, характеризуются высокой степенью резистентности.

Исследованию особенностей целостного восприятия и его роли в конструкторской деятельности у детей с аутизмом посвящён научный труд Г.Л. Чухутовой [90]. Автором убедительно доказано, что возможности

распознавания изображений в затрудненных условиях у детей 4-9-ти лет напрямую зависят от общего когнитивного развития. Спонтанная тенденция к приоритету глобальной формы нарастает на протяжении периода 4-9 лет как у типично развивающихся детей, так и у детей с аутизмом и наряду с общим уровнем когнитивного развития определяет возможности распознавания изображений в затрудненных условиях.

Аномальное ослабление спонтанной тенденции к приоритету глобальной формы у детей с аутизмом снижает возможности распознавания изображений в затрудненных условиях и проявляется в их конструкторской деятельности в виде направленности на локальные признаки и недостаточного учёта конфигурации.

Результаты этого исследования могут быть использованы при разработке программ обучения детей с аутизмом.

Специфике родительско-детских отношений в семьях, в которых воспитываются дети с аутистическими расстройствами, посвящено диссертационное исследование Т.Н. Высотиной [24].

В ходе исследования установлено, что родительское отношение к детям с атипичным аутизмом отличается особой структурой и характеризуется рассогласованностью между эмоциональным, когнитивным и поведенческим компонентами. Родительское отношение к детям с умственной отсталостью менее противоречиво, чем к детям с атипичным аутизмом, и основывается на авторитарном стиле взаимодействия с ребенком.

Существенную роль в искажении родительского отношения к детям с атипичным аутизмом играют защитные механизмы личности матерей и отцов, что следует учитывать при разработке программ комплексного сопровождения семей, в которых воспитываются дети с аутизмом, в той их части, которая относится к психологической и психотерапевтической поддержке родителей аутичных детей.

В рамках педагогического направления исследования аутизма Н.Б. Лаврентьевой изучался вопрос о возможностях подготовки детей-аутистов к обучению в школе [40]. Выбор именно этой проблематики обусловлен тем фактом, что с начала 2000-х годов на фоне роста численности детей с РАС по всей стране стали ликвидироваться специализированные образовательные учреждения для детей с особенностями в развитии. Последнее, в свою очередь, стало результатом начавшейся реформы в системе общего образования, базовым курсом которой стал переход сначала на интеграцию детей с особыми образовательными потребностями в общеобразовательное пространство, а затем – на инклюзию.

На основе понимания первичности нарушений аффективного развития и связанного с ним смыслообразования при аутизме определены особые образовательные потребности детей с аутизмом и обоснованы специфические задачи педагога на этапе подготовки к школьному обучению. Показано, что особые образовательные потребности детей с аутизмом задают собственную логику организации коррекционного обучения; обоснована и доказана возможность использования элементов специальных методик, разработанных для детей с другими проблемами развития, которые, встраиваясь в иную логику организации учебного процесса, меняют свою направленность.

Раскрыта логика построения и содержание коррекционной работы по подготовке к школе детей с аутизмом, и тем самым начата разработка системы коррекционного обучения аутичных детей, направленная на осмысленное освоение ими умений и навыков в любой предметной области обучения. Показано, что, следуя предложенной логике работы по подготовке к школе, удастся сформировать предпосылки учебного поведения и предупредить механическое освоение навыков чтения и письма детьми с аутизмом, что открывает перспективу их обучения в массовой школе.

Результаты исследования могут стать основой для разработки методических рекомендаций по подготовке аутичных детей к школьному обучению, которые будут использоваться не только специалистами (педагогами-дефектологами, логопедами, психологами, воспитателями), но и родителями, воспитывающими детей с данным нарушением развития.

При рассмотрении вопроса о клинико-психолого-педагогической характеристике феномена аутизма мы неоднократно упоминали о том, что одной из самых значимых проблем, обусловленных аутистическими расстройствами, являются проблемы социального взаимодействия в целом и коммуникации, в частности. С педагогической точки зрения, к проблеме формирования у детей с аутизмом коммуникативных навыков обращается в своём исследовании А.В. Хаустов [88].

В процессе исследования установлена вариативность сформированности коммуникативных навыков у детей дошкольного возраста с детским аутизмом. Автором разработан и осуществлён дифференцированный подход к формированию коммуникативных навыков у дошкольников с детским аутизмом; определены направления, содержание и приёмы педагогической коррекции, способствующие формированию коммуникативных навыков у дошкольников с детским аутизмом; разработана и апробирована система индивидуальных и подгрупповых занятий, направленных на формирование коммуникативных навыков и включающих использование игровых приемов.

В научном труде Ю.Л. Щербининой отмечается, что «обучение плаванию, в том числе детей-аутистов, решает задачи государственного значения, так как является одним из эффективных оздоровительных средств и безмедикаментозной реабилитации, существенно повышает физическое, умственное и психическое развитие ребенка, поднимает социальный статус ребенка, адаптируя к современным требованиям общественного развития и

служит основной профилактической мерой в устранении несчастных случаев на воде» [96].

Автором было выдвинуто предположение о том, что применение комплексной программы начального обучения плаванию детей с РДА с использованием средств АФК будет способствовать коррекции особенностей психомоторики ребенка и совершенствованию процессов обучения и самообслуживания, тем самым, обеспечивая более полное решение задач его социальной абилитации. В процессе исследования гипотеза подтвердилась.

Значимость данных, содержащихся в настоящем исследовании, заключается в том, что получены новые сведения о влиянии начального обучения плаванию на уровень развития психомоторики, психолого-педагогического статуса и психо-эмоциональной сферы ребенка с РДА младшего школьного возраста, а так же обоснованы организационно-педагогические особенности построения занятий адаптивным физическим воспитанием этой категории.

Благодаря таким исследованиям, появляется возможность организации системы адаптивного физического воспитания и спорта аномальных детей. В данном конкретном случае наглядно продемонстрировано, что начальное обучение плаванию – это богатейший ресурс для развития двигательных навыков и сглаживания моторных стереотипов в системе бытовой и социальной реабилитации аномальных детей.

Помимо трёх вышеназванных основных направлений научных исследований проблематики аутизма, отдельные исследования осуществляются в иных научных областях.

Так, например, А.С. Горина изучает механизмы развития аутизма в биохимической плоскости [26]. В процессе исследования А.С. Гориной были решены следующие задачи:

- изучены изменения содержания нейротрансмиттеров, аминокислот и их метаболитов в биожидкостях (кровь, моча, СМЖ) у детей с СДВГ и синдромами Аспергера и Каннера в стабильном психоэмоциональном состоянии и при его ухудшении;

- проведён сравнительный анализ содержания нейротрансмиттеров, аминокислот и их метаболитов при синдромах Аспергера и Каннера с целью отнесения их к общей аутистической группе заболеваний;

- определена связь полиморфизма гена транспортера серотонина при СДВГ, синдроме Каннера и коморбидности СДВГ и синдрома Каннера с клиническими проявлениями заболеваний;

- изучены особенности возрастной динамики содержания моноаминергических нейротрансмиттеров в СМЖ у пациентов с синдромом Каннера в возрастной когорте от 1 до 25 лет, у пациентов с СДВГ и коморбидностью СДВГ и синдрома Каннера в возрастной когорте от 5 до 25 лет и определить их диагностическую и практическую ценность.

Прикладная значимость полученных в ходе этого исследования эмпирических данных состоит в том, что, во-первых, анализ полученных данных осуществлялся в контексте их патогенетического и диагностического значения, а, во-вторых, автором разработаны рекомендации по подбору препаратов для оптимизации возрастных схем лечения больных детей.

С социологических позиций к проблеме аутизма обращается Н.Г. Поршнева [69].

Автором проанализированы мировые социальные практики соседства и проведено эмпирическое социологическое исследование по выявлению отношения к аутичным людям и возможностей использования практик соседства для социальной интеграции лиц с аутизмом.

Гипотезой исследования, подтверждённой в ходе социологического исследования, выступало предположение, что конструирование определения

лиц с аутизмом в обществе происходит в большинстве случаев не на основании личного опыта индивида, а на базе негативных стереотипов и некорректных априорных представлений. Отсутствие у населения коммуникативного опыта с данной категорией лиц способствует необоснованной стигматизации носителей аутизма, а отсутствие достоверной информации о специфике их заболевания детерминирует боязнь и нежелание вступать в интеракцию с ними.

Результаты данного исследования, безусловно, вносят значительный вклад в решение практических задач реализации идеи инклюзии лиц с аутизмом в социальное пространство.

Несмотря на то, что мы рассмотрели лишь часть современных научных исследований, посвящённых проблематике аутизма, можно сделать вывод о том, что отечественная наука об аутизме развивается довольно активно. Помимо авторских исследований, в последние годы стало уделяться внимание развитию масштабных национальных научно-исследовательских проектов.

В ноябре 2017 года появились сообщения о том, что учёные СПбГУ приступают к первому в нашей стране научному исследованию распространённости аутизма среди детей [68]. Необходимость в проведении такого исследования обусловлена тем фактом, что до сих пор ни медицинскому, ни психологическому, ни педагогическому сообществу неизвестно, сколько детей в России страдают аутизмом. Чтобы дети с этим диагнозом и их семьи могли получать государственную поддержку и на это были выделены бюджетные средства, и необходимо проведение данного исследования. Исследование проводится под руководством руководителя лаборатории междисциплинарных исследований развития человека СПбГУ и главы экспертного совета Фонда содействия решению проблем аутизма в России «Выход» Е. Григоренко. Исследование рассчитано на 3 года, поэтому

к концу 2020 года можно ожидать опубликования сведений о результатах этого исследования, что должно послужить предпосылкой для существенных преобразований в системе комплексного сопровождения лиц с аутизмом в нашей стране.

Подводя итог всему вышеизложенному, мы приходим к выводу о том, что современный этап развития отечественного учения об аутизме характеризуется наличием выраженного исследовательского интереса к различным аспектам изучаемой проблематики. Наибольшее количество научных изысканий приходится на медицинскую, психологическую и педагогическую сферы научного знания, однако осуществляются попытки рассмотреть проблему распространения аутизма через призму биологической науки и социологии. Кроме того, предпринимаются действия по проведению когортных популяционных исследований, которые позволят привести в надлежащее состояние статистику распространённости аутистических расстройств на территории России и, соответственно, прогнозировать дальнейшее развитие ситуации.

3.3. Российские программы обучения и специального сопровождения лиц с аутизмом

Рассмотрение вопроса о том, каким арсеналом средств обучения и специального сопровождения лиц с аутизмом располагают российские специалисты, целесообразно начать с тезиса о том, что система социальной адаптации и реабилитации лиц с аутизмом в России, как таковая, на сегодняшний день отсутствует. Это не означает полной стагнации в рассматриваемой области. Речь идёт о том, что в нашей стране осуществляются отдельные попытки реализации различных направлений

помощи и поддержки лицам с аутизмом, а также их семьям, но каждое из этих направлений развивается, по большей части, автономно, что препятствует достижению синергетического эффекта [29].

Остановимся на рассмотрении успешных, доказавших свою эффективность практиках сопровождения лиц с аутизмом в разных направлениях.

В первую очередь, обратимся к направлению ранней помощи детям с аутизмом и семьям, в которых они воспитываются.

Наиболее показателен в данном направлении опыт работы Института коррекционной педагогики. Система коррекционных воздействий, разработанных и используемых специалистами Института в работе с маленькими аутичными детьми, основана на представлении о первичной дефицитности аффективного развития при аутизме. Как при угрозе аутистического развития, так и при уже сложившемся синдроме, усилия специалистов и родителей должны быть направлены, в первую очередь, на формирование основ эмоционального и социального взаимодействия с ребёнком – на развитие так называемого разделённого переживания, которое даёт возможность поддерживать активность и стабильность ребенка в контактах с миром, развивать его избирательность, отзывчивость к эмоциональной оценке взрослого, добиваться объединения внимания на объекте общего интереса, стимулировать развитие речи, ориентированной на коммуникацию [5].

Это длительная работа, направленная на нормализацию содержания последовательных этапов аффективного развития ребёнка раннего возраста. Методы, позволяющие решать эти задачи: игровые занятия и специальная организация домашнего режима, эмоционального взаимодействия с близкими людьми, сочетание которых в едином коррекционном процессе, как показывает практический опыт, накопленный Институтом

коррекционной педагогики, особенно эффективно. Данный подход создаёт и поддерживает условия для развития непосредственного эмоционального контакта, регуляции аффективного состояния ребенка, формирования его индивидуального аффективного опыта, закладывает возможности его произвольной организации, стимулирует развитие подражания и речи.

Значительный интерес представляет опыт раннего сопровождения детей с РАС в Центре лечебной педагогики [32]. При обращении за помощью семьи с ребенком с РАС специалисты Центра ещё на первичном приёме помогают семье увидеть имеющиеся в данный момент возможности ребенка. Из беседы с родителями и из наблюдений за ребенком выясняются возможности и умения ребенка по трем следующим направлениям:

- 1) построение отношений с людьми и речевое развитие ребенка;
- 2) освоение пространства и выстраивание отношений с миром предметов;
- 3) освоение собственного тела и восприятие себя.

Для формирования в семье оптимистичного, позитивного восприятия ситуации ведется наблюдение за тем, как взрослому удаётся успокоить ребёнка, какие механизмы регуляции поведения ребенка выработаны в семье, как ребенок может успокоить себя сам, выявляются его ресурсы, его сильные стороны. Поскольку имеющиеся трудности делают ребенка одиноким даже при наличии близких людей, задача сотрудников центра – поддержать ребенка и семью, помочь семье увидеть возможности ребенка, предложить игры, соответствующие его возможностям (игры подбираются по указанным выше направлениям).

Специалистами Центра практикуются следующие формы работы с родителями:

- 1) Консультирование семьи. После первичного приема родителям предлагаются игры на установление и развитие контакта и взаимодействия с

ребенком, способы развития игры и исследовательской активности ребенка, предлагается и литература, которая может помочь родителям сориентироваться в этапах эмоционального развития ребенка и знакомит их с уже имеющимся педагогическим опытом. Через некоторое время вновь возможно обращение семьи за консультацией.

2) Работа в детско-родительских группах. Группа «Родители и дети – первый год» функционирует на основе программы РЕКiP. Программа решает задачи поддержки и развития детско-родительских отношений, помощи в формировании чуткого родительского поведения (взаимодействие между родителями, обмен опытом и поддержка друг друга), организации взаимодействия между детьми; помощь в индивидуальном развитии каждого ребенка с учетом его собственной активности, его актуальных возможностей. Группа «Ясли – второй год», основу составляют дети из групп «Родители и дети – первый год» работает с детьми с трудностями в общении. Группу ведут два специалиста, один предлагает детям игры и ручную деятельность, второй поддерживает отношения в паре «мама – ребенок». Поддержка направлена на понимание родителями потребностей детей, на умение подстраиваться под их темп деятельности, на умение поддерживать и разделять эмоции детей, на развитие контакта и взаимодействия. Группа «Ясли – третий год» устроена по такому же принципу, группа интегративная, в ней работа сориентирована на детей с уже сложившимся к этому времени синдромом РАС. Здесь дополнительно решаются задачи взаимодействия детей, поддержки их самостоятельности, помощи мамам в построении общения с детьми.

Такая последовательная и поэтапная профилактическая работа дает возможность ребенку подготовиться к дальнейшей интеграции – посещению интегративного детского сада.

Ещё один наглядный пример хорошей организации ранней помощи лицам с аутизмом и их семьям – деятельность Института раннего вмешательства (ИРАВ) по разработке и внедрению модели системной помощи семьям с детьми с аутизмом. Под системной помощью специалистами Института понимается комплекс услуг для семей с детьми раннего возраста (ранняя диагностика, эффективные программы помощи, сопровождение в ДОУ), оказываемых службами разной подведомственности при условии соблюдения принципов преемственности, междисциплинарности и семейно-центрированности [78].

Первый проект по созданию такой модели реализуется в г. Санкт-Петербурге. Модель состоит из следующих звеньев:

- Поликлиническая педиатрическая служба, которая осуществляет первичный скрининг РАС (с 1,5 лет) и при необходимости направляет детей на проведение углубленной оценки в ИРАВ.

- Служба раннего вмешательства: проводит углубленную оценку, включающую психолого-педагогическую и аудиологическую оценки, оценку невролога и психиатра, составляет индивидуальную программу помощи, включая услуги на базе ИРАВ и других городских служб, реализует программу помощи, основанную на принципах функциональной направленности, собственной активности и участия ребенка, организации окружающей среды, проводит оценку эффективности программы, разрабатывает и осуществляет программу перехода и сопровождения ребенка в ДОУ.

- Дошкольное учреждение, которое реализует задачу развития ребенка и включения его в жизнь сверстников.

Как видим, структура модели довольно проста, функциональное предназначение каждого из звеньев предельно ясно, благодаря чему такая модель позволит своевременно оказывать раннюю помощь ребенку с РАС и

его семье, выработать общие профессиональные подходы к развитию ребёнка.

Применительно к вопросу о школьном обучении детей с аутизмом, необходимо отметить, что, согласно п. 3 ст. 79 действующего закона «Об образовании в Российской Федерации» [86], для учащихся с ОВЗ должны быть созданы специальные образовательные условия. Под этими условиями понимается не только создание архитектурно доступной среды, но «и использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания».

Как отмечают эксперты, при недостаточном развитии общеобразовательной, «безбарьерной по отношению к аутизму» среды для детей с РАС, ученик оказывается не готовым в достаточной степени к жизни вне образовательного учреждения, поэтому, несмотря даже на присутствие тьютора или уменьшенное число детей в классе компенсирующего обучения общеобразовательной школы, ребёнок не всегда получает должную комплексную коррекционно-развивающую поддержку на раннем этапе обучения, и как следствие, часто выводится на индивидуальное обучение, т. е. наступает почти гарантированная «вторичная аутизация» [18].

В этой связи специалистами в области организации обучения детей с РАС в условиях общеобразовательной школы настоятельно рекомендуется постепенная, индивидуально дозированная и специально поддерживаемая интеграция его в среду обычно развивающихся сверстников. Для этого общеобразовательная школа может предложить различные формы и методы образования в структурном подразделении школы, отделении домашнего обучения и инклюзивных классах.

В качестве наглядного примера успешной реализации такого подхода можно привести опыт школы № 1321 «Ковчег», в которой на начальной ступени обучения работу по включению детей с аутизмом в среду

«нейротипичных» учеников проводят в однородном классе для детей с РАС, по типу «ресурсного». Однородность состава учеников облегчает создание комфортных условий пребывания и адаптацию методов обучения к особенностям детей [18]. Ребёнок с аутизмом должен иметь возможность следовать образцам адекватного социального поведения других детей, поэтому обязательным условием дальнейшего успеха является инклюзивный характер школы. Совместные уроки физкультуры и изобразительного искусства, общешкольные праздники, межклассовые мероприятия, дополнительное образование и многие другие пути и методы работы – всё это выступает в качестве тех инструментов интеграции, которые используются школой постепенно, всё больше приобщая детей с аутизмом к жизнедеятельности в социальном пространстве общеобразовательной школы. Исходя из особых образовательных потребностей детей с РАС, в начальных классах школы «Ковчег» используются известные специальные и общие образовательные технологии: визуальная поддержка, эмоционально-смысловой подход при изучении языка, эвристическое обучение; проектная деятельность, обучение в малых группах, парное обучение и другие интерактивные технологии и методы.

Опыт школы «Ковчег» свидетельствует о том, что при своевременной коррекционной работе многие особенности аутичного развития, затрудняющие образование, сглаживаются настолько, что к концу начальной школы дети с РАС могут учиться в инклюзивных классах самостоятельно или с тьютором.

Разработкой и апробацией механизмов интеграции детей с аутизмом в общеобразовательное пространство обычных школ занимаются так же специалисты психолого-медико-педагогических центров, и опыт некоторых из них заслуживает не только изучения, но и распространения. Речь, в частности, идёт о муниципальном ППМС-центре «Валеоцентр» в г. Тула

[27]. В 1998 году на базе Центра была открыта группа для детей с РАС, а затем и отделение лечебной педагогики и абилитации. За 15 лет в «Валеоцентр» обратились за помощью более 300 семей, 120 детей из этих семей проходят длительные курсы абилитации по развитию социально-бытовых, коммуникативных навыков, восприятия, речи, предпосылок учебной деятельности, способности к адаптации в социуме, регуляции своего состояния, продуктивной деятельности.

Работа по интеграции детей с РАС в социальную и образовательную среду ведётся в Валеоцентре с момента открытия группы для детей с РАС, и начиналась она с организации совместных программ с музеями, творческими студиями, мастерскими, спортивными базами.

В 2005 году Валеоцентр инициировал проект «Открытые двери» по интеграции детей с РАС в образовательные учреждения. Специалисты центра сопровождали своих воспитанников в дошкольных учреждениях и школах, взаимодействуя с педагогами и родителями, проводя «уроки доброты», организуя группы подготовки детей с РАС к обучению в школе.

В 2011 году стартовал муниципальный проект организации инклюзивного образования, базовыми площадками которого стали 6 общеобразовательных учреждений города, а координатором является Валеоцентр. Благодаря финансовой поддержке проекта фондом «Обнаженные сердца», стали возможны обучение координаторов и педагогов инклюзивного образования (курсы повышения квалификации, стажировки, семинары ИПИИО); поддержка учителя инклюзивной практики специалистами центра (проблемные семинары, обучающие программы, тренинги, консультации, супервизии, кураторство и медиаторская помощь); организация тьюторского сопровождения детей с РАС; проведение творческих конкурсов в поддержку талантов детей с ОВЗ и т.д.

На сегодняшний день уже 10 тульских школ участвуют в этом проекте. Более того, опыт валеоцентра по реализации образовательных и социализирующих услуг для детей с РАС нашел поддержку в других учреждениях социальной сферы региона.

Вместе с тем, для города и региона всё ещё актуальна самая распространённая общероссийская проблема развития инклюзивного образования – процесс инклюзии осуществляется слишком медленно. Для активизации этого процесса, создания надежной и гибкой основы разработана и обсуждается региональная концепция развития социальной и образовательной интеграции детей с РАС – от ранней помощи до взрослой жизни.

Успешный опыт поддержки детей школьного возраста с РАС накоплен в Центре лечебной педагогики Москвы [35]. Здесь получают помощь семьи с детьми различного возраста, и ежегодно в нём занимаются, в среднем, 80 детей школьного возраста с диагнозом РАС.

В отношении школьников с РАС Центр реализует два основных направления деятельности. Первое направление – это поддержка в освоении академических навыков и проведение коррекционно-развивающей работы по преодолению нарушений психофизического развития школьников с РАС. Реализация этого направления осуществляется посредством индивидуальных занятий со специалистами (логопедом, дефектологом, нейропсихологом и др.). Основные задачи: формирование и развитие учебной мотивации; повышение качества усвоения учебного материала; преодоление трудностей речевого, познавательного развития и др.; формирование связей между полученными знаниями и жизнью ребенка.

Второе направление – поддержка социального развития школьника с РАС. Это направление реализуется посредством организации групп «общения». Основные задачи: развитие интереса к участию в совместной

деятельности и общению с другими детьми; развитие коммуникативных навыков, в том числе с использованием средств дополнительной коммуникации; усвоение правил поведения в различных социальных ситуациях; развитие саморегуляции, произвольности, формирование социальной мотивации (стремление сделать что-то полезное для других людей) и др.

В зависимости от возраста детей, занятия в группе могут строиться вокруг совместных игр по правилам и в процессе совместной деятельности, например, на базе мастерских. Для подростков с тяжелыми нарушениями развития, в том числе с осложненными формами РАС, существует группа, в которой общение ребят организуется вокруг разных бытовых ситуаций, где одновременно происходит и освоение важных социально-бытовых навыков (приготовление простых блюд и т.п.), и развитие навыков общения, перенос имеющихся знаний в жизнь (например, составить список продуктов, определить магазин, собраться и сходить за покупками и т.д.).

В Перми решением проблем школьного обучения детей с РАС занимаются специалисты МБС (К) ОУ «Специальная коррекционная общеобразовательная школа № 18 VIII вида». Численность детей с РАС в этой школе постоянно увеличивается, прирост контингента с таким диагнозом, в среднем, составляет 4-5 человек в год [72].

Для включения детей с РАС в школьную среду педагогическим коллективом была разработана модель обучения и психолого-педагогического сопровождения данной категории учащихся.

Модель предполагает следующие направления деятельности:

- разработка локальной нормативно-правовой документации, регламентирующей обучение и воспитание детей с РАС в условиях специальной (коррекционной) школы VIII вида;

- создание условий для включения детей с РАС в школьную среду;

- обучение педагогического персонала технологиям работы с учащимися с РАС по формированию учебных, коммуникативных и социальных навыков;

- разработка индивидуальных планов развития детей с РАС;

- педагогический мониторинг результативности проведенной коррекционно-развивающей работы в отношении каждого ребенка.

Важно подчеркнуть, что в образовательный процесс активно включаются родители (законные представители). Как показал опыт работы и проведенный мониторинг, успешно адаптируются к школьным условиям учащиеся с РАС с достаточным уровнем развития коммуникативных навыков, у которых нет ярких проявлений проблемного поведения. Они копируют поведение и действия сверстников, участвуют во внеклассных мероприятиях, усваивают, в силу своих возможностей, учебный материал. Окружающие принимают этих детей. Большую роль в успешном преодолении проблемного развития ребенка играют сотрудничество школы и семьи, междисциплинарное взаимодействие педагогов, специалистов, родителей. Сложнее происходит адаптация к школьным условиям детей с РАС, не посещавших дошкольные учреждения и не получавших ранней коррекционной помощи. Препятствием для быстрой адаптации детей с РАС в образовательном пространстве является отсутствие преемственности между школой и теми семьями, которые предпочитают отстраниться от участия в образовательном процессе.

Как показывает анализ публикаций по теме исследования, решением проблемы комплексной поддержки лиц с РАС в нашей стране активно занимаются коррекционные центры, создаваемые совместными усилиями родителей детей с РАС и специалистов узкого профиля. Такие центры нередко имеют юридический статус общественных организаций, однако их вклад в развитие практики помощи и поддержки семей с детьми с РАС

зачастую оказывается гораздо более весомым, нежели вклад государственных учреждений и организаций.

Создание системы комплексной коррекционной работы с детьми с РАС и максимальное распространение высокоэффективных технологий ранней помощи и коррекционной работы по зарубежным образцам в России является приоритетной задачей Центра «Наш Солнечный Мир», который начал свою работу ещё в далёком 1991 году [94].

В построении системы эффективной комплексной реабилитации детей с РАС используются наиболее успешные зарубежные и отечественные технологии, на практике доказавшие, что до 60% детей с РАС при полноценной помощи и поддержке способны выйти на уровень высоко функционального состояния. Все применяемые методы прошли многолетнюю проверку в процессе работы с более чем 5000 детей с РАС различных возрастных групп (еженедельно занятия в Центре посещает около 300 детей). Впервые комплексная программа Центра была представлена научному сообществу в 1997 году, на международном конгрессе в Денвере (США) и получила одобрение со стороны зарубежных специалистов.

Работа, направленная на развитие, реабилитацию и социальную адаптацию детей и молодежи с расстройствами аутистического спектра и другими нарушениями развития, осуществляется в течение всего года и включает в себя:

1) Занятия со специалистами по методу АВА. «Наш Солнечный Мир» имеет официальную аккредитацию Международной Сертификационной комиссии по АВА (www.bacb.com), в Центре подготовлены более 120 специалистов, из них 3 выпускника успешно сдали международный экзамен и получили международную степень ВСВА. Онлайн-обучение прошли около 40 специалистов и более 400 родителей.

2) Занятия с использованием технологий Floortime и ТЕАССН.

3) «Метод коррекции особенностей в развитии сенсорных систем у детей с РАС» (патент № 2412727 медицинского отдела ФГУФИПС РФ), разработанный в Центре.

4) Индивидуальные занятия со специалистами по кинезиотерапии, дефектологии и логопедии, продуктивной деятельности и арт-терапии, музыкотерапии, канис-терапии, альтернативным методам коммуникации (компьютер, iPad, PECS) и др.

5) Игротерапию (индивидуальные занятия и фольклорные игровые группы).

6) Мастерские традиционных ремесел (керамическая, ткаческая, столярная, валяльная), творческие студии (живописи и музыкальная), различные формы театра (кукольный, ролевой, теневой).

7) Оздоровительный массаж, адаптивную физкультуру и занятия спортом, танце-двигательную терапию, лечебную верховую езду и инвалидный конный спорт.

8) Специальную программу занятий с родителями; обучение тьюторскому сопровождению.

Реализуются также следующие проекты:

– Социальный проект для детей с тяжелыми формами РАС, «скаутский» проект и интеграционный клуб для подростков с РАС и другими нарушениями в развитии;

– Мини-проекты: подготовка к интеграции в группу детского сада (подготовка к школе; проекты по формированию социальных навыков у детей с РАС в процессе группового взаимодействия; мульт- и кино-студии);

– Проект «Деревня» - обучение навыкам самостоятельного проживания для взрослых людей с РАС и другими нарушениями в развитии;

– Интенсивный реабилитационный курс в загородном интеграционном лагере летом.

Представленная комплексная коррекционная программа показала высокую эффективность, благодаря правильному сочетанию разнообразных методов коррекции. Методы применяются с учетом возрастных особенностей детей и степени выраженности признаков расстройств аутистического спектра. За последние 15 лет в Центре прошли обучение более 500 специалистов из разных городов России.

Обсуждая проблему поддержки лиц с аутизмом, нельзя не коснуться вопроса о том, каким образом следует осуществлять интеграцию детей и подростков с аутизмом в социальное пространство современного информационного общества. Актуальность этого вопроса не вызывает сомнений, ведь, как известно, современные дети и подростки очень активно используют информационные технологии в целях социального взаимодействия и коммуникации.

В мире накоплен немалый опыт создания программ, которые позволяют детям с РАС учиться, общаться со сверстниками и быть в этом успешными. Использование современных технологий позволило создать необходимые условия обучения для детей с РАС и выраженными нарушениями интеллекта, коммуникации и поведения в специальной школе 46 г. Санкт-Петербурга [59]. В настоящее время в школе ежегодно обучается порядка 90 детей с серьезными проблемами развития.

Данный опыт заинтересовал коллег из Нижнего Новгорода. Совместные усилия Фонда Обнаженные Сердца, Департамента Образования Нижнего Новгорода, родительской организации НРООПДиМ «Верас» центра поддержки семьи Обнаженные Сердца позволили 2013 году начать проект «Внедрение современных технологий обучения детей с расстройствами аутистического спектра в школах г. Нижнего Новгорода» [59]. В проекте принимает участие 6 коррекционных школ города.

В реализации образовательной программы, кроме российских экспертов, также принимают участие преподаватели американских университетов. Организована постоянная поддержка учителей и специалистов школ со стороны специалистов центра «Обнаженные Сердца». Кураторы – специалисты центра еженедельно посещают школы, совместно с педагогами разрабатывают программы обучения и помощи для детей.

С учётом всё большего распространения информационно-коммуникационных технологий и всё более активного их использования и в образовании, и в повседневной жизни, этот опыт представляется исключительно полезным и заслуживающим распространения во всех регионах России.

Ещё один аспект проблемы поддержки и сопровождения лиц с аутизмом касается вопросов профессионального обучения, социально-трудовой адаптации, поддерживаемого трудоустройства, независимого от семьи поддерживаемого проживания молодых людей с ментальными нарушениями, в том числе с РАС. Системных решений в этой области российским законодательством об образовании и социальной защите не предусмотрено.

В этой связи необходимо изучать и распространять опыт образовательных организаций, которые по собственной инициативе реализуют данное направление помощи лицам с аутизмом.

В качестве примера можно привести опыт Московского технологического колледжа № 21 [21], в котором первый проект по решению задач профессионального обучения и трудовой социализации лиц с РАС был запущен в 2006 году.

В специально созданном подразделении обучаются 130 человек с I и II группами инвалидности, из них 60% - молодые люди с РАС. Обучение ведётся индивидуально и в группах по 6-7 человек в творческих ремесленных

мастерских. С каждой группой обучающихся работает команда специалистов. Педагогическим коллективом колледжа разработаны комплекты учебно-программной документации для профессиональной подготовки, включающие, помимо производственного обучения, такие циклы обучения как коррекционно-развивающий блок и блок социально-бытовой адаптации.

Именно в таких условиях возможны формирование мотивации молодого человека к труду, развитие его личности.

Опыт колледжа показал, что при правильной организации процесса обучения молодые люди способны овладеть профессиональными навыками в такой степени, что создаваемые ими декоративно-прикладные изделия не только продаваемы, но и вызывают большой интерес у профессионалов. Вместе с тем, для того, чтобы выпускники имели возможность работать, необходимо не только создавать для них специальные рабочие места, но и обеспечить им постоянное социальное сопровождение.

Специалистами колледжа был изучен европейский опыт поддерживаемого трудоустройства, который может быть внедрён в России при условии создания государственной поддержки этой системы. На базе мастерских колледжа уже созданы производственные участки с адаптационными рабочими местами. Ведется работа с работодателями на открытом рынке, появился первый опыт успешного сотрудничества.

На базе общежития колледжа реализуется проект обучения независимому проживанию с сопровождением в «тренировочной квартире». Благодаря правильно выстроенной психолого-педагогической поддержке, молодые люди, вошедшие в проект, смогли развить определенные навыки проживания вне семьи.

Помимо работы, которая осуществляется образовательными учреждениями, коррекционно-развивающими центрами, научно-

исследовательскими организациями, в России существует немало общественных организаций, благотворительных фондов, разрабатывающих и реализующих разнообразные проекты, направленные на оказание помощи и поддержки лицам с аутизмом.

Ещё одна тенденция последних лет – разработка региональных программно-целевых проектов помощи лицам с аутистическими расстройствами. Помимо тех, которые упоминались выше, можно назвать проект «Межведомственная модель организации системы помощи детям с РАС в Красноярском крае», разрабатываемый специалистами Международного института аутизма КГПУ им. В.П. Астафьева.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что на сегодняшний день в России разрабатывается и реализуется множество разнообразных проектов, направленных на создание и улучшение условий для полноценного обучения и специального сопровождения лиц с аутизмом. Многие проекты имеют многолетнюю историю и хорошо зарекомендовали себя не только на уровне базовых учреждений, муниципальных образований и регионов, но и на общероссийском и международном уровнях. В то же время приходится констатировать, что обучение и специальное сопровождение лиц с аутизмом в нашей стране пока осуществляется, по большей части, точечно, что не позволяет говорить о наличии системы помощи и поддержки детей и взрослых с аутистическими расстройствами.

Выводы по третьей главе

1. Исследование истории развития учения об аутизме в России позволяет сделать вывод о том, что большую часть времени отечественные учёные осуществляли свои научные изыскания автономно от своих зарубежных коллег, не имея возможности проводить совместные исследования по обстоятельствам политико-идеологического характера и ограничиваясь ознакомлением с теми публикациями, которые оказывались доступными.

2. Генезис знаний об аутизме в отечественной науке сходен с зарубежным – от представлений об аутизме как о симптоматике, сопутствующей детской шизофрении, до логически обоснованного тезиса о том, что аутизм – специфическое расстройство, имеющее системный характер и поддающееся коррекции путём комплексных медико-психолого-педагогических воздействий.

3. На современном этапе развития отечественного учения об аутизме наибольшее количество научных изысканий приходится на медицинскую, психологическую и педагогическую сферы исследования РАС, однако осуществляются попытки рассмотреть проблему распространения аутизма через призму биологической науки и социологии.

4. В настоящее время в России продолжается масштабное популяционное исследование, целью которого является сбор полной и достоверной информации о распространённости аутизма на территории России, что позволит специалистам прогнозировать дальнейшее развитие ситуации и разрабатывать стратегии предупреждения роста численности лиц с аутистическими расстройствами.

5. Данные о распространённости аутистических расстройств так же позволят критически переосмыслить подходы к оказанию помощи и поддержки лицам с аутизмом.

На сегодняшний день в России не существует системы обучения и специального сопровождения лиц с аутизмом. Можно говорить лишь о множестве разнообразных проектов, направленных на создание и улучшение условий для полноценного обучения и специального сопровождения лиц с аутизмом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день аутизм является широко распространённым психическим расстройством, которое проявляется в раннем детстве и, в большинстве случаев, имеет отдалённые последствия. Понятие аутизм – очень широкое, оно объединяет разнообразные виды расстройств со сходным патогенезом, включённые в МКБ-10 в раздел «Общие расстройства

психологического развития», и в последние годы стало именоваться неофициальным понятием «расстройства аутистического спектра».

В настоящем исследовании в качестве рабочего определения использовалась трактовка термина «аутизм», зафиксированная в МКБ-10: «Аутизм – это тип общего расстройства развития, который определяется наличием аномального и/или нарушенного развития, проявляющегося в возрасте до трех лет, а также аномальным функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения».

Клинико-психолого-педагогическая характеристика аутизма складывается из проявлений так называемой «триады нарушений», компонентами которой являются нарушения в социальной сфере, в коммуникативной сфере и аномалии в развитии воображения. В качестве дополнительных признаков аутизма выступают ярко выраженные стереотипии, наличие в поведении нефункциональных ритуалов.

Многочисленные исследования зарубежных и отечественных исследователей показали, что специфика аутизма заключается, главным образом, в нарушенной способности к установлению эмоционального контакта и болезненной склонности к сохранению постоянства окружающей среды. В число вторичных признаков аутизма входят: нарушение языкового развития; отсутствие зрительного контакта; специфические реакции на сенсорные раздражители; трудности в моторной сфере и подражании; избирательность в еде; одарённость какой-то конкретной (узкой) области; общие и специфические аномалии в физическом/физиологическом развитии.

В возникновении аутизма играют роль самые разнообразные факторы: генетические, соматогенные, психогенные, социогенные. В зависимости от патогенеза, развивается так или иная форма аутистического расстройства,

коррекция которой осуществляется в соответствии со структурой и спецификой дефекта.

Традиционно история развития учения об аутизме подразделяется на четыре этапа: донозологический, доканнеровский, каннеровский и послеканнеровский. В то же время количество и содержание публикаций современных зарубежных исследователей даёт основание для выделения пятого – современного – этапа в периодизации развития учения об аутизме.

Наибольшие доли научных изысканий современных учёных приходится на исследования причин аутизма и факторов риска возникновения этого заболевания, сопутствующих проблем и расстройств, вопросы дифференциальной диагностики.

Анализ практики реабилитации лиц с аутизмом за рубежом показывает, что наиболее активно эта деятельность осуществляется в США, где постоянно разрабатываются программы социализации аутистов, апробируются комплексные и частные методики обучения детей и взрослых с расстройствами аутистического спектра. В странах Западной Европы такая деятельность осуществляется менее активно, однако в последние годы проблеме потребностей и возможностей лиц с аутизмом в странах Евросоюза уделяется всё больше внимания. Это связано, в первую очередь, с постоянно увеличивающейся частотой постановки диагноза «РАС».

Отечественные научные знания об аутизме развивались относительно автономно, однако они прошли тот же путь, что и в зарубежной науке – от представлений об аутизме как о симптоматике, сопутствующей детской шизофрении, до логически обоснованного тезиса о том, что аутизм – специфическое расстройство, имеющее системный характер и поддающееся коррекции путём комплексных медико-психолого-педагогических воздействий.

Современный этап развития отечественного учения об аутизме характеризуется наличием выраженного исследовательского интереса к различным аспектам изучаемой проблематики. Наибольшее количество научных изысканий приходится на медицинскую, психологическую и педагогическую сферы научного знания, однако осуществляются попытки рассмотреть проблему распространения аутизма через призму биологической науки и социологии. Кроме того, предпринимаются действия по проведению когортных популяционных исследований, которые позволят привести в надлежащее состояние статистику распространённости аутистических расстройств на территории России и, соответственно, прогнозировать дальнейшее развитие ситуации.

На сегодняшний день в России разрабатывается и реализуется множество разнообразных проектов, направленных на создание и улучшение условий для полноценного обучения и специального сопровождения лиц с аутизмом. Многие проекты имеют многолетнюю историю и хорошо зарекомендовали себя не только на уровне базовых учреждений, муниципальных образований и регионов, но и на общероссийском и международном уровнях. В то же время приходится констатировать, что обучение и специальное сопровождение лиц с аутизмом в нашей стране пока осуществляется, по большей части, точечно, что не позволяет говорить о наличии системы помощи и поддержки детей и взрослых с аутистическими расстройствами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / пер. с англ. Д. В. Ермолаева. - М.: Теревинф, 2006.
2. Аутизм // Антропологический толковый словарь. [электронный ресурс] Режим доступа: <https://znachenie-slova.ru/%D0%B0%D1%83%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%BC>
3. Аутизм // Дефектология. Словарь-справочник. [электронный ресурс] Режим доступа: <https://znachenie-slova.ru/%D0%B0%D1%83%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%BC>
4. Аутичный ребенок: пути помощи [Электронный ресурс] / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф. – Режим доступа: http://pedlib.ru/Books/2/0081/2_0081-1.shtml.
5. Баенская Е.Р. Основное направление и содержание ранней коррекционной помощи детям с аутизмом // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. М., 2014. С. 21-22.
6. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития детей с аутизмом: Дис. ... канд. психол. Наук. М., 2000. 148 с.
7. Башина В. М. Ранний детский аутизм //Исцеление: Альманах. М., 1993. С. 154-165.
8. Башина В.М. Аутизм в детстве. [электронный ресурс]. Режим доступа: <https://docviewer.yandex.ru/view/53979261/>
9. Башина В.М. Аффективные расстройства (синдромы) в клинике шизофрении у детей // Журн. невропатол. И психиатр. 1981. Т. 81, вып. 10. С. 1514-1518.
10. Башина В.М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера // Журн. невропатол. и психиатр. 1974. Т. 74, вып. 10. С. 1538-1542.

11. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения / В.М. Башина. – М., 1980. С. 33.
12. Башина В.М., Пивоварова Г.Н. Синдром аутизма у детей // Журн. невропатол. и психиатр. 1970. Т. 70, вып. 6 С. 941-943.
13. Башина В.М., Симашкова Н.В. К особенностям некоторых форм аномального поведения у детей в круге шизофренических дизонтогенезов // В кн.: Нарушения поведения у детей и подростков: Тр. Московского НИИ психиатрии и Ленинградского НИ неврологического ин-та им. Бехтерева. М., 1981 С. 89-93.
14. Башина В.М., Симашкова Н.В. Особенности ранней детской шизофрении, протекающей с астенодинамическими, динамическими и аффективно-кататоническими приступами //Журн. невропатол. и психиатр. 1989. Т. 89, вып. 1. С. 73-79.
15. Беттельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я. М.: Фонд «Мир»; Академический проект, 2013.
16. Бим-Бад Б.М. Педагогический энциклопедический словарь. М., 2002. С.21-22.
17. Богдашина, О. Аутизм: определение и диагностика [Электронный ресурс]/ Ольга Богдашина. – Донецк: Лебедь, 1999. – Режим доступа: <http://sdo.mgaps.ru/books/K3/M7/file/3.pdf>
18. Бушмелев М.Е. Педагогические технологии обучения учащихся с расстройством аутистического спектра в начальной школе в условиях структурного подразделения общеобразовательной школы // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. М., 2014. С. 34-35.
19. Варанкова Л.В. Клинико-динамическая характеристика и реабилитация больных, страдающих ранним детским аутизмом (по материалам Томской области): дисс. ... канд. мед. наук. Томск, 2004. 206 с.

20. Волкмар Ф.Р., Вайзнер Л.А. Аутизм: Практическое руководство для родителей, членов семьи и учителей. Кн. 1/ Фред Р. Волкмар, Лиза А. Вайзнер; пер. с англ. Б. Зуева, А. Чечиной, И. Дергачевой и др. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014.
21. Волкова О.О. Проблемы и перспективы организации профессионального обучения, социально-трудовой адаптации выпускников и обучения независимому проживанию с поддержкой в учебных «тренировочных» квартирах // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. М., 2014. С. 54-55.
22. Выготский Л.С. Педагогическая психология. – М.: Просвещение, 1986.
23. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 2: Проблемы общей психологии / Под. ред. В.В. Давыдова. – М.: Педагогика, 1982.
24. Высотина Т.Н. Особенности родительского отношения к детям с атипичным аутизмом: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2013. 162 с.
25. Гилберг К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберг, Т. Питерс. – СПб.: ИСПиП, 2008.
26. Горина А.С. Биохимические механизмы развития аутизма и синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей: дисс. ... докт. биол. Наук. Новосибирск, 2013. 249 с.
27. Гусева С.В. Интеграция детей с РАС в образовательную и социальную среду (опыт Тулы) // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. М., 2014. С. 36-37.
28. Детский аутизм: хрестоматия: учеб. пособие для студентов высш. и сред. пед., псих. и мед. учеб. заведений / Ин-т спец. педагогики и

психологии, Междунар. ун-т семьи и ребенка им. Рауля Валленберга; сост. Л.М. Шипицына. – 2-е изд., перераб. идоп. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001.

29. Довбня С., Морозова Т., Залогина А., Монова И. Дети с расстройствами аутистического спектра в детском саду и школе: практики с доказанной эффективностью. СПб.: Сеанс, 2018. 202 с.

30. Жуков Д.Е. Сравнительный анализ биопсихосоциальных факторов в течении детского аутизма: дис. ... канд. психол. Наук. СПб., 2005. 119 с.

31. Завитаев П.Ю. Клиническая семантика аутизма: дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2008. 184 с.

32. Захарова И.Ю., Моржина Е.В. Повышение родительской компетентности и профилактика вторичных нарушений у детей раннего возраста с РАС // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. М., 2014. С. 23-24.

33. Каган В.Е. Аутизм у детей. Л.: Медицина, 1981. 206 с.

34. Каган В.Е. Диагностика и лечение аутизма у детей / В.Е. Каган. – СПб.: Ленингр. педиатрический мед. ин-т, 2006.

35. Караневская О.В. Поддержка школьного обучения детей с РАС // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. М., 2014. С. 39-40.

36. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми / И.Б. Карвасарская. – М., 2003.

37. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 2005.

38. Красноперова М.Г. Клиника и психопатология процессуального детского аутизма, протекающего с манифестными психозами и задержкой психического развития: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 247 с

39. Кревелен В.К проблеме аутизма / В.К. Кревелен // Детский аутизм: Хрестоматия. – СПб, –2007. С. 111.
40. Лаврентьева Н.Б. Подготовка к школьному обучению детей с аутизмом: дисс. ... канд. пед. наук. М., 2008. 285 с.
41. Лазуренко, С.Б. Коррекционно-педагогическая помощь детям с нарушением интеллектуального развития в системе комплексной реабилитации // Дефектология. – 2012. – № 5. – С. 26-33.
42. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм. Нарушения эмоционального развития как клинико-дефектологическая проблема. / К.С. Лебединская. – М.: НИИ дефектологии РАО, 2002.
43. Лебединская, К.С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991.
44. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей: учеб. пособие / В. В. Лебединский. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 2004.
45. Логопедическая абилитация и коррекция в дифференцированной реабилитации и социальной адаптации детей и подростков с отклонениями в развитии: словарь-справочник. – М., 2002. С. 336-337.
46. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учебное пособие / А.Р. Лурия. – М.: Академия, 2017.
47. Мальтинская Н.А. История развития учения об аутизме // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2017. № 511. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://e-koncept.ru/2017/470137.htm>.
48. Мамайчук, И.И. Помощь психолога детям с аутизмом / И.И. Мамайчук – СПб.: Речь, 2007.
49. Манелис Н.Г., Аксенова Е.И., Богорад П.Л., Волгина Н.Н., Загуменная О.В., Калабухова А.А., Панцырь С.Н., Феррой Л.М. Формирование жизненных компетенций у обучающихся с расстройствами

аутистического спектра. Методическое пособие / Под общ. ред. Хаустова А.В. – М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2016.

50. Мастюкова, Е.М. Нарушения коммуникативного поведения при раннем детском аутизме // Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст). – М.: Владос, 1997.

51. Мастюкова, Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. – М.: Просвещение, 1992.

52. Микиртумов Б.Е. Аутизм: история вопроса и современный взгляд. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://thelib.ru/books/b_e_mikirtumov/autizm_istoriya_voprosa_i_sovremennyy_vzglyad-read-2.html

53. Микиртумов Б.Е. Ранний детский аутизм / Б.Е. Микиртумов, А.Г. Кощавцев, С.В. Гречаный // Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб.: Питер, 2001. – С.121-136.

54. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: АCADEMIA, 2008.

55. Мнухин С. С., Исаев Д. Н. Об органической основе некоторых форм шизоидных и аутистических психопатий // Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечения психических заболеваний. Л., 1969. С. 122-131.

56. Мнухин С.С. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей / С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2007. – №10. – С. 45-46.

57. Морозов С.А. Помощь лицам с расстройствами аутистического спектра за рубежом. URL:

http://centr-razvitiya.ucoz.ru/publ/pomoshh_licam_s_rasstrojstvami_autisticheskogo_spektra_za_rubezhom/7-1-0-81

58. Морозов С.А., Морозова Т.И. Социальные и правовые аспекты помощи лицам с расстройствами аутистического спектра (книга для родителей и специалистов). М.: Издательство «Федоровец», 2008.

59. Морозова Т.Ю., Довбня С.В., Залогина А.Г., Монова И.И. Дети с тяжелыми аутистическими расстройствами, выраженными проблемами коммуникации и поведения в школе: успешный опыт проектов в Санкт-Петербурге и Нижнем Новгороде// Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. М., 2014. С. 52-53.

60. Морозова, Т.И. Отклонения в речевом развитии при детском аутизме и принципы их коррекции // Аутизм: методические рекомендации по коррекционной работе / Под ред. С.А.Морозова. – М., 2002. – С. 88-110.

61. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребёнок: пути помощи. – М.: Теревинф, 2014. С. 64.

62. Никольская О.С. Изучение проблемы детского аутизма в России // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. № 19. [электронный ресурс]. Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-19/izuchenie-problemy-detskogo-autizma-v-page2>

63. Никольская О.С. Особенности психического развития и психологическая коррекция детей, страдающих ранним детским аутизмом: Автореф. дис... канд. пед. наук. / О.С. Никольская. – М., 2005.

64. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. М.: Теревинф, 2000.

65. Никольская, О.С. Особенности психического развития детей с аутизмом // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – №18.

– [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/osobennosti-psihicheskogo-razvitija-detej-s-146>.

66. Никольская, О.С. Структура нарушения психического развития при детском аутизме // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – № 18. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/struktura-narusheniija-psihicheskogo-razvitija-pri>.

67. Обзор, направленный на установление распространенности аутизма в популяции взрослых лиц с трудностями обучения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2016. – № 103. – С. 79-80.

68. Первое в России научное исследование распространённости аутизма // Лига защиты медицинского права. Официальный сайт ООО «Лига защиты прав пациентов». [электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.ligamedprava.ru/press-tsentr/novosti/pervoe-v-rossii-nauchnoe-issledovanie-rasprostranennosti-autizma/>

69. Поршнева Н.Г. Практики соседства в институциональной системе помощи людям с аутизмом: дисс. ... канд. социол. наук. Саратов, 2013. 145 с.

70. Пробыллова В.С. Особенности самосознания пятилетних детей с ранним детским аутизмом: дисс. ... канд. психол. Наук. Н. Новгород, 2008. 253 с.

71. Психология. А-Я. Словарь-справочник / Пер. с англ. К. С. Ткаченко. М.: ФАИР-ПРЕСС, 2000.

72. Пушкарева Н.М., Васильева И.А. Апробация модели обучения и психолого-педагогического сопровождения учащихся с расстройством аутистического спектра в образовательной организации для детей с интеллектуальными нарушениями // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. М., 2014. С. 45-46.

73. Разенкова, Ю.А. Система ранней помощи: поиск основных векторов развития. – М.: Карапуз, 2011.
74. Ремшмидт, Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение; Пер. с нем. – М.: Медицина, 2003.
75. Ригина Н.Ф. Кто Вы, доктор Даун? Очерк о жизни и деятельности Джона Лэнгдона Дауна // Синдром Дауна. 21 век. 2010. № 4. С. 3-8
76. Рычкова Н.А. Дезадаптивное поведение детей. Диагностика, коррекция, психопрофилактика / Н.А. Рычкова. – М., 2000.
77. Рязанова А. В., Ермолаев Д. В., Шапиро М.С., Артамоненкова С.И., Долотова И.А., Зарубина Ю.Г., Вялитова Р.Р. Модель психолого-педагогической помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями развития // Аутизм и нарушения развития. – 2012. – № 3 (38). – С. 1-23.
78. Самарина Л.В., Ермолаева Е.Е. Системный подход к организации помощи семьям с детьми раннего возраста с расстройством аутистического спектра // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. М., 2014. С. 26-27.
79. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте: дисс. ... докт. мед. наук. М., 2006. 218 с.
80. Симашкова, Н.В., Макушкин Е.В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение. Клинические рекомендации (протокол лечение) [Электронный ресурс] – Москва, 2015. – Режим доступа: http://psychiatr.ru/download/2100?view=1&name=Симашкова_Макушкин_клинические_рекомендации_РАС.pdf
81. Симеон Т.П. Невропатии, психопатии, реактивные состояния младенческого возраста. М.; Л., Гос. мед. изд-во, 1929.

82. Сопровождение, обучение и воспитание лиц с РАС: обзор зарубежного опыта/ под общ. Ред. С.В. Алехиной. – М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2016.
83. Сухарева Т.Е. Роль возрастного фактора в клинике детских психозов // Журн. невропатол. и психиатр. 1970. Т. 70, вып. 10. С. 1513-1517.
84. Уиндер С. На «ты» с аутизмом. М.: Теревинф, 2013.
85. Уманская Т.М., Московкина А.Г. Клиника интеллектуальных нарушений: учебное пособие. М.: Прометей, 2013.
86. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // СПС «КонсультантПлюс». Версия ПРОФ.
87. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М.: Наука, 1989.
88. Хаустов А.В. Формирование коммуникативных навыков у детей с детским аутизмом: дисс. ... канд. пед. наук. М., 2005 176 с.
89. Христофоров В. Люди дождя / В. Христофоров // Медицинская газета. – 2003. – № 95 (24 декабря). – С. 12-17.
90. Чухутова Г.Л. Целостное восприятие и его роль в конструкторской деятельности у детей 4-9 лет в норме и при синдроме аутизма: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2013. 175 с.
91. Шипицина Л.М. Детский аутизм. / Л.М. Шипицина. – М.: Дидактика Плюс, 2001.
92. Шипицына, Л.М. Психология детей с нарушениями интеллектуального развития Учебник для студ. учреждений высш. проф. образования. – М.: Издательский центр Академия, 2012.
93. Шоплер, Э., Ланзинд, М., Ватерс, Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей (0-6 лет): Сборник упражнений для специалистов и родителей по программе ТЕАСН [Электронный ресурс] – Минск: Издательство БелАПДИ «Открытые двери», 1997. – Режим доступа: http://pedlib.ru/Books/1/0445/1_0445-1.shtml.

94. Шпицберг И.Л. Программа комплексной реабилитации и социальной адаптации детей и подростков, имеющих расстройства аутистического спектра (РАС) (на основе 20-летнего опыта работы специалистов Центра реабилитации инвалидов детства «Наш Солнечный Мир») // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. М., 2014. С. 48-50.

95. Шрамм, Р. Детский аутизм и АВА: терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения: 4-е изд./ Р. Шрамм; пер. с англ. З. Измайловой-Камар; науч. ред. С. Анисимова – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014.

96. Щербинина Ю.Л. Основы начального обучения плаванию детей-аутистов 8-10 лет (Организация и методика): Дисс. ... канд. пед. наук.: М., 2006. 191 с.

97. Югова О.В. Вариативные стратегии раннего психолого-педагогического сопровождения ребенка с отклонениями в развитии и его семьи: автореф. дис.... д-ра пед. наук. – М., 2012.

98. Abrams, D. A., Uddin, L. Q., Menon, V. Reply to Brock: Renewed focus on the voice and social reward in children with autism // Proceedings of the National Academy of Sciences. 2013. № 110(42). URL: <http://www.pnas.org/content/110/42/E3974.full>

99. Allen M. L., Haywood S., Rajendran G., Branigan H. Evidence for syntactic alignment in children with autism // Developmental Science. 2011. Vol. 14, № 3. P. 540-548.

100. Bar M. A., Shelef L., Bart O. (2016) Do participation and self-efficacy of mothers to children with ASD predict their children's participation? // Research in Autism Spectrum Disorders. 2016. №24. P. 1-10.

101. Blasi A., Mercure E., Lloyd-Fox S., Thomson A., Brammer M., Sauter D., Deeley Q., Barker G.J., Renvall V., Deoni S., Gasston D., Williams S.C.R., Johnson M.H., Simmons A., Murphy, D. Early Specialization for Voice and Emotion Processing in the Infant Brain // *Current Biology*. 2011. №21(14). P. 1220-1224.
102. Bleuler E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press, 1950.
103. Carson D. S., Garner J. P., Hyde S. A., Libove R. A., Berquist S. W., Hornbeak K. B., Parker K. J. Arginine Vasopressin Is a Blood-Based Biomarker of Social Functioning in Children with Autism // *PLoS ONE*. 2015. №10(7). URL: <http://www.cdu.edu.au/northern-institute/our-teams/dean-carson>
104. Casanova M. F., Buxhoeveden D. P., Switala A. E., Roy E. Minicolumnar pathology in autism // *Neurology*. 2002. №58(3). P. 428-432.
105. Cassimos D. C., Syriopoulou-Delli C. K., Tripsianis G. I., & Tsikoulas I. Perinatal and parental risk factors in an epidemiological study of children with autism spectrum disorder // *International Journal of Developmental Disabilities*. 2015. № 62(2). P. 108-116.
106. Centers for Disease Control and Prevention, <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/addm.html>
107. Challis N., Dewey H. W. The blessed fools of old Russia // *Jahrbücher für Geschichte Osteuropas*. - 1974. - № 20. - P. 1-11.
108. Chilton P. *Language, Space and Mind: The Conceptual Geometry of Linguistic Meaning*. Cambridge: Cambridge University Press, 2014. 334 p.
109. Collins P. *Not Even Wrong: Adventures in Autism*. Bloomsbury, 2004.
110. Colvert E., Tick B., McEwen F., Stewart C., Curran S. R., Woodhouse E., Bolton P. Heritability of Autism Spectrum Disorder in a UK Population-Based Twin Sample // *JAMA Psychiatry*. 2015. № 72(5). P. 415.

111. Conde-Agudelo A., Rosas-Bermudez A., Maureen M. H. Birth Spacing and Risk of Autism and Other Neurodevelopmental Disabilities: A Systematic Review // Pediatrics. 2016. № 137(5). URL: <http://pediatrics.aappublications.org/content/137/5/e20153482.long>
112. Dawson G., Jones E. J., Merkle K., Venema K., Lowy R., Faja S., Webb S J. Early Behavioral Intervention Is Associated With Normalized Brain Activity in Young Children With Autism // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2012. №51(11). P. 1150-1159.
113. Doshi-Velez F., Avillach P., Palmer N., Bousvaros A., Ge Y., Fox K., Kohane I. Prevalence of Inflammatory Bowel Disease Among Patients with Autism Spectrum Disorders // Inflammatory Bowel Diseases. 2015. №1. P.2281-2288.
114. Estes A., Munson J., Rogers S. J., Greenson J., Winter J., Dawson G. Long-Term Outcomes of Early Intervention in 6-Year-Old Children With Autism Spectrum Disorder // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2015. № 54(7). P. 580-587.
115. Estes A., Zwaigenbaum L., Gu H., John T. S., Paterson S., Elison J. T., Piven J. Behavioral, cognitive, and adaptive development in infants with autism spectrum disorder in the first 2 years of life // Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2015. № 7(1). P.24.
116. Fein D., Barton M., Eigsti I., Kelley E., Naigles, L., Schultz R. T., Tyson K. Optimal outcome in individuals with a history of autism // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2013. № 54(2). P. 195-205.
117. Frith U. Autism: Explaining the Enigma. Oxford: Basil Blackwell, 1989.
118. Gliga T., Bedford R., Charman T., Johnson M.H., Baron-Cohen S., Bolton P., Cheung C., Davies K., Liew M., Fernandes J., Gammer I., Maris H., Salomone E., Pasco G., Pickles A., Ribeiro H., Tucker L. Enhanced Visual Search

in Infancy Predicts Emerging Autism Symptoms // *Current Biology*. 2015. № 25(13). P. 1727-1730.

119. Gockley J., Willsey A.J., Dong S., Dougherty J.D., Constantino J.N., Sanders S.J. The female protective effect in autism spectrum disorder is not mediated by a single genetic locus // *Molecular Autism*. 2015. № 6(1). URL: <https://molecularautism.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13229-015-0014-3>

120. Green S. A., Hernandez L., Tottenham N., Krasileva K., Bookheimer S. Y., Dapretto M. // *Neurobiology of Sensory Overresponsivity in Youth With Autism Spectrum Disorders*. *JAMA Psychiatry*. 2015. №72(8). P. 778.

121. Halladay A.K., Bishop S., Constantino J.N., Daniels A.M., Koenig K., Palmer K., Messinger D., Pelphrey K., Sanders S.J., Singer A.T., Taylor J.L., Szatmari P. Sex and gender differences in autism spectrum disorder: summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority // *Molecular Autism*. 2015. №6(1). URL: <https://molecularautism.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13229-015-0019-y>

122. Hallmayer J., Cleveland S., Torres A., Phillips J., Cohen B., Torigoe T., Risch N. Genetic Heritability and Shared Environmental Factors Among Twin Pairs With Autism // *Archives of General Psychiatry*. 2011. № 68(11). PP. 1095-1102.

123. Hirvikoski T., Mittendorfer-Rutz E., Boman M., Larsson H., Lichtenstein P., Bölte S. Premature mortality in autism spectrum disorder // *British Journal of Psychiatry*. 2016. №208(03). P. 232-238.

124. Huemer S. V., Mann V. A comprehensive profile of decoding and comprehension in autism spectrum disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2010. Vol. 40, № 4. P. 485-493.

125. Jain A., Marshall J., Buikema A., Bancroft T., Kelly J.P., Newschaffer C.J. Autism Occurrence by MMR Vaccine Status Among US Children With Older Siblings With and Without Autism // *Jama*. 2015. №313(15). P. 1534-1540.

126. Johnson C.P., Myers S.M. Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders // *Pediatrics*. 2007. №120 (5). P. 1183-1215.
127. Jolliffe T., Baron-Cohen S. A test of central coherence theory: linguistic processing in high-functioning adults with autism or Asperger syndrome: is local coherence impaired? // *Cognition*. 1999. Vol. 71. P. 149-185.
128. Jones E.J., Gliga T., Bedford R., Charman T., Johnson M.H. Developmental pathways to autism: A review of prospective studies of infants at risk // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2015. № 39(100). P. 11-33.
129. Jones, E. J., Venema, K., Earl, R., Lowy, R., Barnes, K., Estes, A., Dawson G., Webb, S. J. Reduced engagement with social stimuli in 6-month-old infants with later autism spectrum disorder: A longitudinal prospective study of infants at high familial risk // *Journal of Neurodevelopmental Disorders*. 2016. № 8(1). URL: <https://jneurodevdisorders.biomedcentral.com/articles/10.1186/s11689-016-9139-8>
130. Kanne S.M., Mazurek M.O. Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2011. №41(7). P. 926-937.
131. Kanner L, Eisenberg L. Early infantile autism 1943-1955 // *American Journal of Orthopsychiatry*. 1956. № 26 (3). P. 556-566.
132. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // *The Nervous Child*. 1943. №2. P. 217-250.
133. Kasari C., Gulsrud A., Paparella T., Hellemann G., Berry K. Randomized comparative efficacy study of parent-mediated interventions for toddlers with autism // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015. № 83(3). PP. 554-563.
134. Kelley E. Language in ASD // *The Neuropsychology of Autism* / ed. by D. Fein. Oxford; New York: Oxford University Press, 2011. P. 123-137.

135. Kiely B., Migdal, T. R., Vettam S., Adesman A. (2016) Prevalence and Correlates of Elopement in a Nationally Representative Sample of Children with Developmental Disabilities in the United States // Plos One. 2016. №11(2).

136. Levy S. E., Giarelli E., Lee L., Schieve L. A., Kirby R. S., Cunniff C., Rice C. E. Autism Spectrum Disorder and Co-occurring Developmental, Psychiatric, and Medical Conditions Among Children in Multiple Populations of the United States // Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2010. №31(4). P. 267-275.

137. Lichtenstein P., Carlström E., Råstam M., Gillberg C., Anckarsäter, H. The Genetics of Autism Spectrum Disorders and Related Neuropsychiatric Disorders in Childhood // American Journal of Psychiatry. 2010. № 167(11). P. 1357-1363.

138. Linguistic alignment in adults with and without Asperger's syndrome / Slocombe K. E., Alvarez I., Branigan H. P., Jellema T., Burnett H. G., Fischer A., Li Y. H., Garrod S., Levita L. // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2013. Vol. 43, № 6. P. 1423-1436.

139. Lloyd-Fox S., Blasi A., Mercure E., Elwell C. E., Johnson M. H. The emergence of cerebral specialization for the human voice over the first months of life // Social Neuroscience. 2012. № 7(3). P. 317-330.

140. Lord C., Paul R. Language and communication in autism // Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders / eds D. J. Cohen, F. R. Volkmar. New York: Wiley Press, 1997. P. 195-225.

141. Lynch C. J., Uddin L. Q., Supekar K., Khouzam A., Phillips J., Menon V. Default Mode Network in Childhood Autism: Posteromedial Cortex Heterogeneity and Relationship with Social Deficits // Biological Psychiatry. 2013. № 74(3). P. 212-219.

142. Mazurek M. O., Petroski G. F. (2015) Sleep problems in children with autism spectrum disorder: Examining the contributions of sensory over-responsivity and anxiety // *Sleep Medicine*. 2015. №16(2). P. 270-279.
143. Meier S. M., Petersen L., Schendel D. E., Mattheisen M., Mortensen P. B., Mors O. Obsessive-Compulsive Disorder and Autism Spectrum Disorders: Longitudinal and Offspring Risk // *Plos One*. 2015. №10(11). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4641696/>
144. Nordahl C. W., Mello M., Shen A. M., Shen M. D., Vismara L. A., Li D., Amaral D. G. (2016) Methods for acquiring MRI data in children with autism spectrum disorder and intellectual impairment without the use of sedation // *Journal of Neurodevelopmental Disorders*. 2016. № 8(1). URL: <https://jneurodevdisorders.biomedcentral.com/articles/10.1186/s11689-016-9154-9>
145. O'Connor I., Klein P. Explorations of strategies for facilitating the reading comprehension of highfunctioning students with autism spectrum disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2004. Vol. 34, № 2. P. 115-127.
146. Odriozola P., Uddin L. Q., Lynch C. J., Kochalka J., Chen T., Menon V. (2015) Insula response and connectivity during social and non-social attention in children with autism // *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2015. №11(3). P. 433-444.
147. Orsmond G. I., Kuo H., Seltzer M. M. Siblings of individuals with an autism spectrum disorder. Sibling relationships and wellbeing in adolescence and adulthood // *Autism. Autism: The International Journal of Research and Practice*. 2009. №13(1). P.59-80.
148. Park S. Y., Cervesi C., Galling B., Molteni S., Walyzada F., Ameis S. H., Gerhard T., Olfson M., Correll C. U. Antipsychotic Use Trends in Youth With Autism Spectrum Disorder and/or Intellectual Disability: A Meta-Analysis //

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2016. №55(6). URL: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(16\)30103-4/fulltext](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(16)30103-4/fulltext)

149. Piaget, J. The Moral Judgment of the Child – London: Kegan Paul, Trench, Trubner and Co., 1932.

150. Rai D., Lee B. K., Dalman C., Newschaffer C., Lewis G., Magnusson C. Antidepressants During Pregnancy and Autism in Offspring // Obstetrical & Gynecological Survey. 2017. №72(12). P. 689-692.

151. Ratto A. B., Mesibov G. B. (2015) Autism spectrum disorders in adolescence and adulthood: Long-term outcomes and relevant issues for treatment and research // Science China Life Sciences. №58(10). P. 1010-1015.

152. Rogers S. J., Vismara L. A. Evidence-Based Comprehensive Treatments for Early Autism // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2008. № 37(1). PP. 8-38.

153. Rubeis S. D., Buxbaum J. D. Genetics and genomics of autism spectrum disorder: embracing complexity // Human Molecular Genetics. 2015. № 24(R1). URL: <https://academic.oup.com/hmg/article/24/R1/R24/672068>

154. Sandin S., Schendel D., Magnusson P., Hultman C., Surén P., Susser E., Grønberg T., Gissler M., Gunnes N., Gross R., Henning M., Bresnahan M., Sourander A., Hornig M., Carter K., Francis R., Parner E., Leonard H., Rosanoff M., Stoltenberg C., Reichenberg A. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents // Molecular Psychiatry. 2015. № 21(5). PP. 693-700.

155. Schendel D., Autry A., Wines R., Moore C. The co-occurrence of autism and birth defects: prevalence and risk in a population-based cohort // Developmental Medicine & Child Neurology. 2009. №51. P. 779-786.

156. Schendel D.E., Overgaard M., Christensen J., Hjort L., Jørgensen M., Vestergaard M., Parner E.T. Association of Psychiatric and Neurologic

Comorbidity With Mortality Among Persons With Autism Spectrum Disorder in a Danish Population // JAMA Pediatrics. 2016. №170(3). P. 243.

157. Schreibman L., Dawson G., Stahmer A. C., Landa R., Rogers S. J., Mcgee G. G., Halladay A. Naturalistic Developmental Behavioral Interventions: Empirically Validated Treatments for Autism Spectrum Disorder // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2015. №45(8). P. 2411-2428.

158. Smith L. E., Maenner M. J., Seltzer M. M. Developmental Trajectories in Adolescents and Adults With Autism: The Case of Daily Living Skills // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2012. №51(6). P. 622-631.

159. Stahmer A. C. (2014) Effective strategies by any other name // Autism. 2014. № 18(3). P. 211-212.

160. Strang J. F., Meagher H., Kenworthy L., Vries A. L., Menvielle E., Leibowitz S., Janssen A., Cohen-Kettenis P., Shumer D.E., Edwards-Leeper L., Pleak R.R., Spack N., Karasic D.H., Schreier H., Balleur A., Tishelman A., Ehrensaft D., Rodnan L., Kuschner E.S., Mandel F., Caretto A., Lewis H.C., Anthony L. G. Initial Clinical Guidelines for Co-Occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in Adolescents // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2016. vol. 47, №1. P. 105-115.

161. Supekar K., Menon V. Sex differences in structural organization of motor systems and their dissociable links with repetitive/restricted behaviors in children with autism // Molecular Autism. 2015. № 6(1). P.6-50.

162. Supekar K., Uddin L., Khouzam A., Phillips J., Gaillard W., Kenworthy L., Kenworthy L., Yerys B.E., Vaidya C.J., Menon V. Brain Hyperconnectivity in Children with Autism and its Links to Social Deficits // Cell Reports. 2013. № 5(3). P. 738-747.

163. Taniai H., Nishiyama T., Miyachi T., Imaeda M., Sumi S. Genetic influences on the broad spectrum of autism: Study of proband-ascertained twins //

American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics. 2008. № 147B(6). PP. 844-849.

164. Taylor J. L., Henninger, N. A. Frequency and Correlates of Service Access Among Youth with Autism Transitioning to Adulthood // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2015. №45(1). P. 179-191.

165. Treffert D. A. Extraordinary people: Understanding savant syndrome. - New York, 2006.

166. Vannucchi G., Masi G., Toni C., Dell'osso L., Erfurth A., Perugi G. Bipolar disorder in adults with Asperger's Syndrome: A systematic review // Journal of Affective Disorders. 2014. №168. P. 151-160.

167. Vinck-Baroody O. D., Shui A., Macklin E. A., Hyman S. L., Leventhal J. M., Weitzman C. Overweight and Obesity in a Sample of Children With Autism Spectrum Disorder // Academic Pediatrics. 2015.№15(4). P. 396-404.

168. Wahlberg T., Magliano J. The ability of high function individuals with autism to comprehend written discourse // Discourse Processes. 2004. Vol. 38. P. 119-144.

169. Wing, L., Gould, J. Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification/ L. Wing, L., J. Gould // Journal of Autism and Developmental Disorders – 1979. – № 9(1). – P. 11-29.

170. Wolff J. J., Gerig G., Lewis J. D., Soda T., Styner M. A., Vachet C., Piven J. Altered corpus callosum morphology associated with autism over the first 2 years of life // Brain. 2015. № 138(7). P. 2046-2058.

171. Wong C., Odom S. L., Hume K. A., Cox A. W., Fettig A., Kucharczyk S., Schultz T. R. Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder: A Comprehensive Review // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2015. №45(7). P. 1951-1966.

172. Wu S., Ding Y., Wu F., Li R., Xie G., Hou J., Mao P. (2015) Family history of autoimmune diseases is associated with an increased risk of autism in children: A systematic review and meta-analysis // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. № 55. P. 322-332.

173. Yatawara C. J., Einfeld S. L., Hickie I. B., Davenport T. A., Guastella A. J. The effect of oxytocin nasal spray on social interaction deficits observed in young children with autism: a randomized clinical crossover trial // *Molecular Psychiatry*. 2015. №21(9). P. 1225-1231.

174. Zablotzky, B., Pringle, B. A., Colpe, L. J., Kogan, M. D., Rice, C., Blumberg, S. J. Service and Treatment Use Among Children Diagnosed With Autism Spectrum Disorders // *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2015. №36(2), P. 98-105.

175. Zerbo O., Yoshida C., Gunderson E. P., Dorward K., Croen L. A. Interpregnancy Interval and Risk of Autism Spectrum Disorders // *Pediatrics*. 2015. № 136(4). P. 651-657.

176. Zwaigenbaum L., Bauman M. L., Choueiri R., Kasari C., Carter A., Granpeesheh D., Natowicz M. R. // *Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research*. *Pediatrics*. 2015. №136(Supplement). P. 60-81.

177. Zwaigenbaum L., Bauman M.L., Stone W.L., Yirmiya N., Estes A., Hansen R.L., McPartland J.C., Natowicz M.R., Choueiri R., Fein D., Kasari C., Pierce K., Buie T., Carter A., Davis P.A., Granpeesheh D., Mailloux Z., Newschaffer C., Robins D., Roley S.S., Wagner S., Wetherby A. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research // *Pediatrics*. 2015. №136(1). P. 10-40.