

НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ АФФЕКТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ КОМПЛЕКСОВ ПРИ АУТИЗМЕ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИХ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

В статье развивается уровневый подход к диагностике и психотерапии аутистических расстройств у детей. Автором обобщен эмпирический материал собственных лонгитюдных наблюдений за развитием поведения, невербальной коммуникации, символической активности 170 детей с сочетанными аутистическими и аффективными расстройствами. Описываются принципы и линии диагностики аутистических симптомов и новый способ анализа глубины аутизма по типу связей аутистических симптомов со здоровыми проявлениями. Фокус диагностики — на оценке возможностей положительной динамики центральных симптомов в рамках даже одного терапевтического наблюдения. Выявление люфта, движения симптомов на разных уровнях развития поведения позволяет определить порядок восстановления нарушенных ранее аффективно-поведенческих комплексов.

К л ю ч е в ы е с л о в а: развитие; терапевтическое наблюдение; диагностика; аффективно-поведенческие комплексы; аутизм.

Недостаточность системных исследований психического развития детей с аутизмом в последнее время очевидна. С одной стороны, в России очень быстро распространяются поведенческие технологии коррекции аутизма, основанные на простой скиннеровской схеме «стимул — реакция». С другой стороны, появляются новые теории аутизма, пытающиеся объяснить все аутистическое развитие, исходя из отдельных фрагментов поведения ребенка с аутизмом.

Наблюдая за развитием большого количества детей с аутизмом на протяжении длительного времени, мы можем утверждать, что каждый феномен их поведения, который берется как эмпирическая основа какой-либо частной теории аутизма (сенсорной дезинтеграции, зеркальных нейронов, theory of mind), имеет противоположный себе, который эта теория не учитывает. Например, ребенок с аутизмом, симбиотически привязанный к матери, может время от времени обнаруживать очень высокую способность к сенсорной интеграции, тонко реагируя на малейшие изменения эмоционального состояния матери и мгновенно меняя свое поведение в соответствии с этими сигналами. Способность детей с аутизмом, пусть и отсрочено, воспроизводить дословно слышанный текст, диалоги, шумы, изображать действия понравившихся им персонажей из мультфильмов и компьютерных игр — общеизвестный факт, который указывает на то, что периодически зеркальные нейроны у детей с аутизмом работают в очень интенсивном режиме. Идея дефицита способности у детей с аутизмом понимать внутренние состояния

другого человека, на которой строится theory of mind, находит опровержение в наблюдениях за аутичными детьми с садистическими фантазиями. Например, ребенок, который изолирует себя от контактов, находясь в группе детей, на индивидуальном занятии, напротив, активно играет и оценивает каждое свое действие по тому эффекту, которое оно производит на психолога. Так, ребенок, увлеченный разыгрыванием садистического сюжета, в котором делает фигурку, изображающую психолога, своей жертвой, очень внимательно отслеживает переживания взрослого и интересуется его состоянием, правильно и вежливо формулируя вопросы («Чтобы ты чувствовала, если бы это происходило с тобой?»). Кроме того, у детей с аутистическими проявлениями (до времени «кристаллизации» синдрома раннего детского аутизма) в условиях рано начатой коррекции эмоционального контакта достаточно быстро восстанавливаются именно коммуникативные способности (отклик на обращение к ребенку по имени, глазной контакт, заражение улыбкой, удовольствие от внимания взрослых). Однако эти проявления дольше, чем у типично развивающегося ребенка, остаются неустойчивыми: вероятность их возникновения в каждом конкретном случае взаимодействия с ребенком непредсказуема.

Таким образом, устойчивой характеристикой психического развития детей с аутизмом оказывается только *легкость возникновения* у них даже при небольшом усилении аффективной нагрузки собственно аутистических состояний, форм поведения, контакта и символической активности. Мы считаем, что основное нарушение психического развития детей с аутизмом — **в искажении связей** между доступными им полярными проявлениями, в отсутствии ряда промежуточных ступеней, в нарушении динамики, а не в самих феноменах.

Целью нашего исследования вариантов развития аутичных детей является разработка такой методики диагностики, в которой акцент переносится с оценивания тяжести и характера аутистических проявлений как таковых на оценку *связей* этих проявлений со здоровыми паттернами. Это важно для разработки индивидуальной терапевтической программы для конкретного ребенка. В настоящей методике по сравнению с предшествующим авторским вариантом оценки тяжести эмоциональных нарушений по уровням регуляции [3] на первый план выходят динамические особенности аутистических проявлений, условия и шаги перехода к более здоровым паттернам.

Характеристика исследованных детей

Нами наблюдались 170 детей с сочетанными аутистическими расстройствами и аффективными нарушениями из следующих групп: 1) младенцы из дома ребенка (от 0 до 2,5 лет; 27 детей, длительность наблюдения за каждым ребенком — от 2 месяцев до 2 лет); 2) дети дошкольного возраста (от 3 до 8 лет) из острого отделения психиатрической больницы (88 детей, длительность наблюдения — от 2 месяцев до 5 лет); 3) дети с мягкими чертами аутизма (от 1,5 до 7 лет) из детского сада комбинаторного типа (7 детей); 4) дети (от полутора до 15 лет), к которым применялась индивидуальная психотерапия (48 детей, длительность наблюдения — от полугода до 13 лет).

Спровоцировали развитие аутистических проявлений воздействия, связанные с эмоциональной депривацией, совпавшие с обострением соматического неблагополучия, вплоть до угрозы для жизни ребенка (поствакцинальные осложнения, травмы, инфекции, интоксикации). Сопутствующие отягощающие факторы: длительная социальная изоляция (пребывание детей из дома ребенка в изоляторе; нахождение недоношенных в отделениях выхаживания с ограниченным доступом матери к младенцу); интрузивные медицинские процедуры на первом году жизни; многократные хирургические вмешательства под общим наркозом, а также психическое состояние матери (депрессия, связанная с тяжелыми жизненными обстоятельствами, в первые два года жизни ребенка; биполярное расстройство).

У всех наблюдавшихся детей аутистические расстройства сочетались с аффективными (депрессивными, маниакальными проявлениями, страхами использования новых навыков, истериками и аффективными вспышками). В большинстве случаев именно проявления сильного аффекта ребенка наряду с «провалами» в его психическом развитии, а не аутистические симптомы как таковые, сильнее всего беспокоят родителей и воспитателей.

Явления неравномерности и неустойчивости в развитии детей с аутизмом

Психическое развитие детей с аутизмом характеризуется высокой неравномерностью с фиксацией ранних, а порой и архаических, типов контакта ребенка с другим человеком, форм аффективного реагирования, поведения, символической активности, утверждения себя. При этом в некоторых областях ребенок мог опережать сверстников.

Следствием высокой неравномерности является крайняя неустойчивость «здоровых» (своевременных или даже преждевременных) проявлений психической активности и поведения ребенка. Нарушения динамики собственно аутистических проявлений носят несколько иной характер: после длительного периода заикливания, жесткой фиксации симптома он внезапно исчезает, а на его месте возникает новый.

Основные принципы диагностики и терапии ребенка с аутизмом в уровневой модели развития аффективно-поведенческих комплексов. Метод терапевтического наблюдения

Диагностика психического развития ребенка с аутизмом в рамках **терапевтического наблюдения** [2] — это диагностика возможностей сглаживания неравномерности развития ребенка, без редуцирования этой неравномерности до недоразвития; оценка возможной положительной динамики, т. е. достижения произвольной регуляции аутистического поведения и устойчивости использования здоровых форм.

Исследование неравномерности психического развития у детей с аутизмом мы проводим в связи с особой динамикой их эмоционального состояния в условиях

терапевтического наблюдения. Мы считаем, что, по крайней мере, часть аутистических симптомов (нарушения типа контакта) связана с аномальным аффектом, в наиболее грубых случаях повреждения раннего развития — с тем, что ребенок ощущает себя неживым или не ощущает себя вовсе. Терапевтическое наблюдение отличается от других методов стимуляции (фармацевтической, биоакустической и пр.) развития тем, что мы стимулируем развитие не отдельных функций, а, прежде всего, развитие ощущения ребенком себя как живого источника активности, индивидуально подбирая мягкие аффективные нагрузки, опираясь на знание естественных механизмов развития и компенсации.

Психологу, работающему с ребенком с аутизмом, надо четко представлять, какое место в норме занимают симптомы, сходные с аутистическими, и как нормальный ребенок отказывается от их использования. Поэтому в наблюдении мы опираемся на разработанные нами таблицы развития аффективно-поведенческих комплексов (АПК), в которых конкретные паттерны различных видов поведения, невербальной коммуникации, символической активности распределяются по уровням¹. Таблицы разработаны нами на основе анализа видеозаписей развития поведения детей, за которыми велось лонгитюдное наблюдение. Эти видеозаписи являются и иллюстрацией, и доказательством валидности исследования. Для анализа терапевтического потенциала развития конкретного ребенка оптимально иметь 10 коротких (продолжительностью не более 1–2 минут) видеофрагментов (по 2 на каждый аффективно-поведенческий комплекс), иллюстрирующих возможности изменения поведения ребенка.

Аутизм как *нарушение человеческих связей* может быть излечен только через живую человеческую связь. Дети с аутизмом чувствуют связи с другим человеком намного более интенсивно из-за нарушения регуляции своего состояния в контакте с окружающими и поведения в контакте по принципу «все или ничего». Так, в группе они чувствуют линии направления взглядов большого количества людей, ощущают эти взгляды как проникающие внутрь себя и даже более интенсивные, чем прикосновения, так что быстро перевозбуждаются и истощаются. Поэтому в своей работе мы исключаем «голые», не опирающиеся на опыт хорошего контакта с психологом, жесткие директивные поведенческие воздействия, которые могут привести к фиксации пассивности, аутистических защитных форм поведения и ощущения ребенком себя как неживого. Повторяю, что речь идет о терапии детей с аутизмом, т. е. именно с искаженным развитием [4], в противоположность дрессуре, которая является основным методом *педагогической* (не психологической) коррекции нежелательного поведения детей с недоразвитием умеренной степени и тяжелым сочетанным дефектом (т. е. с олигофренией или ранней деменцией, осложненной аутистической и иной симптоматикой). Более того, мы ничего не имеем против обычной дисциплины и четкого структурирования жизни любого ребенка в соответствии с правилами его семьи, но это не терапия.

¹ В настоящее время таблицы готовятся к публикации в книге автора «Уровневая диагностика психического развития ребенка с аутистическими и эмоциональными расстройствами», в которой подробно описывается процедура оценки развития аффективно-поведенческих комплексов.

Сопоставление данных наблюдений разной продолжительности за явлениями неравномерности и неустойчивости

В *кратковременном наблюдении* за детьми с аутистическими и аффективными расстройствами (на первом-втором диагностических занятиях с пробными терапевтическими воздействиями) мы отмечаем внезапную, вызванную минимальными внешними стимулами смену эмоционального состояния на противоположное. Эта смена сопровождается резкими изменениями типа контакта с матерью и психологом, характера символической активности ребенка.

Как отмечалось выше, в некоторых ситуациях ребенок с аутизмом обнаруживает точное моментальное понимание эмоционального состояния матери по минимальному внешнему изменению ее эмоционального выражения, демонстрирует мощную по своему воздействию на окружающих невербальную коммуникацию. Эти проявления чередуются с периодами «выпадения» ребенка из контакта. Нормальные слова или краткие моменты психологически понятной ролевой игры с игрушками могут внезапно прерываться, и ребенок погружается в свою, аутистическую игру, сопровождаемую криками, всплеском стереотипных движений без всякого внешнего интереса к игрушкам. Нередко подобным образом ребенок реагирует на изменение интенсивности общей аффективной нагрузки, например, в случае обсуждения при ребенке его болезненного состояния или несовпадения позиций матери и психолога, которые ребенок может воспринять как конфликт и угрозу для себя.

В *среднесрочном наблюдении* (цикл из нескольких наблюдений) за детьми с аутизмом в разных режимах активности отмечаются разные по уровню онтогенетического развития достижения ребенка. В ряде случаев эти перемены на определенном этапе терапевтического наблюдения можно связать с изменениями в близких контактах ребенка с матерью или отцом (отъездом или возвращением и пр.).

Долговременное наблюдение (терапевтическое наблюдение раз в неделю на протяжении нескольких месяцев и/или лет) позволяет увидеть увеличение удельного веса явлений задержки по сравнению с явлениями искажения при благоприятном изменении следующих внешних и внутренних условий развития: а) нормализации (стабилизации) настроения ребенка; б) смене социальной ситуации развития (адаптации в детском коллективе), в) восстановлении ранних форм привязанности между ребенком и матерью; г) восстановлении целостности ранних аффективно-поведенческих комплексов и их упорядочивании.

В этих случаях реакции ребенка с первоначальной острой депрессией и страхами перед использованием новых навыков (отказом от развития) становятся более простыми и понятными, а сам ребенок — более ласковым. При этом готовность ухода в первоначально наблюдавшиеся аутистические состояния остается высокой, однако глубина их значительно уменьшается (ребенок откликается на обращение).

Все эти проявления неустойчивости развития у детей с аутизмом описываются нами в *динамических* показателях (паттерн неожиданно возникает вне сензитивного периода, неожиданно пропадает, колеблется между полюсами, отмечаются «рваный» ритм контакта, задержка ответа, парадоксально сильные

реакции на нагрузки малой интенсивности и, наоборот, парадоксальные реакции на лекарства, «пляска» образов, в которые перевоплощается ребенок, и т. д.).

Эти разнообразные феномены неравномерности послужили толчком для создания и разработки уровневой модели развития аффективно-поведенческих комплексов, метода терапевтического наблюдения, диагностической пошаговой схемы анализа развития поведения, эмоциональных состояний, символической активности и типа контакта ребенка с другим человеком, а также программы терапевтических воздействий для детей с аутизмом.

Диагностика тяжести повреждения

Тяжесть аутизма определяется нами не по количеству аутистических симптомов как таковых (как в МКБ-10), а, во-первых, по количеству шагов, которые должен проделать ребенок с аутизмом для овладения поведением, которое мы могли бы ожидать у типично развивающегося ребенка его возраста; во-вторых, по степени неравномерности: зазору между наиболее и наименее «здоровыми» проявлениями данного поведения, типа контакта, символической активности, которые наблюдаются у ребенка, т. е. по расстоянию между типичными для данного ребенка полюсами.

Диагностика основного поврежденного аффективно-поведенческого комплекса. АПК: определение и виды

Аффективно-поведенческий комплекс (АПК) [1] — это особый режим активности, при доминировании или изоляции которого ребенок реагирует лишь на определенный набор аффективных нагрузок определенным эмоциональным состоянием, демонстрирует определенные типы поведения, допускает определенные типы контакта с другим человеком и по-особому их символизирует. Чаще всего повреждаются следующие виды АПК: психофизиологического выживания; симбиотический; экспансии; игровой-диалогический и привязанности; образно-символический. По тому, какие нагрузки являются наиболее непереносимыми для ребенка, мы определяем наиболее поврежденный АПК. При раннем повреждении АПК *выживания* любые сенсорные и эмоциональные перегрузки быстро вызывают у ребенка истощение и состояние страха собственной гибели, переживаются как болевой опыт, который ребенок парадоксальным образом выражает и усиливает в приступах аутоагрессии. При повреждении АПК *симбиотического* для ребенка непереносимо разрушение привычных связей, на которое он реагирует катастрофической депрессией или истерикой. При повреждении АПК *экспансии* непереносимы состояние собственной беспомощности, потери контроля над поведением другого человека, признаки доминантности другого человека или даже животного (ребенок, чтобы сохранить доминирующую позицию, седлает большую собаку и пр.). При повреждении АПК *игрового-диалогического и привязанности* непереносимы малейшие отклонения от идеального контакта, когда нарушается возможность предвосхищения поведения другого человека (непредсказуемые

реакции на одно и то же событие, опоздание, разлуки на неопределенный срок), в этих случаях ребенок реагирует агрессией или депрессией. При повреждении АПК *образно-символического* нарушается способность ребенка обобщать свой эмоциональный опыт как принадлежащий себе, т. е. как человеку с определенным именем (отрицание своего имени), и дифференцировать этот опыт по основным биполярным категориям: «плохой — хороший», «маленький — большой», «внутри — снаружи», «мальчик — девочка» и пр.

Экспресс-диагностика фиксированных фрагментов раннего поведения и контакта

Паттерн нами понимается как поведенческое проявление с определенной эмоциональной «подкладкой», определенным типом контакта с другим человеком, с символизацией этого типа контакта. Тип контакта чрезвычайно важен для диагностики и терапии, потому что *связи* между психическими функциями, видами поведения, между эмоциональным опытом и символической активностью вторичны по отношению к связям ребенка с другим человеком.

Признаком раннего повреждения развития АПК является упорное использование раннего паттерна, *циклические колебания между 2–3 ранними паттернами, принадлежащими разным АПК*.

Например, дети с аутизмом при доминировании изолированных элементов АПК выживания часто колеблются между неуловимой позицией сверху (ускользание от контакта путем перемещения по подоконникам) и «укоренением» в теле взрослого путем «прилипания» к нему сверху (забираются на спину, обхватывают шею взрослого сзади; это элементы АПК симбиотического и экспансии). При этом и связи между другими видами поведения будут представлять такое же парадоксальное сочетание изоляции и слияния.

Так, в раннем младенчестве ребенок реагирует фонтанирующей рвотой на предлагаемую ему пищу, но пристально следит за каждым движением ложки матери, когда она ест; в возрасте 3 лет тот же ребенок не делает предложенное задание сам, но боковым зрением отслеживает, как делают другие.

Следующий пример иллюстрирует колебания между изолированными проявлениями экспансии и спутанности в символической активности. Ребенок то настаивает на своем доминировании (в 2,5 года просто кричит зычным голосом: «Я-Я-Я!»; в 4 года произносит ясно, но с измененной интонацией: «Я могу», «Я пойду», «Я хочу»), то называет себя именем матери и «перепоручает» ей говорить за себя.

Типичный для ребенка с аутизмом «феномен тождества», включающий протесты против изменения окружающей обстановки, — это протест против разрушения его связей по типу «залипания» с ведущим изолированным симбиотическим АПК. Фиксации «феномена тождества» способствует особая символическая активность ребенка с аутизмом, которая проявляется при ощущении потери (признак раннего повреждения образно-ролевого АПК: пустота, потеря связи, расстояние между людьми символизируется раньше, чем сами люди).

Например, когда ребенок в магазине видит множество детской одежды и обуви при полном отсутствии детей, он кричит от ужаса, так как не понимает, куда делись все эти дети, одежду и обувь с которых, в представлении ребенка, сняли. Когда мать объясняет ребенку, что угрозы нет, ребенок успокаивается и позволяет примерить обувь. Ощущением пустоты с «оплакиванием» дети с аутизмом реагируют на отъезд членов семьи.

Диагностика динамики паттерна

Мы выделяем несколько проявлений *ситуативной* неустойчивости:

1) для проявления и поддержки нового паттерна требуется внешняя стимуляция, паттерн угасает, как только взрослый перестает «подпитывать» его проявление; состояние депрессии или стремительно наступающего истощения с явлениями психосоматического криза (рвотой и пр.) не позволяют ребенку практиковать паттерн. Эта особенность отмечается при доминировании или изоляции «отколотых» ранних паттернов от поврежденного АПК *выживания*;

2) спонтанная практика нового паттерна связана с сильным конфликтом и сопровождается вспышками негативного аффекта (агрессии и аутоагрессии) и аутостимуляции — при изоляции элементов рано поврежденного АПК *симбиотического*;

3) после разового спонтанного использования на приподнятом (иногда до маниакального) эмоциональном фоне паттерн (слово, жест, мимика, действие) «исчезает» из активного репертуара — *при слиянии элементов рано поврежденных АПК экспансии и АПК образно-символического*;

4) новый паттерн обнаруживается только тогда, когда ребенок находится в определенном — редком для него — эмоциональном состоянии, при этом паттерн является чуть ли не единственной меткой данного состояния — при изоляции рано отколовшихся от элементов АПК *образно-символического*.

Соответствующие возрасту новые достижения (например, речь у ребенка на втором году жизни) у типично развивающегося ребенка появляются на фоне достаточно ровного эмоционального состояния, а не в критических состояниях чрезмерного возбуждения или истощения. У ребенка с аутизмом (вне терапии) доминируют полярные эмоциональные состояния, без промежуточных и переходных, необходимых для правильного закрепления нормативного возрастного паттерна.

Диагностика связи аутистического проявления со здоровым поведением

Чтобы «измерить» глубину аутизма, мы должны знать, в каком возрасте, как часто, у каких детей «проскакивают», но не получают дальнейшего развития паттерны, сходные с аутистическими, и за счет чего эти явления исчезают, редуцируются или компенсируются. То есть механизмы компенсации аутистических проявлений мы можем понять, только зная более общие закономерности психического развития детей, которые имели в раннем детстве риск развития аутизма,

но не стали аутистами. Поэтому мы в нашей работе определяем аутистические симптомы как паттерны, которые находятся в определенной *связи* со здоровыми проявлениями. Мы не рассматриваем аутистические симптомы как нечто, что в корне отлично от здорового поведения и нуждается в мерах, сходных с хирургическими (устранение нежелательного поведения путем жесткой дрессуры, тяжелой психофармакотерапии).

Аутистический симптом в этой логике может быть понят как:

1) «нулевой цикл», самая начальная стадия развития поведения, когда находящееся в зачаточном виде, «недоношенное» поведение преждевременно стимулируется, вызывается к жизни, но срывается из-за незрелости механизмов регуляции — *риск повреждения АПК выживания*;

2) факультативный паттерн, дополняющий «здоровый», однако занявший в поведении ребенка не предназначенное для него в норме важное место, зафиксировавшийся — *риск повреждения АПК симбиотического*;

3) альтернатива «парному» здоровому признаку, отказ личности от развития² — *негатив АПК экспансии*;

4) маскированный, «утопленный» в потоке своеобразного поведения здоровый паттерн, обнаружению и озвучиванию которого психологом ребенок рад — *возрождение АПК игрового-диалогического*;

5) вычурный паттерн, имеющий длительную историю развития в изоляции, осколок раннего АПК, который «оброс» сверхценными фантазиями для данного ребенка — *своеобразие развития образно-символического АПК*.

Диагностика типов связей

Каждому АПК (при его доминировании) соответствует своя динамика переходов от одного эмоционального состояния к другому, от одного вида поведения к другому, от одного типа контакта к другому, от одного символа к другому.

На основе феноменологии этих переходов нами выделяются разные типы связей:

1) «точечная» связь с красивым фрагментом окружения (*при изоляции и доминировании АПК выживания*), при обрыве которой (вынужденном расширении фокуса внимания) возникает аутистическая изоляция (ребенок перестает чувствовать себя живым);

2) связи по типу спутанности, «залипания», цепочки (*при изоляции и доминировании АПК симбиотического*), при обрыве которых возникает вакуум активности, переживаемый ребенком как катастрофическая депрессия с соответствующей острой аффективной симптоматикой;

3) связь по типу жесткого доминирования отдельного элемента; «звездная» связь: в поведении ребенок руководствуется первым и исключительным выбором

² При оценке этих феноменов важно понять: какова позиция самого ребенка, наблюдаем ли мы в большей степени техническую невозможность использования паттерна или личностный отказ? Насколько произвольным является «расфокусирование», соскальзывание в речи и пр.?

при любых аффективных нагрузках (*при изоляции и доминировании АПК экспансии*);

4) неустойчивые иерархические связи, выбор поведения осуществляется на основе подстраивания к сигналам, исходящим от находящегося рядом человека, без учета того, является ли он «своим» или «чужим» («аутизм наизнанку») (*при изоляции и доминировании АПК игрового-диалогического*);

5) гибкие иерархические связи, заданные определенным образом или социальной ролью (*при доминировании образно-символического АПК*).

При невозможности реализации, повреждении двух последних, наиболее эволюционно сложных типов связей происходит регресс к первым трем как более примитивным, заданным этологически.

Терапевтические воздействия подбираются нами в зависимости от только что рассмотренных структурно-динамических характеристик нарушенного паттерна и в зависимости от его места в определенном АПК. Так как тип контакта является наиболее гибким компонентом АПК, то основные воздействия связаны с изменениями его характеристик. Терапевтические воздействия, направленные на восстановление рано поврежденных АПК нижних уровней, скорее поведенческие. Это дозировка контакта; выбор наиболее предпочитаемого ребенком пространственного расположения и канала коммуникации; подстраивание динамических характеристик эмоционально-выразительного и игрового поведения психолога к особенностям и интересам ребенка. Более директивные воздействия (просьбы, инструкции) возможны только при условии установления многоканального полноценного эмоционального контакта между ребенком и психологом.

Терапевтические воздействия, направленные на развитие АПК игрового-диалогического, привязанности и образно-символического, — смысловые. Это связывание психологом фрагментов деятельности ребенка в целое; синхронная символизация на доступном ребенку языке текущих параметров взаимодействия с матерью и психологом; одновременное взаимодействие с ребенком и матерью (у детей с симбиотической связью); «улавливание» маскированных слов, жестов, рисунков, игровых действий ребенка и их озвучивание, прояснение, выжидание отсроченного ответа ребенка и его эмоционально-смысловое подкрепление; использование любимых книжек, игрушек ребенка как эмоционального словаря; помощь ребенку в представлении одного и того же эмоционального опыта в игре, рисунке, речи.

Чтобы сделать развитие ребенка с аутизмом более устойчивым, предсказуемым, сгладить неравномерности, добиться произвольности реагирования и выбора из широкого репертуара поведения и спектра переходных, промежуточных между полюсами состояний, необходимо укоренение паттерна по всей «пирамидке» аффективно-поведенческих комплексов. В терапии мы движемся от изолированного «осколка» АПК к более целостному паттерну, который в зависимости от текущей эволюционной задачи может быть включен в любой АПК.

Например, ребенку, избегающему смотреть в глаза, отслеживающему взрослого боковым взглядом и только изредка пользующемуся прямым глазным контактом для выражения требования достать что-либо, предстоит восстановить целый ряд других

паттернов, в том числе промежуточных между теми, которыми он владеет произвольно. Постепенно усложняющийся репертуар глазного контакта будет выглядеть так: 1) избегание при угрозе; 2) произвольное «отзеркаливание» особенностей взгляда другого человека и его мимики при приспособлении к контакту с новым человеком; 3) доминантный прямой взгляд при отстаивании своих интересов в монологе; 4) исследование взглядом лица взрослого (сочетание взгляда и прикосновений); 5) правильное чередование глазного контакта с речевым высказыванием в диалоге; 6) сочетание взгляда с улыбкой и живой мимикой в близком контакте, что позволяет ребенку делиться своим хорошим эмоциональным состоянием (теплом от лучистого взгляда) с другим человеком; 7) «внутренний взгляд» (ребенок прикрывает глаза) в состоянии задумчивости и при размышлении.

Повторим, что восстановление преждевременно разорванных ранних связей в рано поврежденном АПК требует выжидания появления намеков или зачаточных, «замороженных» проявлений рано выпавших паттернов, длительного наблюдения за развитием ребенка, но не исключают директивных воздействий (просьб, инструкций). Однако в нашей практике директивные воздействия возможны только после того, как ребенок начинает осмысленно (с интересом) смотреть на взрослого (на его лицо целиком) в сочетании с улыбкой. Конкретная пропорция директивного воздействия и тонизирующего, оживляющего ребенка эмоционального контакта подбирается на основе знания следующих одного-двух шагов в развитии ребенка и с учетом индивидуальных особенностей психолога. Детям с аутизмом удобнее выстраивать диалог с эмоционально теплым (не ледяным и не «затапливающим» ребенка своими эмоциями) взрослым, при условии, что эмоциональные проявления этого взрослого очень четкие и предвосхищаемые.

Методика оценки уровневого развития аффективно-поведенческих комплексов и представленные выше линии анализа аутистических проявлений могут использоваться не только психологами, но и специалистами в других областях (психиатрами, педиатрами, логопедами, дефектологами), занимающимися: 1) профилактикой аутистических и аффективных расстройств у детей раннего возраста из групп риска; 2) консультированием родителей детей с аутизмом; 3) диагностикой типа развития ребенка с аутизмом с целью выбора оптимального маршрута обучения и социализации; 4) разработкой пошаговой программы помощи детям с неустойчивостью и непредсказуемостью психического развития; 5) составлением научно обоснованного прогноза психического развития детей с отказами от развития в ключевых областях.

В настоящее время методика уровневой диагностики развития аффективно-поведенческих комплексов включена в стандарт комплексного обследования детей с расстройствами аутистического спектра³ на этапе первичной диагностики и на этапе оценки эффективности проведенного лечения в Научно-практическом

³ В тот же комплекс входят методика ADOS, которая, однако, применяется только на этапе первичной диагностики, так как не способна выявить изменения в динамике состояния ребенка, и клинико-психиатрическая методика CARS. Презентация стандарта обследования состоялась 3 декабря 2015 г. в рамках внутрибольничной конференции.

центре психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы.

1. Бардышевская М. К. Уровневая модель развития аффективно-поведенческих комплексов // Вопр. психологии. 2012. № 3. С. 68–77.
2. Бардышевская М. К. Терапевтическая роль наблюдения за детьми с аффективно-поведенческими комплексами // Вопр. психологии. 2014. № 3. С. 118–130.
3. Бардышевская М. К., Лебединский В. В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей. М., 2003.
4. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.

Статья поступила в редакцию 11.12.2015 г.

УДК 159.943.6-053.2 + 616.89-084

С. Ю. Киселев
О. А. Львова
Н. И. Бакушкина

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ РИСК РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

В статье рассмотрены основные подходы к оценке становления и развития нейрокогнитивных функций у детей раннего возраста. Особое внимание уделено таким методам, как шкалы Бэйли, ЭЭГ и ай-трекинг. На примере двух младенцев из группы риска по развитию расстройств аутистического спектра показано сочетание клинических методов и инструментальной диагностики, а также уровень информативности указанных методик в оценке нейрокогнитивного развития детей в течение первого года жизни.

К л ю ч е в ы е с л о в а: дети первого года жизни; расстройства аутистического спектра; шкалы Бэйли; ЭЭГ; ай-трекинг.

Становление нейрокогнитивных функций в онтогенезе — междисциплинарная проблема, исследованием которой занимаются педиатры, неврологи, психологи, нейрофизиологи и специалисты других областей научного знания. Когнитивное развитие определяют многие факторы: процесс внутриутробного развития

КИСЕЛЕВ Сергей Юрьевич — кандидат психологических наук, заведующий кафедрой клинической психологии и психофизиологии Института социальных и политических наук Уральского федерального университета (e-mail: s.j.kiselev@urfu.ru).

ЛЬВОВА Ольга Александровна — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии детского возраста и неонатологии Уральского государственного медицинского университета, г. Екатеринбург (e-mail: olvova@bk.ru)

БАКУШКИНА Надежда Игоревна — аспирант кафедры Института социальных и политических наук Уральского федерального университета (e-mail: naday_92@mail.ru).

© Киселев С. Ю., Львова О. А., Бакушкина Н. И., 2016