

ПРИВОЛЖСКИЙ ЦЕНТР МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

**Ранняя помощь детям
с расстройствами
аутистического спектра
и другими ментальными
нарушениями**

Методическое пособие для специалистов



ИЗДАТЕЛЬСТВО
ПРИВОЛЖСКОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Нижний Новгород

2020

УДК 616.896-053.2(075)

ББК 56.14я73

Р224

Авторы:

О. В. Баландина, В. В. Дворянинова, В. Г. Прусакова, О. В. Старикова

Ранняя помощь детям с расстройствами аутистического спек-
Р224 тра и другими ментальными нарушениями : методическое пособие /
О. В. Баландина, В. В. Дворянинова, В. Г. Прусакова, О. В. Старикова. —
Нижний Новгород : Издательство Приволжского исследовательского
медицинского университета, 2020. — 28 с.

УДК 616.896-053.2(075)

ББК 56.14я73

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Диагностика расстройств аутистического спектра	7
Подходы к коррекции РАС.....	10
Денверская модель раннего вмешательства, как эффективная программа помощи детям с РАС	12
Заключение.....	20
Приложения.....	21
Приложение 1.....	21
Приложение 2.....	23
Литература.....	26

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства аутистического спектра (РАС) — группа расстройств психического развития, характеризующаяся триадой симптомов: нарушение коммуникации, социального взаимодействия и стереотипное, повторяющееся поведение и интересы (МКБ-10). В DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition) нарушения в сфере коммуникации и социального взаимодействия объединены в одну группу, т.е. РАС описывается с помощью диады симптомов.

Под нарушением коммуникации и социального взаимодействия понимаются:

- 1) задержка в развитии речи и жестов;
- 2) необычные интонации в речи;
- 3) эхолалии;
- 4) использование в речи стандартных, ранее услышанных фраз (из мультфильмов, сказок, рекламных роликов и т.п.);
- 5) неспособность к диалогу;
- 6) недостаточно модулированный, ограниченный зрительный контакт, отсутствие реакции на эмоции других людей;
- 7) отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией;
- 8) нарушение в сфере совместного внимания и социо-эмоциональной взаимности.

Стереотипное, повторяющееся поведение проявляется:

- 1) повторяющимися интересами;
- 2) патологическим стремлением к постоянству в обстановке, маршрутах;
- 3) стереотипными действиями (характерные повторяющиеся взмахи руками, бег по кругу и т.п.).

Только описанные группы симптомов являются основанием для диагностики РАС!

У детей с РАС часто отмечаются дополнительные симптомы: нарушения сна, страхи, избирательность в еде, повышенная чувствительность к звукам и др. Эти нарушения, как и снижение интеллекта, *не считаются* специфическими для РАС и *не являются основанием для диагноза*.

В настоящее время частота возникновения РАС увеличивается и по данным ВОЗ составляет 1 : 150.

Формы РАС по МКБ-10:

- детский аутизм (синдром Каннера, инфантильный психоз, детский аутизм на органическом фоне);
- атипичный аутизм;
- синдром Ретта;
- синдром Аспергера;
- другое дезинтегративное расстройство детского возраста;
- гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями, другие общие расстройства развития.

Каждая из перечисленных клинических форм имеет различное течение, особенности проявлений и прогноз. Картина дополнительно усложняется тем, что часто РАС сочетается с другими психическими нарушениями, в частности с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и эпилепсией.

Причины РАС продолжают активно изучаться. На сегодняшний день в качестве причин РАС рассматриваются:

- генетические и хромосомные аномалии;
- специфические нарушения иммунных процессов;
- отклонения в функционировании нейромедиаторных систем;
- воздействие вредных веществ на плод во время внутриутробного развития и др.

Практически невозможно увидеть двух одинаковых детей с РАС, следовательно диагностика сложна, возникают разногласия в понимании данного диагноза специалистами разных областей. Однако стоит помнить о том, что *РАС — это синдром, характеризующийся нарушением коммуникации и социального взаимодействия, стереотипным, повторяющимся поведением и синдром, имеющий множество форм и особенностей, и, вероятно, различные причины возникновения у разных детей.*

В раннем возрасте (до 2–3 лет) симптомы не всегда выражены очевидными и дети часто наблюдаются с подозрением

на РАС, что свидетельствует о наличии нарушения развития. Подозрение на РАС является основанием для немедленного начала коррекции, «ждать точного диагноза» в этом случае недопустимо! В спорных случаях именно ответ на лечение и коррекционные мероприятия становится важным в процессе определения окончательного диагноза.

ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Большое значение имеет раннее выявление РАС. Для этого используют скрининг — небольшие опросники, позволяющие заподозрить РАС у ребенка, выявить группу риска по данному расстройству. В России широкое распространение получил тест М-СНАТ. Тест доступен для прохождения онлайн на многих интернет-ресурсах, в том числе на портале Министерства здравоохранения Нижегородской области (<http://zdrav-nnov.ru/m-chat-r-test>).

М-СНАТ (The Modified Checklist for Autism in Toddlers) — скрининг на РАС у детей в возрасте от 16 до 30 месяцев. Может быть использован представителями как медицинских, так и немедицинских специальностей. Цель тестирования — выявление риска наличия аутизма.

М-СНАТ — опросник для родителей, содержит 23 вопроса, предполагающих ответ «да» или «нет». Обработка данных М-СНАТ проводится специалистом и занимает менее 2 минут. Дети, получившие более 3 баллов, направляются на дообследование к детскому психиатру в связи с риском РАС (вопросы и процедура оценки результата приведена в приложении 1).

Другой тест, часто используемый в России, — АТЕС. Данный опросник применяется как для диагностики РАС, так и оценки динамики изменений в состоянии ребенка с аутизмом. В отличие от М-СНАТ, этот тест может быть использован в более широкой возрастной группе.

АТЕС (Autism Treatment Evaluation Scale) создан для оценки эффективности лечения детей от 2 до 12 лет при РАС, может быть использован и с диагностической целью. Тест содержит 4 раздела: «Речь/Коммуникация» (14 вопросов), «Социализация» (20 вопросов), «Сенсорные навыки/Познавательные способности» (18 вопросов), «Здоровье/Физическое развитие/Поведение»

(25 вопросов). В первых трех разделах предлагается три варианта ответа: «да», «нет» или «иногда», в четвертой части теста нарушения оцениваются как «не проблема», «легкая проблема», «средняя проблема», «серьезная проблема» (вопросы и процедура оценки результата приведены в приложении 2).

Ни один скрининговый инструмент не дает 100% достоверности результата!

Установить диагноз «Аутизм» или опровергнуть подозрение на это заболевание имеет право только детский психиатр!

Диагноз устанавливается с помощью наблюдения за ребенком на приеме и анализа данных анамнеза (истории развития и заболевания). Нередко диагноз РАС не может быть установлен на первичном приеме, поэтому требуются дообследование для исключения других нарушений или определения сопутствующих заболеваний (клинический и биохимический анализ крови, электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография и др.) и наблюдение за пациентом в динамике.

Дополнительные методики, используемые при диагностике РАС и призванные сделать диагностический процесс более объективным, — «золотой стандарт» диагностики: Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) в сочетании с Autism Diagnostic Interview- Revised (ADI-R).

Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) — «Протокол интервью для диагностики аутизма». Представляет собой структурированный опрос для родителей, содержащий 93 пункта. Применяется для детей старше 18 месяцев. Обработка результатов проводится в соответствии со специальным алгоритмом. Обследование занимает от 1,5 до 2,5 часов.

Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) — диагностическая методика, направленная на оценку социального функционирования, коммуникации, игры и воображения ребенка посредством наблюдения за ним в ходе специально организованных игр. Разработаны 4 модуля, выбор модуля осуществляется в зависимости от уровня развития речи ребенка/подростка/взрослого. Возможно обследование детей от 12 месяцев.

Модуль 1 используется в случае, если речь не развита или ребенок произносит только отдельные слова.

Модуль 2 предназначен для обследования пациентов с фразовой речью.

С помощью Модуля 3 оценивается социальное функционирование детей и подростков с развитой речью.

Модуль 4 используется для свободно говорящих подростков и взрослых. Обследование включает игру, задания экспериментатора и беседу и занимает от 40 до 60 минут. Каждое задание оценивается по трехбалльной шкале (от 0 до 3 баллов). Предусмотрен сравнительный балл (по десятибалльной шкале), оценивающий степень выраженности аутистических проявлений у детей и подростков, обследованных по ADOS, в сравнении с выборкой людей того же возраста и уровня владения навыками экспрессивной речи с расстройствами аутистического спектра.

Процедура обследования ADOS в сочетании с ADI-R достаточно сложная и длительная, требуются покупка стимульного материала и обучение специалистов для работы с методиками, в связи с чем «золотой стандарт» чаще применяется в научных исследованиях или сложных диагностических случаях.

ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ РАС

Современные подходы к лечению РАС. На данный момент не разработано каких-либо медикаментозных или немедикаментозных методов, способных вылечить РАС. Однако возможна практически полная компенсация нарушений при *раннем начале* вмешательства и *комплексном подходе* к коррекции.

Лекарственные препараты используются при РАС для уменьшения отдельных симптомов (например, стереотипий) и лечения сопутствующих проблем (например, страхов, нарушений сна, гиперактивности и др.).

В настоящее время доказана эффективность следующих групп препаратов в лечении сопутствующих РАС проблем:

- нейролептики;
- антидепрессанты;
- мелатонин;
- атомоксетин.

Эффективность ноотропных и пептидных препаратов, безказеиновой и безглютеновой диеты, остеопатии, иглорефлексотерапии, метода слуховых тренировок «Томатис» и биоакустической коррекции (БАК), метода транскраниальной стимуляции постоянным током и микрополяризации головного мозга на данный момент не имеют достаточных доказательств эффективности при лечении РАС.

Психолого-педагогическая коррекция РАС. Психолого-педагогическая коррекция является важнейшей частью в процессе помощи ребенку с РАС! К методикам, показавшим наибольшую эффективность в работе с детьми с РАС, относятся АВА-терапия (Applied behavior analysis), Денверская модель раннего вмешательства, ТЕАССН (Treatment and Education for Autistic and related Communication handicapped Children).

Успешный опыт применения имеется у сенсомоторной коррекции, адаптивной физической культуры, DIR-Floortime, ней-

ропсихологической коррекции, логопедических занятий, музыкальной терапии и других коррекционных подходов (<http://apsyp.org/treatment>).

Важными дополнительными средствами в работе с детьми с РАС являются визуальное расписание, методы альтернативной/дополненной коммуникации (PECS, жестовая речь), социальные истории. Эти средства могут использоваться в рамках любых коррекционных подходов, целесообразность их применения определяется индивидуально для каждого ребенка.

ДЕНВЕРСКАЯ МОДЕЛЬ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОГРАММА ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАС

Одной из наиболее распространенных во всем мире и наиболее доказанной методикой, применяемой для коррекции детей раннего возраста с РАС, является Денверская модель раннего вмешательства.

Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом — подход, предназначенный для работы с детьми от одного до четырех лет с РАС, который стимулирует детскую спонтанную склонность взаимодействовать, проявляя инициативу, с другими людьми. Важная особенность программы раннего вмешательства — активное участие родителей в процессе вмешательства, при этом поставленные задачи непосредственно связаны с реальной жизнью ребенка и семьи.

Денверская модель направлена на то, чтобы помочь детям с РАС стать активными участниками жизни, чаще вступая во взаимодействие с окружающими. Аутизм влияет на способность ребенка проявлять инициативу. В частности, дети с аутизмом реже инициируют взаимодействие с людьми и склонны заниматься лишь узким кругом деятельности. Эта особенность свойственна им с самого начала расстройства и присуща людям с аутизмом на протяжении всей жизни, являясь одной из отличительных черт спектра. Для маленького ребенка ограниченное количество социальных инициатив приводит к уменьшению возможностей для обучения. В свою очередь количество возможностей научиться чему-либо сокращается из-за ограниченного и повторяющегося круга деятельности.

Природа аутизма не позволяет ребенку обучаться каждое мгновение его жизни, сужает круг возможностей для его обучения, приводит к тому, что месяц за месяцем и год за годом ребенок с РАС пропускает все больше таких возможностей. Таким образом, малыш с аутизмом обладает гораздо меньшим

опытом, на основе которого он смог бы сконструировать свое представление о людях и событиях в мире. Отсутствие инициативы — ключевой для аутизма момент, лежащий в основе тех трудностей, которые возникают у ребенка с РАС в процессе обучения и развития. Работа в модели начинается с построения у ребенка социальной инициативы и социальной включенности.

Денверская модель раннего вмешательства следует интересам и склонностям каждого ребенка, образуя «трамплин» для развития коммуникации и взаимодействия ребенка с окружающим миром.

Преимущества Денверской модели раннего вмешательства:

- Модель практикуется за рубежом и является наиболее изученной из методик раннего вмешательства для детей с РАС, основанных на данных об этапах развития ребенка, полученных в результате клинических испытаний.

- Денверская модель имеет общие черты с подходами, основанными на прикладном поведенческом анализе. Обучение строится по принципам оперантного научения и базируется на действенных приемах из практики АВА — предоставлении подсказок и дальнейшем уходе от них, формировании реакции и обучения по цепочке.

- Модель обеспечивает систематичность изменений терапевтического вмешательства в ситуации, когда дети продвигаются не слишком хорошо (проводятся дополнительная оценка, анализ ситуаций).

- Модель является всесторонней, затрагивает все сферы жизни ребенка.

- Для реализации модели не требуется специальных условий. Она создана для использования взрослыми (родителями и педагогами), везде, где взрослые взаимодействуют с детьми.

- Модель очень подробно описана. Это касается как самого содержания учебного процесса, так и обучающих методик. Кроме того, приведены инструменты для оценки качества вмешательства и сбора данных. Если модель использовать в соответствии с ее описанием, она представляет собой комплексную и тщательно продуманную программу занятий и учебных целей.

- Используется учебный план, основанный на самых современных концепциях, отраженных в литературе, посвященной развитию детей.

- В модели особое внимание уделяется качеству взаимоотношений, аффекту, отзывчивости и восприимчивости не только ребенка, но и взрослых, это очень важные навыки для эффективной помощи ребенку с РАС.

В следующем разделе методического пособия представлена программа ранней помощи, которая была разработана и апробирована в рамках реализации гранта Министерства внутренней и региональной политики Нижегородской области «Методический центр ранней помощи для детей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями на базе Приволжского центра ментального здоровья» в 2020 году.

Опыт применения. Возраст включения в программу — от одного года до четырех лет. Показания для включения в программу — РАС и подозрение на РАС.

Под подозрением на РАС понимаются нарушения в развитии социальных функций:

- отсутствие реакции на совместное внимание и инициирования совместного внимания;
- недостаточная реакция на имя;
- несформированность навыка просьбы;
- отсутствие контакта со сверстниками;
- отсутствие или недостаточное инициирование общения, нарушение социо-эмоциональной взаимности и др.

Основанием для включения в программу являются только перечисленные выше показания. Установленный диагноз РАС не является обязательным!

Показания для включения в программу определяются в процессе проведения первичной консультации с семьей ребенка. Консультация предполагает участие нескольких специалистов — учителя-дефектолога, учителя-логопеда, врача (детский невролог или детский психиатр).

В рамках программы ранней помощи предполагается реализация следующих мероприятий:

1. Входная оценка по RCDI или KID.
2. Педагогическая диагностика — оценка целевых навыков ребенка.
3. Построение индивидуального учебного плана на основании диагностики.

4. Занятия с ребенком по индивидуальному учебному плану.
5. Повторная оценка целевых навыков педагогом и коррекция программы каждые 3 месяца (в ходе программы).
6. Работа с родителями.
7. Оценка по RCDI или KID один раз в 6 месяцев в ходе программы и перед ее завершением.
8. Заключительная педагогическая диагностика перед завершением программы.

При включении в программу ранней помощи все родители заполняют шкалу развития детей до 16 месяцев (русифицированная шкала KID) или шкалу развития детей от 14 месяцев до 3,5 лет (RCDI-2000). Данные шкалы рекомендованы и применяются в Институте раннего вмешательства (ИРАВ, г. Санкт-Петербург). Результаты опроса обрабатываются с помощью компьютерной программы, позволяющей оценить возраст развития ребенка по следующим сферам: социальная сфера, самообслуживание, крупная и тонкая моторика, речь и понимание речи.

Педагогическая диагностика с оценкой целевых навыков ребенка проводится на основании куррикулума Денверской модели раннего вмешательства.

Куррикулум подразделен на 4 уровня, в соответствии с формированием навыков у ребенка в возрастном диапазоне от одного года до четырехлетнего возраста (включительно).

Специалистом оценивается насколько сформирован тот или иной навык (полностью/частично/не сформирован совсем).

Далее выбираются навыки, в которых ребенок испытывает трудности и которые в данный момент времени являются актуальными для него. Отталкиваясь от имеющихся навыков ребенка, составляются цели вмешательства. Каждая цель предполагает разбивку ее на этапы (мелкие шаги, с помощью которых будет достигаться цель, по принципу от простого к сложному).

Цели по каждому навыку составляются на временной интервал в 12 недель. Через 12 недель интенсивного вмешательства эти цели должны быть достигнуты.

Индивидуальный план обучения включает в себя следующие сферы развития ребенка:

1. Моторное развитие (крупная и мелкая моторика).
2. Рецептивную и экспрессивную коммуникацию.
3. Навыки имитации.

4. Навыки социального взаимодействия (в том числе навыки совместного и разделенного внимания со взрослым и навыки общения в группе детей).

5. Когнитивные функции.

6. Поведение.

7. Навыки игры.

8. Формирование навыков независимости (пользование туалетом, прием пищи, уход за собой и домом).

Особый упор при составлении учебного плана для ребенка с аутизмом делается на развитие навыков имитации, социального взаимодействия, рецептивной и экспрессивной речи и когнитивных навыков.

Следует отметить, что индивидуальный учебный план строится не на основании диагноза, а с учетом уровня развития и наиболее актуальных потребностей ребенка и семьи на данный момент!

В процессе работы с ребенком специалист ведет чек-листы, составляемые на один месяц работы, на основе индивидуального плана обучения, в которых каждое занятие отмечает динамику формирования того или иного навыка. Благодаря работе с чек-листами специалист видит, что навык на одном этапе сформирован и можно переходить на следующий, усложняя задачу.

Важной задачей для специалиста является понимание формата обучения ребенка целевым навыкам, работая в Денверской модели. Это разработка и внедрение различных видов активностей, в которых ребенок раннего возраста успешен. Для этого педагогу необходимо знать основы возрастной психологии (этапы формирования навыков в различных областях у ребенка в онтогенезе, принципы прикладного анализа поведения), а так же:

- быть в фокусе внимания ребенка;
- уметь находить или придумывать игры, модернизировать их, включать ребенка в сенсорно-социальные игры с целью развития в игре целевых навыков;
- учить ребенка быть активным участником игрового взаимодействия, игровым партнером, проявлять инициативу;
- знать как должна быть организована среда для проведения занятия, какие необходимы пособия и материалы;

– научиться эффективным техникам, формирующим навыки учебного поведения, рецептивную коммуникацию, имитацию и другие навыки, необходимые ребенку на данном этапе;

– понимать каковы принципы работы с нежелательным поведением ребенка (в формате АВС), как помочь родителям минимизировать его проявления.

В реализации коррекционных мероприятий в системе ранней помощи могут принимать участие следующие специалисты: учитель-дефектолог, учитель-логопед, педагог-психолог, социальный педагог, тренер-преподаватель по адаптивной физической культуре (АФК) и спорту.

Если есть необходимость, возможно привлечение опытного супервизора (специалиста по прикладному анализу поведения).

Привлечение каждого специалиста к реализации программы ранней помощи осуществляется на основании результатов диагностики, в соответствии с индивидуальным учебным планом.

Занятия с ребенком предполагают участие тех специалистов, которые на данный момент могут решить наиболее актуальные задачи!

Формы оказания помощи семьям детей с нарушениями развития в программе ранней помощи:

1. Индивидуальные занятия с ребенком.
2. Групповые занятия с детьми.
3. Обучающие семинары для родителей.
4. Индивидуальные консультации родителей.

Программа ранней помощи на основе Денверской модели предполагает следующий объем занятий:

- индивидуальные занятия с педагогом (дефектолог, логопед, психолог — в зависимости от составленного учебного плана) дважды в неделю по одному часу;

- при необходимости, помимо индивидуальных занятий, вводится формат занятий в малой группе (3–4 ребенка), где успешно отрабатываются навыки социального взаимодействия, развитие речи, имитации;

- по показаниям — занятия с преподавателем по АФК дважды в неделю по 40 минут.

Показания для привлечения к работе с ребенком преподавателя по АФК (несоответствие двигательных навыков возрасту ребенка, наличие нарушений в процессах сенсорной интеграции —

проприоцепции, вестибулярной и тактильной систем) определяются при оценке целевых навыков ребенка. При необходимости заполняется сенсорный профиль ребенка (для выявления трудностей в обработке сенсорной информации).

Обязательным условием реализации программы ранней помощи является включение в работу родителей, которое осуществляется в различных формах:

1. Обсуждение родителями поставленных целей и задач программы.

2. Присутствие родителей на занятиях специалиста с ребенком, с их включением в процесс занятия. Родители не должны оставаться в стороне, а, наоборот, должны быть активными участниками процесса обучения ребенка новым навыкам.

3. Привлечение к коррекционной работе путем разъяснения содержания занятий с «домашним заданием» для семьи по закреплению развиваемого на данный момент навыка, его включению в повседневную жизнь.

4. Обязательное посещение семинаров для родителей. В течение 6 месяцев родители должны посетить 5 семинаров длительностью по 2 часа.

5. Необходимо *предоставить родителям инструменты и стратегии*, которые помогут как можно скорее начать ребенку двигаться вперед — к общению, игре и речи. Эти стратегии они могут включать в ежедневное общение с ребенком: в игры, переодевание, купание, кормление, прогулки и т.д.

6. Следует ознакомить родителей с *репертуаром сенсорных социальных игр и игр с предметами*, применение которых позволит чаще вызывать у ребенка улыбку и смех в процессе игры, что дает больше возможностей для обучения.

7. *Подражание* — важный инструмент обучения. Семинар-практикум покажет родителям как учить ребенка подражанию звукам, действиям с предметами, жестам, мимике, движениям тела.

8. Важно помочь родителям научить ребенка делиться с другими своим интересом к тем предметам и событиям, на которые направлено его внимание. Эта способность называется *совместным (разделенным) вниманием*. Базовый навык, который требуется для совместного внимания — это способность ребенка переводить взгляд между человеком и предметом. Без специ-

альной помощи (вмешательство) маленьким детям с РАС очень сложно развить спонтанные навыки совместного внимания.

9. Обязательно следует познакомить родителей с *базовыми принципами и основными стратегиями Прикладного Анализа Поведения* — это прикладная наука об обучении, которая помогает людям освоить новые варианты поведения или изменить существующие, включая снижение частоты и интенсивности проблемного поведения.

В ходе семинаров предполагается получение родителями базовых практических навыков по этим вопросам.

Через 6 месяцев от начала программы и перед ее окончанием родители повторно заполняют шкалу KID или RCDI-2000. Сравнение исходных и последующих результатов тестирования с помощью KID или RCDI-2000 и педагогической диагностики позволяет оценить динамику в развитии ребенка за прошедший период и составить план дальнейшей работы.

По окончании программы с родителями проводится беседа, в ходе которой обсуждаются результаты проведенной работы и даются рекомендации по дальнейшим коррекционным мероприятиям.

Программа ранней помощи предполагает вмешательство сроком от 6 месяцев до 1 года (если ребенок не достиг четырехлетнего возраста).

Окончание реабилитационных мероприятий в программе ранней помощи предполагает полную компенсацию нарушений или перевод ребенка в дошкольное учреждение коррекционного профиля согласно рекомендациям психолого-медико-педагогической комиссии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При поддержке Министерства социальной политики Нижегородской области Денверская модель раннего вмешательства для детей с РАС успешно апробирована специалистами «Приволжского центра ментального здоровья» в 2020 г. Проведена активная работа по всем перечисленным направлениям. В проекте приняли участие 20 детей раннего возраста с РАС.

Опыт применения программы показал отличные результаты, наметились видимые улучшения в развитии навыков у детей, большинство целей, поставленных специалистами на этот период были достигнуты. Мы увидели улучшение навыков в таких сферах, как рецептивная и экспрессивная коммуникации, имитация, игра, а также в когнитивных навыках, навыках социального взаимодействия как со взрослым, так и сверстниками, у многих были преодолены трудности в поведении и моторном развитии.

Таким образом, Денверская модель раннего вмешательства доказала свою эффективность и может найти достойное применение в помощи детям с РАС.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста

Оцените насколько приведенные ниже высказывания характеризуют вашего ребенка. Постарайтесь ответить на каждый вопрос. Если данное поведение проявлялось редко (вы видели это всего один или два раза), отметьте, что ребенку это не свойственно.

1.	Нравится ли ребенку, когда его качают на руках, на коленях и т.д.?	Да	Нет
2.	Проявляет ли ребенок интерес к другим детям?	Да	Нет
3.	Любит ли ребенок карабкаться по предметам как по ступенькам?	Да	Нет
4.	Любит ли ребенок играть в прятки (ку-ку)?	Да	Нет
5.	Играл ли когда-нибудь ребенок понарошку, например, говорил по телефону или качал куклу или во что-то другое?	Да	Нет
6.	Использует ли ребенок указательный палец, чтобы указывать или просить чего-то?	Да	Нет
7.	Использует ли ребенок указательный палец, когда показывает, проявляет интерес к чему-либо?	Да	Нет
8.	Может ли ребенок соответствующим образом играть с мелкими игрушками (например, машинками или кубиками), не просто засовывая их в рот, вертя в руках или раскидывая?	Да	Нет
9.	Приносил ли когда-нибудь вам (родителям) предметы, чтобы что-то показать?	Да	Нет
10.	Может ли ребенок смотреть вам в глаза более 1–2 секунд?	Да	Нет
11.	Проявлял ли ребенок когда-нибудь сверх чувствительность к звукам (например, закрывая уши)?	Да	Нет
12.	Улыбается ли ребенок вам или в ответ на вашу улыбку?	Да	Нет

13.	Имитирует ли ребенок, то, что вы делаете (например, подражает выражению вашего лица)?	Да	Нет
14.	Окликается ли ребенок на свое имя, когда вы его зовете?	Да	Нет
15.	Если вы укажете на игрушку в комнате, посмотрит ли на нее ребенок?	Да	Нет
16.	Может ли ребенок ходить?	Да	Нет
17.	Посмотрит ли ребенок на вещи (предметы), на которые посмотрите вы?	Да	Нет
18.	Совершает ли ребенок необычные движения пальцами у своего лица?	Да	Нет
19.	Пытается ли ребенок привлекать ваше внимание к тому, что он делает?	Да	Нет
20.	Не возникало ли у вас ощущение, что ваш ребенок имеет нарушения слуха (глухой)?	Да	Нет
21.	Понимает ли ребенок то, что говорят другие люди?	Да	Нет
22.	Бывает ли так, что ребенок увлечен чем-то чего не существует или бесцельно бродит по комнате?	Да	Нет
23.	Смотрит ли ребенок на ваше лицо, чтобы проверить вашу реакцию, когда сталкивается с чем-то новым?	Да	Нет

Подсчет баллов ведется не родителем, а профессионалом!

- | | | | | |
|----------------|----------------|-----------------|----------|----------|
| 1. Нет. | 6. Нет. | 11. Да. | 16. Нет. | 21. Нет. |
| 2. Нет. | 7. Нет. | 12. Нет. | 17. Нет. | 22. Да. |
| 3. Нет. | 8. Нет. | 13. Нет. | 18. Да. | 23. Нет. |
| 4. Нет. | 9. Нет. | 14. Нет. | 19. Нет. | |
| 5. Нет. | 10. Нет. | 15. Нет. | 20. Да. | |

Интерпретация результата: 2 критических балла (выделенные жирным шрифтом ответы в вопросах 2, 7, 9, 13, 14, 15) или 3 балла по общей шкале (ответы на все остальные вопросы, кроме 2, 7, 9, 13, 14, 15) — ребенок должен быть направлен к детскому психиатру на обследование в связи с наличием у него риска РАС.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Тест на аутизм для оценки динамики и улучшений (АТЕС)
 ФИО ребенка _____

Дата заполнения _____

Обследование № _____

I. Речь/Язык/Коммуникативные навыки	Да	Иногда	Нет
1. Знает собственное имя	0	1	2
2. Реагирует на «нет» или «стоп»	0	1	2
3. Может выполнять некоторые команды	0	1	2
4. Может сказать одно слово	0	1	2
5. Может сказать 2 слова подряд	0	1	2
6. Может сказать 3 слова подряд	0	1	2
7. Знает 10 или больше слов	0	1	2
8. Использует в речи предложения из 4 и более слов	0	1	2
9. Объясняет, что он/она хочет	0	1	2
10. Задает осмысленные вопросы	0	1	2
11. Речь чаще всего осмысленна/логична	0	1	2
12. Часто использует предложения, выстроенные в логической последовательности	0	1	2
13. Поддерживает разговор	0	1	2
14. Имеет нормальные коммуникативные навыки для своего возраста	0	1	2
II. Социализация			
1. Кажется, что находится в раковине — вы не можете достучаться до него/нее	2	1	0
2. Игнорирует других людей	2	1	0
3. Практически не обращает внимание, если к нему/к ней обращаются	2	1	0
4. Не склонен к совместной деятельности	2	1	0
5. Зрительный контакт отсутствует	2	1	0
6. Предпочитает оставаться в одиночестве	2	1	0
7. Не проявляет привязанности	2	1	0
8. Не здоровается с родителями	2	1	0
9. Избегает контактов с окружающими	2	1	0
10. Имитация отсутствует	2	1	0
11. Не любит прикосновений/объятий	2	1	0
12. Не делится, указательный жест отсутствует	2	1	0
13. Не машет рукой «до свидания»	2	1	0
14. Непослушный/непокладистый	2	1	0

15. Испытывает приступы гнева, раздражительности	2	1	0	
16. Недостаток друзей/нет компании	2	1	0	
17. Редко улыбается	2	1	0	
18. Не понимает чувств других людей	2	1	0	
19. Безразличен, если ему выражают симпатию	2	1	0	
20. Не реагирует на уход родителей	2	1	0	
III. Сенсорные навыки/Познавательные способности	Да	Иногда	Нет	
1. Откликается на собственное имя	0	1	2	
2. Реагирует на похвалу	0	1	2	
3. Смотрит на людей и животных	0	1	2	
4. Смотрит на картинки (и телевизор)	0	1	2	
5. Умеет рисовать, раскрашивать, мастерить	0	1	2	
6. Правильно играет с игрушками	0	1	2	
7. Выражение лица соответствует ситуации	0	1	2	
8. Понимает происходящее на телеэкране	0	1	2	
9. Понимает объяснения	0	1	2	
10. Осознает окружающую среду	0	1	2	
11. Осознает опасность	0	1	2	
12. Проявляет воображение	0	1	2	
13. Проявляет инициативу	0	1	2	
14. Умеет самостоятельно одеваться	0	1	2	
15. Проявляет любопытство, заинтересованность	0	1	2	
16. Смелый — исследует окружающее	0	1	2	
17. Адекватно воспринимает окружающее, не уходит в себя	0	1	2	
18. Смотрит туда, куда смотрят другие	0	1	2	
IV. Здоровье/Физическое развитие/Поведение	Не проблема	Легкая проблема	Средняя проблема	Серьезная проблема
1. Ночное недержание мочи	0	1	2	3
2. Мочится в штаны/памперсы	0	1	2	3
3. Какает в штаны/памперсы	0	1	2	3
4. Поносы	0	1	2	3
5. Запоры	0	1	2	3
6. Проблемы со сном	0	1	2	3
7. Ест слишком много/слишком мало	0	1	2	3
8. Ест очень ограниченный набор продуктов	0	1	2	3

9. Гиперактивность	0	1	2	3
10. Апатия	0	1	2	3
11. Бьет или ранит сам себя	0	1	2	3
12. Бьет или ранит других	0	1	2	3
13. Ломает и разбрасывает все вокруг	0	1	2	3
14. Чувствительность к звукам	0	1	2	3
15. Тревожность/страх	0	1	2	3
16. Подавленность/слезы	0	1	2	3
17. Припадки	0	1	2	3
18. Навязчивая речь	0	1	2	3
19. Неизменный порядок действий	0	1	2	3
20. Вопли и крики	0	1	2	3
21. Потребность в однообразии	0	1	2	3
22. Постоянная возбужденность	0	1	2	3
23. Нечувствительность к боли		0	1	2
24. Концентрация на определенных предметах/темах	0	1	2	3
25. Повторяющиеся движения	0	1	2	3

Речь/коммуникативные навыки —

Социализация —

Сенсорные навыки/познавательные способности —

Здоровье/физическое развитие —

Общий балл —

Шкала оценки результатов:

- 10–15 — не аутичный ребенок, полностью нормальный, хорошо развитый;
- 16–30 — не аутичный ребенок, небольшие отклонения в сторону задержки развития;
- 31–40 — мягкая или умеренная степень аутизма;
- 41–60 — средняя степень аутизма;
- 61 и выше — тяжелый аутизм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринспен, С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен, С. Уидер. // М.: Теревинф. — 2013. — 512 с.
2. Гринспен, С. Ребенок-тиран: Как найти подход к детям пяти «трудных» типов. / С. Гринспен, Ж. Сэлмон // М.: Ломоносовъ. — 2010. — 464 с.
3. Гомозова, Е.С. Базовые принципы методики Floortime / Е.С. Гомозова // Аутизм и нарушения развития. — 2017. — №4. doi: 10.17759/autdd.2017150405.
4. Загуменная, О.В Организация среды при обучении детей с РАС. / О.В. Загуменная, А.В. Васильева, В.В. Кистень, О.М. Петрова // Аутизм и нарушения развития. — 2018. — №1. — С. 13 — 17.
5. Купер, Д.О. Прикладной анализ поведения. / Д.О. Купер, Т.Э. Херон, У.Л. Хьюард, перевод под .ред. Н.А. Алипова // М.: Практика. — 2016. — 826 с.
6. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. — М., 2002.
7. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Карвасарского Б. Д. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2002
8. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение. — М., 2003.
9. Чуркин, А.А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А.А. Чуркин, А.Н. Мартюшов. // М.: «Триада-Х», 2000. — 232 с.
10. Роджерс, С.Д. Учебник по денверской модели раннего вмешательства для детей с аутизмом. Развиваем речь, умение учиться и мотивацию / СД. Роджерс, Д. Доусон. Перевод с англ. Под общей редакцией М. Кузьминой // М.: ИП Толкачев. — 2019. — 432 с.
11. Роджерс, С. Д. Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом : Как в процессе повседневного взаимодействия научить ребенка играть, общаться и учиться /

- С. Д. Роджерс, Д. Доусон, Л. А. Висмара, пер. с англ. В. Дегтяревой // — Екатеринбург : Рама Паблишинг. — 2016 — 416 с.
12. Симашкова, Н.В. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / Н.В. Симашкова, Т.П. Ключник и соавт. // М.: Гэотар-Медиа. — 2016. — 288с.
13. Симашкова, Н.В. Расстройства аутистического спектра у детей / под. Ред. Н.В. Симашковой. // М.: Авторская академия. — 2013. 264 с.
14. Фрост Л. Система альтернативной коммуникации с помощью карточек./ Л. Фрост, Э. Бонди // М.: Теревинф. — 2011. — 398 с.
15. Шапиро, Я. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID. / Я. Шапиро, Ж. Рейтер, И. Чистович // НОУ ДПО «Санкт-петербургский институт раннего вмешательства». — 2016 г.
16. Шапиро, Я. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000. / Я. Шапиро, И. Чистович // НОУ ДПО «Санкт-петербургский институт раннего вмешательства». — 2016 г.
17. Шоплер, Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей. Сборник упражнений для специалистов и родителей. / Шоплер Э., Ланзинд М., Ватерс Л. // Изд. БелАПДИ «Открытые двери». — Минск. — 1997. — 180 с.
18. Эстербрук, С. Эффективные методы диагностики, обучения и психотерапии детей с аутистическими нарушениями. / С. Эстербрук, Р. Эстербрук // Развитие личности. — 2013. — №3. — С. 153 — 163 .
19. Юанди, А. Сенсорная интеграция: теория и практика. / А.Юанди, Ш. Лейн, Э.Мюррей, перевод и научн. редакция Д.В. Ермолаева // 2-е изд. — М.: Теревинф. — 2019. — 768 с.
20. Янушко, Е. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. / Е. Янушко. // Теревинф. — 2018. — 128 с.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. — 2013. — 992 p.
22. Cherniack, E. P. The benefit of pets and animal-assisted therapy to the health of older individuals. / E.P. Cherniack, A.R. Cherniack // Current Gerontology And Geriatrics Research. — 2014. — Vol. 2014. — P. 623203—623203.

23. Giagazoglou, P. Effect of a hippotherapy intervention program on static balance and strength in adolescents with intellectual disabilities. / P. Giagazoglou, F. Arabatzi, K. Dipla et al // Laboratory of Neuromechanics, Department of Physical Education and Sports Science, Aristotle University of Thessaloniki, Serres, Greece.: Epub. — 2012.
24. <http://zdrav-nnov.ru/m-chat-r-test> дата обращения 18 марта 2020 г.
25. <http://apsyp.org/treatment> дата обращения 17 марта 2020г.
26. Robins, D.L. Validation of the modified checklist for Autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). / D.L. Robins, K. Casagrande; M. Barton et al // Pediatrics. — №1. — P. 37–45.
27. Lord, C. Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. / C. Lord, M. Rutter, A. Le Couteur // Journal of Autism and Developmental Disorders. — 1994. — №24. — P. 659–85.
28. Lord, C. Autism Diagnostic Observation Schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. / C. Lord, M. Rutter, S. Goode et al // Journal of Autism and Developmental Disorders. — 1989. — №19. — P.185–212.
29. Rimland, Bernard, Edelson, Stephen M: Autism Treatment Evaluation Checklist. Autism Research Institute, San Diego, California, 1999: <http://www.autism.com/ari/atec/>.
-